

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

**El trabajo social en el hospital psiquiátrico:
conceptualización y desafíos**

Alicia Cortabarría
Tutor: Celmira Bentura

2007

Hugo Longa, *La bestia insaciable*, 150 x150, acrílico sobre tela, 1988.

Agradecimientos

A Luciana, por su invaluable ayuda y paciencia sin la cual me hubiera sido mucho más ardua esta tarea.

A Luis, por su lectura atenta y sus sugerencias a la hora de corregir.

A Sergio, por el apoyo silencioso y constante de su amor; y por su mirada crítica pero dulce hacia mi trabajo.

A Alexis, porque sus aportes influyeron hondamente en mí.

A Celmira, por su aliento y sus consejos.

A Majo, Natalia, Mariana, Valentina, Mara, Ana y Elisa, por su amistad y estímulo permanente.

A Gustavo, por su ayuda en el diseño de la carátula.

A las personas entrevistadas, por compartir conmigo su tiempo y experiencia.



“Donde hay muro por delante y por detrás, abundan la murmuración, la envidia y la conspiración mutuas”¹



Introducción

En el siguiente trabajo intentaremos dar cuenta de la pertinencia del Trabajo Social en el área de la salud mental, más específicamente en el Hospital Psiquiátrico. Para ello realizaremos un camino teórico que nos conducirá a la situación actual del trabajo social en esta área.

La enfermedad psiquiátrica es a nivel mundial la segunda causa de certificación. Según la OMS los problemas de salud mental son una carga creciente para la mayoría de los países: *“al menos 2 de cada 5 casos de incapacidad son provocados por una enfermedad mental o un déficit mental (...) 2,8 % de la población adulta presenta un trastorno mental severo, (...) sin contar las toxicomanías, el retraso mental o los trastornos orgánicos cerebrales.”*¹

Aunque este tema no sea prioritario en la agenda pública, consideramos a la enfermedad mental como un problema social, que no puede ser eludido como objeto de estudio desde el trabajo social. Esta disciplina tiene como finalidad: intervenir en la resolución de los problemas sociales de individuos, familias, grupos, unidades territoriales, organizaciones, movimientos sociales, etc. en relación a su calidad de vida y a sus potencialidades no resueltas, contextualizados en el marco de las relaciones sociales, sin perder nunca de vista la integridad por la persona y el respeto inherente en las relaciones sociales.

El trabajador social tiene entonces el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de vida de la persona coadyuvando a que el propio individuo sea quien lleve a cabo su transformación. Es así que el objeto de estudio del Trabajo Social

¹ Montes, Ramos, Joseph, “Salud Mental y psiquiatría en los albores del siglo XXI”, Revista de Treball Social, núm. 145, Col·legi Oficial de diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, Barcelona, Marzo 1997, pág. 15

implica una doble condición: una actividad intersubjetiva al tiempo que un atributo de autonomía de la misma intersubjetividad para los actores que son protagonistas. Todas estas razones hacen del área de la salud mental un campo fértil para intervenir desde el trabajo social.

Por ello el objetivo de este trabajo es señalar la pertinencia del trabajo social en el área de la salud mental, más específicamente en el hospital psiquiátrico.

Dentro de las posibilidades de análisis con respecto a la salud mental en nuestro país, elegimos el hospital psiquiátrico a fin de focalizar el tema, aunque no sea el único ámbito en el que se desempeña el Trabajo Social. Dicha elección en un comienzo se sustentó en el interés personal sobre la temática. Luego al iniciar la investigación bibliográfica advertimos que el hospital psiquiátrico se ha constituido en una institución paradigmática al hablar de enfermedad mental, y también es el lugar donde la figura del asistente social está menos arraigada desde el punto de vista del imaginario colectivo.

La metodología utilizada para la realización de este trabajo monográfico fue el relevamiento bibliográfico, análisis y síntesis de material. También se realizó un relevamiento empírico ya que se hicieron entrevistas a informantes calificados, asistentes sociales en actividad en los hospitales psiquiátricos públicos uruguayos.

A partir de dicha metodología se estableció una genealogía sobre la institución psiquiátrica como contenedora de la enfermedad mental. Asimismo, se realizó una breve historia del Trabajo Social desde sus inicios en estrecha relación con la medicina y su posterior especialización hacia la salud mental, haciendo hincapié en su labor en el hospital psiquiátrico.

La monografía se estructura entonces, en seis capítulos, el principal objetivo de cada uno de ellos se expone a continuación. En el primer capítulo se hace un

breve recorrido histórico por la evolución de la enfermedad mental como noción, más específicamente sobre la concepción desde el imaginario colectivo. En primer lugar nos referiremos a Europa durante el Renacimiento y la época Clásica y en segundo lugar a Uruguay a partir de principios del siglo pasado.

En el siguiente capítulo la exploración realizada es sobre los orígenes del hospital psiquiátrico y la práctica de la internación, poniendo especial atención en la evolución de este proceso en nuestro país.

El capítulo tres trata sobre las distintas conceptualizaciones y críticas con respecto al hospital psiquiátrico y la práctica de encierro; mostrando para ello las diferentes teorías que versan sobre la integración del enfermo mental a la comunidad.

En el capítulo cuatro se vislumbra el surgimiento del trabajo social y su vinculación desde su nacimiento con la medicina y la psiquiatría en el Uruguay; también se hará una breve exposición sobre una vertiente europea del trabajo social: la asistencia social psiquiátrica.

Por su parte, el capítulo cinco consiste en un punteo sobre las tareas que se le adjudican al Trabajador Social en el hospital psiquiátrico, desde una perspectiva teórica que nos aproxima a los objetivos de la disciplina en dicha institución.

El siguiente capítulo tiene como objetivo mostrar la situación actual de los hospitales psiquiátricos públicos en Uruguay, y las tareas llevadas a cabo por los asistentes sociales que se encuentran insertos en dichas instituciones. Para ello, nos basaremos en los relatos que fueron proporcionados por informantes calificados, asistentes sociales en actividad en el Hospital Vilardebó y la Colonia Santín Carlos Rossi y Bernardo Etchepare. El último capítulo contiene las conclusiones del trabajo.

1. Evolución de la noción “enfermedad mental”

En este primer apartado haremos un breve recorrido histórico por la evolución de la enfermedad mental como noción, más específicamente sobre la concepción desde el imaginario colectivo. En primer lugar nos referiremos a Europa durante el Renacimiento y la época Clásica y en segundo lugar a Uruguay a partir de principios del siglo pasado.

La locura como “culpa”

Para hablar sobre el concepto de locura nos basaremos en la exploración que Foucault realiza a lo largo de su obra. Este autor² señala que en Europa, durante el Renacimiento la locura aparece indisolublemente ligada al ser humano; lejos de ser vista como una fuerza subterránea e incomprensible, se encuentra intensamente conectada a sus debilidades, sus sueños e ilusiones. El loco era un personaje de la sociedad que intervenía en la poesía, el teatro y la pintura.

Sin embargo, durante la Época Clásica la locura cambia de rol social y aparece un nuevo orden de exclusión: los grandes internados. La práctica de la internación surge como una forma de depuración de la sociedad, que contribuye a la eliminación de los “asociales”. *“La práctica del internamiento designa una nueva reacción a la miseria, un nuevo patetismo, más generalmente otra relación del hombre con lo que puede haber de inhumano en su existencia.”*³ La locura se asociaba con el pecado y la culpa.

² Foucault, Michel, “Historia de la locura en la Época Clásica, Tomo I”, editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1990.

³ Foucault, Michel, “Historia de la locura en la Época Clásica, Tomo I”, editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1990, pág. 90.

Los administradores de la locura

Siguiendo a Foucault vemos que la psiquiatría con el fin de afianzarse como una institución de saber, con fundamentos médicos justificables procedió a codificar la locura como enfermedad. La psiquiatría "(...) tuvo que patologizar los desórdenes, los errores, las ilusiones de la locura; fue preciso llevar a cabo análisis (sintomatología, nosografía, pronóstico, observaciones, historiales clínicos, etc.) que aproximaran lo más posible esa higiene pública, e incluso la precaución social que estaba encargada de asegurar, al saber médico y, en consecuencia, permitieran el funcionamiento de ese sistema de protección en nombre de este saber."⁴ Por ello, la locura se cataloga como peligrosa, sustancialmente portadora de riesgos, y la psiquiatría pasa a ser la ciencia que categoriza y controla la locura. "En términos generales, la psiquiatría, por un lado, hizo funcionar toda una parte de la higiene pública como medicina y, por el otro, hizo funcionar el saber, la prevención y la curación eventual de la enfermedad mental como precaución social, absolutamente necesaria si se querían evitar cierta cantidad de peligros fundamentales y ligados a la existencia misma de la locura."⁵

El surgimiento de la psiquiatría como una rama de la medicina dio explicación a los fenómenos que escapan a la razón. Según Foucault, la psiquiatría se nos revela entonces como una ciencia política ya que pretende responder a un problema de gobierno: permite administrar la locura. La psiquiatría no presentaba las características de una rama de la medicina general, sino que funcionaba (a principios del siglo XIX y ya avanzado éste) como una especie de rama especializada de la higiene pública. "Antes de ser una especialidad de la medicina, la psiquiatría se institucionalizó como dominio particular de la protección social, contra todos los peligros que pueden venir de la sociedad debido a la enfermedad o a todo lo que se puede asimilar directa o indirectamente a ésta. La psiquiatría se institucionalizó como precaución social, como higiene del cuerpo social en su totalidad."⁶

⁴ Foucault, Michel; "Los anormales"; Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1999, págs. 115-116.

⁵ Foucault, Michel; "Los anormales"; Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1999, pág. 116.

⁶ Foucault, Michel; "Los anormales"; Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1999, pág. 115.

Por otra parte Castel⁷ desarrolla la idea de que la locura amenaza el orden existente, la figura del loco representa la asociabilidad, en tanto puede violar leyes. Por un lado es peligroso, debe ser encerrado; por otro la medicina acompaña su discurso con una cuota de compasión: *"lejos de ser culpables que hay que castigar, son enfermos cuyo lamentable estado merece todos los respetos debidos a la humanidad doliente y se debe procurar devolverles la razón perdida con los medios más sencillos"*.⁸ Esto lo coloca en una postura que oscila entre el peligro y la piedad.

Continuando con el análisis de Castel, podemos decir que la sociedad procede a una "profilaxis defensiva" deteniendo individuos enfermos o peligrosos, tratándolos en espacios cerrados a fin de prevenir y combatir las causas de enfermedad. El médico asoma como profesional social que ejerce una acción política, *"Por otro lado, se abre un infinito campo de intervenciones: prevención, profilaxis, chequeo..., el médico ofrece sus servicios y se multiplica, quiere estar presente en todas las líneas de vanguardia donde emerja un riesgo de desorden."*⁹

El encierro de los "diferentes"

Avanzando en el tiempo y trasladándonos a nuestro país encontramos en Barrán¹⁰ un seguimiento de las concepciones del imaginario colectivo de la sociedad Uruguaya del Novecientos.

En esta época la locura era considerada problemática ya que concernía a todas las clases sociales, el loco al ser alguien que no se atenía a las normas creaba disturbios que debían ser "encausados". Por ejemplo, en psiquiatría la crítica realizada por los enfermos era interpretada como negaciones a la cura. De esta manera, resistir al tratamiento se transformó en la más clara evidencia de cuan

⁷ Castel, Robert, "El orden psiquiátrico", ediciones La Piqueta, Madrid, 1980

⁸ Ph. Pinel "Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale" 2da. Ed., París, 1809, p.202; citado en Castel, Robert, "El orden psiquiátrico", ediciones La Piqueta, Madrid, 1980, pág. 53.

⁹ Castel, Robert, "El orden psiquiátrico", ediciones La Piqueta, Madrid, 1980, pág. 291.

¹⁰ Barrán, José Pedro. "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos" Tomo I (1992), II (1993) y III (1995); ediciones de La Banda Oriental, Montevideo.

grave era la enfermedad, esto aparece evidenciado en las historias clínicas de Bernardo Etchepare.

Comienza entonces a establecerse la supremacía del médico psiquiatra y su saber. Solamente él era competente a la hora de establecer normalidad, puesto que la locura aparecía como una entidad engañosa. *“Se juzga con el criterio falso de que la locura es un estado opuesto a la razón y que la excluye, y no se concibe que una persona que tenga buena memoria, que conozca a las gentes, que ratiocine bien (...) pueda ser un enfermo (...) juzgando a estos, como dice Parant, por la razón que les queda y no por la razón que les falta”*.¹¹ Por consiguiente, le competía a los psiquiatras combatir la locura y definir la normalidad.

Para despreocupar a la población era necesario que la distinción entre lo sano y lo patológico fuera clara. El loco debía ser identificable, más allá de que no tuviera delirios. También se creó una categoría de personas “fronterizas”, que tenían estados mentales indefinidos, locuras momentáneas; esto surgió a partir del requerimiento de la justicia penal para establecer el grado de culpabilidad de los acusados. En Uruguay, esta psiquiatría criminalista fue defendida por Etchepare y Santín Carlos Rossi. *“En el Código Civil de 1868 se disponía que el juez debía interrogar al supuesto demente “y oír el dictamen de dos o más facultativos de su confianza”*.¹² Los locos no eran encerrados en la cárcel, pero sí en el manicomio.

La psiquiatría del Novecientos consideraba patológico pensar o actuar de manera diferente a la mayoría, por ello en el manicomio no solamente se recluía a los delirantes sino también a los homosexuales, extraños, vagabundos, marginados, etc. El discurso de los médicos proclamaba los valores de la clase

¹¹ Declaración de Enrique de Castro en 1899, citado en: Barrán, José Pedro. “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos” Tomo I “El poder de curar”; ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1993, pág. 207.

¹² Barrán, José Pedro. “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos” Tomo I “El poder de curar”; ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1993, pág. 190.

dominante: *“El hombre bien equilibrado es feliz porque toma la vida como es, aceptando las dificultades y diciéndose que ellas podrían haber sido más importantes”*¹³.

A lo largo de los textos de Barrán podemos percibir el cambio de pensamiento con respecto a la locura. En el siglo XVIII la fe religiosa y el misterio ocupaban un importante papel en nuestra sociedad. Pero durante el siglo XIX y el Novecientos lo ominoso, la posesión diabólica y la fe en el milagro eran claros síntomas de enfermedad mental. La conducta normal consistía en la preponderancia del intelecto sobre lo emocional, el control de uno mismo, puesto que la cultura exigía éxito. Los locos invariablemente mostraban una inobediencia a las costumbres burguesas, más allá de que existiera o no delirio. Para Santín Carlos Rossi actuar sanamente consistía en ser útil a la sociedad.

El loco se caracterizaba por ser pobre, por carecer de autocontrol, por encontrarse fuera del mundo laboral, y lejos de su familia. Según Etchepare existían dos síntomas claves que revelaban demencia: el alejamiento del trabajo y de la familia. La deserción al trabajo podía considerarse el inicio de la enfermedad, de esta manera la reinserción laboral equivalía a la recuperación mental.

¹³ Barrán, José Pedro, “Medicina y sociedad en el Uruguay del 900, Tomo III: La invención del cuerpo”, ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1993, pág. 171.

2. Orígenes del hospital psiquiátrico

En esta sección se realiza un breve recorrido histórico en la práctica de la internación, haciendo especial hincapié en la evolución del hospital psiquiátrico en Uruguay.

Locura a la deriva

La primera práctica de expulsión de la locura acontece al término del siglo XV. Foucault relata en *Historia de la locura en la Época Clásica* el surgimiento de un singular navío que llevaba el nombre de "*Nef des Fous, la nave de los locos, extraño barco ebrio que navega por los ríos tranquilos de Renania y los canales flamencos*"¹⁴. En él se concentraba a los dementes, embarcándolos sin rumbo fijo. Ya en esta práctica podemos ver como se excluye al diferente.

En cuanto a la población reclusa de las ciudades europeas, apreciamos que en los censos realizados en los manicomios en el siglo XVII, convivían sin distinción muchos "seres indeseables": "*viejas chochas, viejas seniles, muchachas incorregibles, inocentes deformes y contrahechas, gente de espíritu débil, perezosos, bribones y libertinos, pobres buenos, paralíticos grandes y pequeños, enfermos venéreos, hijos ingratos, prostitutas, depravados, etc.*"¹⁵

¹⁴ Foucault, Michel, "Historia de la locura en la Época Clásica", editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1990, pág. 21.

¹⁵ Foucault, Michel, "Historia de la locura en la Época Clásica", editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1990, pág. 130.

Aislar para curar

A partir de la lectura de Castel¹⁶ nos adentramos en una particular mirada sobre la práctica de la internación y su relación con la medicina. El loco debía ser puesto bajo tutela, ya que se lo catalogaba de incapaz de manejarse en sociedad. La institución médica delimitaba el estatuto jurídico-social y civil del loco mediante el internamiento en un establecimiento especial, que determinaba su condición de alienado.

Todo esto trae aparejado el despliegue de una tecnología hospitalaria dedicada a la locura: el manicomio es un dispositivo social que resguarda a la población de los riesgos que implican la enfermedad y la pobreza.

Según este autor el modelo de asistencia en su proceso histórico fluctuó entre dos períodos: primero se aisló a los desviados a fin de volverlos neutrales; en una segunda etapa, se intentó disciplinarlos organizando en la institución técnicas reformadoras que partían de ejercicios religiosos, reglas morales y actividades manuales. La violencia hacia el enfermo estaba fundamentada en el adiestramiento que recibía en este tipo de institución.

La tecnología Pineliana

En esta línea de análisis no podemos omitir a la destacada figura del médico parisino Philippe Pinel. Su mayor innovación fue el nuevo ordenamiento del espacio hospitalario. Las diversas categorías existentes que justificaban encierro (pobreza, enfermedad, vejez, abandono) fueron clasificadas y separadas en edificios diferentes, constituyéndose así una nueva ciencia a partir de la tipificación de los desviados.

¹⁶ Castel, Robert, "El orden psiquiátrico", ediciones La Piqueta, Madrid, 1980

El hospicio organizado de esta manera se instituye en herramienta de cura. El psiquiátrico se constituye entonces en un observatorio excelente, un eje de investigación privilegiado donde el encierro es el requisito inicial de cualquier terapéutica de la locura. El hospital pretende transformarse en un laboratorio social donde se reprogramaría la existencia humana, siendo necesario romper con el mundo exterior causante de la insania.

El médico, el enfermo y la institución conforman un triángulo en el cual la interrelación jerárquica y reglamentada le otorga dinamismo y define su eficacia. Un sujeto omnipotente exige su precepto razonable a otro sujeto desvalido mediante resortes (funcionarios subordinados, reglamentos, actividades dirigidas, ocupaciones del tiempo, etc.) institucionales preparados con la finalidad multiplicar ese poder.

El hospital psiquiátrico en Uruguay

Enfocándonos en la realidad nacional proseguiremos con el análisis de la institución del encierro a partir de los textos de Barrán¹⁷. En este punto nos interesa la creación y composición de la clase médica en nuestro país y de los manicomios nacionales.

Los primeros lugares de encierro existentes en Uruguay fueron sitios que pretendían cuidar más que curar. Aparecieron gracias a la caridad y filantropía de la sociedad civil y en ellos también se podía encontrar a la locura. El Hospital de Caridad, por ejemplo, ya desde antes de 1826 acogía algunos dementes, aunque la mayoría (como solía ocurrir en Europa en el Renacimiento) vagaba por las calles de la ciudad. Esto dependía de la clase social del insano, dado que *"(...) en las clases medias y altas sobre todo, el loco de la familia era "escondido en el*

¹⁷ Barrán, José Pedro. "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos" Tomo I (1992), II (1993) y III (1995); ediciones de La Banda Oriental, Montevideo.

rincón más apartado de las casas, privado de toda libertad” o llevado, si era mujer, a algún convento.”¹⁸

El primer hospital psiquiátrico Uruguayo surgió en junio de 1860, cuando se trasladó a los enfermos mentales que se encontraban en el Hospital de Caridad, a la quinta de la sucesión de Miguel Antonio Vilardebó. En un comienzo fue otro espacio que parecía tener el objetivo de custodiar al enfermo más que de sanarlo. Esto tiene mucho que ver con que allí, los médicos eran figuras secundarias y su poder era exiguo. En 1860 por ejemplo, éstos visitaban a los enfermos solamente dos veces por semana ocupándose únicamente de los padecimientos físicos. Eran las Hermanas de Caridad quienes dominaban en el manicomio: *“Mandan ellas más que el médico”*.¹⁹

Poco a poco sin embargo, el poder de los galenos fue consolidándose.²⁰ En el año 1884, *“La clase médica” reclamó el poder total en hospitales y manicomios (...) todo debe subordinarse al pensamiento médico (...) el Secretario, el Ecónomo y sus comisionados son auxiliares del médico; todos los otros empleados deben ser (...) agentes médicos”*.²¹ Para que el dominio fuera absoluto se hacía indispensable desacreditar a todo aquel lego que intentara curar, ya que no solamente se los consideraba ineficaces en su accionar sino que también quebrantaban el monopolio médico de sanar. Un ejemplo de ello fue el desprestigio que sufrieron los hipnotizadores: *“Es muy frecuente, por el hipnotismo, determinar manifestaciones morbosas en individuos donde una histeria oculta u otra enfermedad nerviosa habrían dormido, habrían quedado latentes, si ese estímulo patógeno no se*

¹⁸ Barrán, José Pedro. “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos” Tomo I “El poder de curar”; ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1993, pág. 53.

¹⁹ Afirmación del estudiante de medicina Andrés Crovetto; citado en: Barrán, José Pedro. “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos” Tomo I “El poder de curar”, ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1993, pág. 55.

²⁰ Por más información ver: Barrán, José Pedro. “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos” Tomo I “El poder de curar”, ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1993.

²¹ Andrés Crovetto: “Algo sobre manicomios”, Montevideo, Imp. La Nación, 1984. Tesis. Pp. 45-49, citado en: Barrán, José Pedro. “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos” Tomo I “El poder de curar”, ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1993, pág. 93.

*hubiera ejercido sobre ellos. Por qué despertar esas enfermedades tan molestas, por cierto, para el que las sufre como para el que las atiende?"*²²

La supremacía galena también pretendió ejercer la exclusividad de estipular la responsabilidad y la razón, ya que eran los únicos autorizados a certificar la ausencia de enfermedad mental. Sin embargo hasta 1899 le correspondía al juez la decisión concluyente, evaluando el informe médico. A partir de esta fecha un cambio en el código penal otorga a los médicos el poder de decidir la responsabilidad o irresponsabilidad criminal (lo que implicaba la reclusión en la cárcel o el manicomio), negando al juez la capacidad técnica para decretarla. A modo de ejemplo Barrán cita a Etchepare, cuando en 1911 declaró: *"que el médico y solo él puede medir en lo posible el grado de responsabilidad de un encausado."*²³ Y dice que, Santín Carlos Rossi intentó crear una *"definición médico-legal del alienado"* mediante tests que permitirían dejar de lado la *"opinión"* del juez y ceñirse solo al dictamen *"científico"* del médico.²⁴ Lo que ocurría en realidad, dado el apremio por ingresar al paciente y la demora que conllevaban los procedimientos judiciales, era que los propios familiares o el Jefe de Policía enviaban al loco al manicomio. En esta situación, *"los médicos decidían o no la internación sin comunicarla siquiera al juez. Según los alienistas, ellos podían decretar el aislamiento y el juez el secuestro, diferencia jurídica sutil que conducía a lo mismo: el manicomio."*²⁵

La internación como práctica se popularizó. En el año 1868 la población internada ascendía a 202 personas, en tanto que en 1930 los encerrados eran 5218. En su mayoría era gente de bajos recursos: las mujeres mayoritariamente tenían como trabajo las tareas domésticas y de los hombres un 46% eran

²² B.C.N.H. julio 1922, pp. 401-25; Ordenanza sobre hipnotismo, citado en: Barrán, José Pedro.

"Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos" Tomo I "El poder de curar", ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1993, pág. 183.

²³ Barrán, José Pedro. "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos" Tomo I "El poder de curar", ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1993, Pág. 189.

²⁴ Ídem, pp. 189-190.

²⁵ Ídem; Pág. 190

jornaleros. Tanto en hombres como en mujeres, el alcoholismo consistía la causa principal de internación.

El maltrato como procedimiento

El tratamiento que se daba a los internos en los hospitales psiquiátricos uruguayos, fluctuaba entre el castigo físico y la libertad más absoluta. Una vez que el paciente ingresaba era rapado, y se le exigía guardar cama, a veces por largos períodos. Se utilizaba también el chaleco de fuerza y los baños de duchas frías, así como “el chaleco químico” que consistía en dosis muy elevadas de medicación (cloral, morfina, bromuro) dejando al loco en un estado de letargo. Una vez institucionalizados el método más frecuente era “el del palo”; los sirvientes daban tales “trancazos” a los locos que con frecuencia les fracturaban algún miembro; el jardinero, al loco que hacía trabajar como ayudante, “lo ataba de los testículos suspendiéndolo, colgándolo de los árboles y sumergiéndolo en un estanque”²⁶. Otros métodos eran el azote, la “máquina eléctrica” (algo similar al shock eléctrico) y el cepo. El aforismo que justificaba estos tratos era el de: “el loco por la pena es cuerdo”.²⁷ Se pretendía la debilitación del cuerpo del enfermo, disponiendo una distracción del alma por medio del dolor físico, considerando que el loco se volvía de esta manera más obediente.

Durante 1912 en nuestro país, como una alternativa de internación se instaura la Colonia de Alienados de Santa Lucía. En la misma se permitía que los pacientes crónicos pacíficos pudieran pasear con libertad por los parques y jardines, realizando también trabajos de huerta y cría de animales. Se consideraba indispensable el aislamiento de la familia y del entorno social desde la manifestación de los primeros síntomas psicóticos. Esto se basaba en la noción de que no era posible curar en el lugar donde se habían generado los síntomas,

²⁶ Barrán, José Pedro. “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos” Tomo I “El poder de curar”, ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1993, Pág. 54

²⁷ R.M.U. año 1906, pp. 65-66. Bernardo Etchepare: “Puerilismo mental”, citado en: Barrán, José Pedro. “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos” Tomo I “El poder de curar”; ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1993, pág.54

con personas que daban consejos y sugerencias contrarias a lo que el poder científico consideraba lo indicado.

No obstante había discriminación entre los internos, ya que se trataba de manera diferencial a quienes abonaban una pequeña cuota. Asimismo eran separados según su antigüedad y tipo de enfermedad. Los violentos, rebeldes y desobedientes eran puestos en celdas apartadas y sometidos mediante chaleco de fuerza. Mientras que aquellos que se mostraban dóciles y tranquilos podían recorrer el jardín, al igual que los pacientes que contaban con más antigüedad.

El cuerpo como laboratorio

El poder del médico permitió abusos sobre los internados. El cuerpo del loco pobre fue utilizado para la experimentación: *“La miseria es el campo en donde la Medicina hace experimentos que la higiene aprovecha.”*²⁸ Algunos de los experimentos consistían en inyectarles: toxinas extraídas del bacilo de fiebre amarilla, suero de conejo, trementina, también se practicaban inyecciones intra craneanas, las más de las veces sin anestesia. Dichos ensayos conllevaban la muerte de la mayoría de quienes eran sometidos a ellos, por esta razón, se buscaba a los sujetos que dieran menos complicaciones: *“Entre el enorme material de que disponía [en el Vilardebó] elegí un caso que estuviera irremisiblemente perdido [...] y a quien no se le conociera familia, para ahorrarme la tarea de consentimiento.”*²⁹

²⁸ Expresión del médico Mateo Legnani. en 1917, citada en Barrán, José Pedro. “Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos, Tomo II La ortopedia de los pobres”, ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1993, pág. 58, citado en Mateo Legnani: “Catecismo de Higiene”, Mdeo. J. Dornaleche, 1917, p. 126.

²⁹ Citado en: Barrán, José Pedro. “Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos, Tomo II La ortopedia de los pobres”, ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1992, pág. 59.

3. Conceptualizaciones y críticas con respecto al hospital psiquiátrico. Distintos programas de integración del enfermo mental.

A lo largo de la historia han existido diversas conceptualizaciones respecto a los tratamientos pertinentes para la enfermedad mental. No siempre y no todos han estado o están, de acuerdo con lo que significa una cura mediante el encierro. El propósito de este apartado será mostrar sucintamente las distintas conceptualizaciones y críticas con respecto al hospital psiquiátrico y la práctica de encierro. Para ello nos parece pertinente mostrar las diferentes teorías que versan sobre la integración del enfermo mental a la comunidad.

En primer lugar haremos referencia al movimiento de la Comunidad Terapéutica según Ivana Carla García Pereira³⁰. El mismo comenzó en Inglaterra en la época de la segunda guerra mundial siendo, Maxwell Jones, su máximo exponente. Luego se expandió a EEUU y el resto de Europa.

La Comunidad Terapéutica implicó una reestructura de los hospitales psiquiátricos hacia una mayor humanización del tratamiento de los enfermos mentales. Se buscaba que las relaciones entre los técnicos y los pacientes fueran más democráticas. Transformando a la institución psiquiátrica en una institución terapéutica, basada en vivencias grupales y de resocialización con terapias tanto individuales como de grupo. Se pretendía reproducir en el hospital las relaciones sociales del afuera, de manera tal, que el individuo encontrara espacio para un aprendizaje social en el que se practicasen nuevas relaciones menos patológicas.

³⁰ García Pereira, Ivana Carla; "Do Ajustamento à Invenção da Cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil"; EM: Vasconcelos, Eduardo Mourão; "Saúde mental e Serviço social"; Cortez Editora, São Paulo, 2000.

Este planteo incorpora la propuesta del equipo terapéutico compuesto por profesionales de distintas áreas: psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, sociólogos, psicólogos, etc. *"(...) en una institución psiquiátrica comunitaria todos curan, entre todos se crea el clima terapéutico (...) que permitirá el camino de la enfermedad a la salud"*³¹. Otro aspecto que se busca dentro de esta propuesta es la delegación de responsabilidades a los pacientes, que los habilita a participar como protagonistas en la resolución de problemas generales en el hospital.

Por otra parte, en Italia, encontramos la psiquiatría democrática promovida por Franco Basaglia. Este psiquiatra lideró un movimiento de negación institucional del hospital psiquiátrico que promovió experiencias de desinstitucionalización de los enfermos mentales. La idea central consistía en la abolición del hospital psiquiátrico, *"efectivamente, sin el desmantelamiento del manicomio, mediante programas de reinserción y estructuras residenciales y rehabilitadoras alternativas no existe reforma psiquiátrica propiamente dicha."*³² El cambio de concepción no sólo atañe a la disolución del manicomio sino a la forma de comprender el proceso de salud - enfermedad, y las funciones que en el mismo tiene la sociedad en su conjunto. Se trata de no aislar al enfermo mental al tiempo que se pretende contribuir al proceso de recuperación sin alejar a la persona de su medio social. La cura y la rehabilitación son simultáneas.

En tercer lugar podemos mencionar el movimiento de la antipsiquiatría que *"se caracterizó por la negación del hospital psiquiátrico y del saber de la psiquiatría como dispositivos de abordaje y pretensión de cura de la enfermedad mental. Los antipsiquiatras veían la enfermedad mental como un movimiento del individuo de contestación al estatus quo, una alternativa de la opresión impuesta por la sociedad*

³¹ Moffatt, Alfredo; "Psicoterapia del oprimido. Ideología y Técnica de la Psiquiatría popular"; Editorial Humanitas; Buenos Aires; 1990, pág. 167.

³² Leal Rubio, José; "Servicios de salud mental: pasado, presente y futuro", Revista de Treball Social, núm. 145, Col·legi Oficial de diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Barcelona, Marzo 1997, pág. 20

capitalista.”³³ Autores como Ronald Laing (1964), Joseph Berke (1969) y David Cooper (1971), mediante una postura crítica hacia la familia burguesa como fundamental causante de la enfermedad, replantean en su totalidad el concepto sobre locura. Dentro de su tratamiento intentan llevar el delirio hasta sus últimas consecuencias para que el individuo pueda posteriormente “renacer” como una nueva persona.

Entre los enfoques alternativos a la teoría del encierro como forma de tratamiento psiquiátrico, no podemos dejar de nombrar al conjunto de investigadores conocido como “Grupo de Palo Alto”. Esta escuela estadounidense utiliza los lineamientos propuestos por la teoría general de sistemas y propone una manera diferente de definir a la enfermedad mental, a partir del análisis comunicacional y la teoría del doble vínculo. De esta manera explican que las estrategias por la lucha de poder, especialmente dentro de la familia, pueden ser analizadas mediante el tipo de comunicación que se establece entre sus miembros. Definen entonces, otra etiología de la enfermedad mental: la comunicación alterada. *“El análisis del tipo de mensajes del paciente esquizofrénico abre nuevos caminos en el tratamiento de psicosis, a través del mensaje de doble vínculo (o doble enlace): el mensaje paradójico que, según este grupo, sería la clave de la comunicación esquizofrenizante”*.³⁴

Por último haremos referencia al movimiento conocido bajo el nombre de empowerment. El mismo surge en Dinamarca a fines de los años 50, con el objetivo de equiparar la calidad de vida de los enfermos mentales al resto de la población. Poniendo el punto de mira en los efectos generados por la institucionalización y los procesos que llevan a la estigmatización; este abordaje apuntaba a invertir dichos procesos otorgando a los enfermos la máxima autonomía en el transcurso de reinserción. Desde el empowerment se combaten

³³ García Pereira, Ivana Carla; “Do Ajustamento à Invenção da Cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil”; EM: Vasconcelos, Eduardo Mourão; “Saúde mental e Serviço social”; Cortez Editora, São Paulo, 2000, 241-242. (traducción propia)

³⁴ Moffatt, Alfredo; “Psicoterapia del oprimido. Ideología y Técnica de la Psiquiatría popular”; Editorial Humanitas; Buenos Aires; 1990, pág. 162.

los dispositivos culturales, ambientales y los servicios que procrean el estigma y la depreciación social de los usuarios. También se busca construir oportunidades que permitan aproximarse a una vida común, con intercambios sociales y culturales. Además se estimula el respeto por las personas, denotando menor control lo cual a su vez redundaría en un menor paternalismo hacia los individuos, poniendo el acento en la libertad de resolución, la autonomía y la independencia personal, sin por ello rechazar el derecho a la dependencia.

De una forma u otra estas distintas teorías pretenden comprender mejor el sufrimiento del enfermo mental y acercarlo a la comunidad. En la mayoría de los casos proponen integrar un equipo multidisciplinario, que conlleve la contribución desde diferentes puntos de vista para una mejor comprensión de la problemática. Siendo el trabajo social una disciplina que nació como auxiliar del médico, es lógico que también pretenda integrarse a este tipo de propuestas. A continuación nos adentraremos en el surgimiento del trabajo social de la mano de la medicina, mostrando que uno de sus primeros ámbitos laborales fue el hospital.

4. El surgimiento del trabajo social en el Uruguay y su vinculación con la medicina.

En esta sección haremos un conciso relato histórico en cuanto al surgimiento del trabajo social y su vinculación con la medicina y la psiquiatría en el Uruguay. Luego realizaremos, una breve exposición sobre una vertiente europea del trabajo social: la asistencia social psiquiátrica

El nacimiento de una nueva profesión

Anteriormente a la unificación de la carrera de Trabajo Social, en nuestro país existieron diferentes cursos: Visitadora Social de Higiene, Visitadora Sanitaria, Visitadora Escolar, etc. Los mismos estuvieron en la órbita de la Facultad de Medicina, y por lo tanto aparecían como un auxiliar del médico. También se crearon cursos de la misma índole en el Ministerio de Salud Pública, Consejo del Niño y posteriormente, se abrió una Escuela de Servicio Social con el patrocinio de instituciones católicas. Estos organismos impartían carreras que podríamos emparentar con el actual Trabajo Social (aunque las denominaciones cambiaban). En todos los casos la vinculación con la medicina y el área de la salud era sumamente importante. Esto puede verificarse en los planes de estudio, que incluían materias propias de la medicina, y también en la inserción laboral de los egresados, quienes se desempeñaban en la mayoría de los casos en el área de la salud.

A partir del análisis que realiza Ortega³⁵ podemos afirmar que el Trabajo Social en Uruguay surgió en el ámbito de la salud, subordinado técnica y jerárquicamente a otras profesiones del área sanitaria, sobre todo del médico. Esta autora en su tesis de maestría esgrime como hipótesis fundamental de su trabajo que *“el Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinadoras*

³⁵ Ortega Cerchiaro, Elizabeth; “El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad Uruguaya en el período neobatllista”; UDELAR/UFRIJ; Montevideo; 2003.

que se construyeron como parte del proceso de medicalización de la sociedad. En este sentido se puede sostener que el espacio profesional del servicio social en el Uruguay estaría genéticamente ligado al área de la salud.”³⁶ Se buscaba el disciplinamiento de la población por medio de la educación y la salud, por eso fue allí que se creó un campo favorable para la germinación de profesiones, como el Servicio Social. Ya que se consideraba indispensable instaurar una conexión entre las familias (en particular las familias pobres) y las instancias médicas o educativas.

En este interjuego aparece la figura de la visitadora social (predecesora del asistente social) que debía tomar el papel de nexo entre las instituciones y la comunidad con una concepción de vigilancia del hogar, de las condiciones higiénicas, alimentarias, etc. “Aclara que la visitadora social debe conocer las tareas de la enfermera pero “debe sobrepasar esos límites de la asistencia con conocimientos sólidos en todas las ramas de la higiene”³⁷

De acuerdo a lo expresado por Ortega, en lo referente a las visitadoras escolares es significativo que en el año 1926 cuando se crea el curso, se lo coloca bajo la égida de la Facultad de Medicina. Las materias impartidas eran: Higiene escolar, Nociones de patología (especialmente infantil), Higiene social y general, Economía doméstica, Nociones de anatomía y Fisiología.

Asimismo, la primera Escuela de Servicio Social universitaria, que fue fundada en 1927, se creó en el ámbito del Instituto de Higiene Experimental que dependía de la Facultad de Medicina. También constaba de asignaturas que estaban muy ligadas al área de la salud, por ejemplo: Higiene general, Patología general, Anatomía y Fisiología, Higiene Social y Escolar, Maternología y Puericultura. Esto demuestra la conexión existente en el surgimiento de la disciplina y el área de la salud.

³⁶ Ortega Cerchiaro, Elizabeth; “El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad Uruguaya en el período neobatllista”; UDELAR/UFRJ; Montevideo; 2003; pág. 14.

³⁷ Ídem, pág. 48.

Es posible afirmar que estos fueron los primeros pasos en el desarrollo del trabajo social, aunque en principio la designación de la disciplina no estuviera clara. *"Según Bralich (1993: 14)"no existía, al parecer, precisión en cuanto a la denominación de la profesión. La solicitud del Consejo de Enseñanza Primaria se refiere a "Visitadoras Escolares" el Consejo de la Facultad de Medicina habla también de "Visitadoras Escolares" al aprobar la colaboración solicitada, pero luego en los documentos del Instituto de Higiene (fichas escolares) se expresa "Visitadoras Sociales" y los títulos otorgados son de "Visitadoras Sociales de Higiene".*³⁸

Coincidimos con Ortega en que las visitadoras sociales hacían las veces de inspectoras de las condiciones de salubridad en diferentes espacios. Dentro del ámbito escolar, proporcionando preceptos sanitarios a maestros y alumnos; y en la esfera familiar las visitas domiciliarias tenían la finalidad de ilustrar sobre las ventajas de la higiene. La figura de la visitadora actuaba bajo la órbita del médico, suministrándole valiosa información: *"(La visitadora social) servirá al médico de precioso auxiliar para obtener informes sobre los hábitos y antecedentes del enfermo, influencia del ambiente sobre la enfermedad y, en general, toda clase de datos de interés para la etiología, el diagnóstico o el tratamiento".*³⁹ La visitadora era un auxiliar del médico, cuyo papel cotidiano consistía en encargarse de *"completar la obra médica y del cumplimiento exacto de las prescripciones facultativas, así como de la presentación regular al consultorio de los niños enfermos". A ella correspondería crear entre el médico y la familia del enfermo un ambiente de absoluta confianza que facilitara la ejecución del tratamiento indicado, así como la obtención de informes precisos y verídicos, (...)"*⁴⁰

Cabe destacar que en la década del 30, con la creación del Código del Niño, se resuelve generar en el Consejo del Niño una División Técnica de Servicio Social, que se encargaría de una nueva formación para las visitadoras sociales. En esta órbita el rol de las mismas consistía en: *"La organización y regularización de la*

³⁸ Ortega Cerchiaro, Elizabeth: "El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad Uruguaya en el período neobatllista"; UDELAR/UFRJ; Montevideo; 2003, pág. 49.

³⁹ Ídem, pág. 50.

⁴⁰ Ídem, pág. 50.

familia, la investigación de la paternidad, evitar el abandono del niño, contralorear el cumplimiento de los preceptos higiénicos y las prescripciones médicas, enseñar higiene y puericultura, alimentación adecuada y económica, en todas las cuestiones de trabajo, sea para buscarlo a los padres o para evitarlo en los niños, facilitar la orientación profesional, atención y colocación de anormales y enfermos, colocación familiar en los casos de libertad vigilada, asesoramiento al juez de Menores con respecto a la vida del niño y de su familia, lucha contra el analfabetismo y los males sociales, persecución de la mendicidad, en la realización de encuestas, organización de oficinas que traten con mujeres y niños, y en muchos otros casos que no es posible prever”⁴¹

En el año 1937 aparece la Escuela de Servicio Social del Uruguay (ESSU), que contaba con el patrocinio de la Unión Católica Internacional de Servicio Social y de la Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Cruchagra, de la Universidad Católica de Chile. Al estar circunscripta a dos instituciones católicas, dicha escuela tenía una noción caritativa de la profesión. Allí, *“También se destaca el peso de las materias relacionadas con la medicina en el programa de estudios.”⁴²*

Recién en 1953 la ESSU, al cambiar su programa de estudios, modifica el título de visitadora social por el de asistente social. Es en 1959 que ésta pasa a ser una carrera de 4 años. La misión que se esperaba de las personas recibidas puede resumirse en las siguientes palabras: *“Debe saber imponer su autoridad con persuasión, y sin violencia, debe saber conquistarse la cooperación y simpatía del enfermo y de sus familiares y no debe interferir de ninguna manera en las funciones del médico tratante. Sus funciones básicas consisten en aplicar técnicas de prevención y educar, al mismo tiempo que debe estudiar las condiciones sociales y económicas del enfermo y tratar de buscar solución a los problemas familiares y económicos que le plantea su enfermedad.”⁴³*

⁴¹ Ortega Cerchiaro, Elizabeth; “El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad Uruguaya en el período neobatllista”; UDELAR/UFRJ; Montevideo, 2003, pág. 59.

⁴² Ídem, pág. 67.

⁴³ Ídem, pág. 89.

El médico necesitaba un auxiliar distinto de la enfermera, que prestara el servicio de visita a la familia e intercambio de información. El testimonio de una visitadora social que trabajó hacia mediados de la década de 1940, en un hospital psiquiátrico así lo confirma: *“ellos (los médicos) estaban buscando un personal que no era la enfermera ni la vacunadora. Nosotros reivindicábamos la visita domiciliaria. (...) Yo cumplía con lo que el médico indicaba pero me escapaba de esos límites”*⁴⁴

Encontramos entonces que el Servicio Social tenía en sus comienzos una estrecha relación con la medicina por un lado por las asignaturas impartidas en la carrera, por otro lado, en cuanto a las posibilidades de trabajo posteriores. *“En ese momento histórico los lugares de trabajo de las visitadoras estaban centrados en el área de la salud, (...)”*⁴⁵

La asistencia social psiquiátrica

En el área de salud mental, en Europa y Estados Unidos, a principios del siglo pasado aparece una figura, inexistente en nuestro país, como carrera o especialización, incluso en la actualidad. La misma se encuentra a medio camino entre las funciones de enfermería y los objetivos del trabajo social, nos referimos a la asistencia social psiquiátrica.

Uniéndonos a Claramunt⁴⁶, advertimos que entre la primera y la segunda guerra mundial, los asistentes sociales de habla inglesa se interesaron cada vez en mayor medida por la psicología normal y patológica. En el año 1921 se integró al trabajo hospitalario la figura del asistente social psiquiátrico ya que la tarea asistencial no era completa si se dejaba de lado el medio ambiente familiar, social y laboral del enfermo. Entre los asistentes sociales era ineludible una formación psiquiátrica más profunda.

⁴⁴ Ortega Cerchiaro, Elizabeth; “El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad Uruguay en el período neobatllista”; UDELAR/UFRJ; Montevideo, 2003, pág. 124.

⁴⁵ Ídem, pág. 64.

⁴⁶ Claramunt López, Fernando; “Psiquiatría y asistencia social”; Ediciones Euramerica; Madrid; 1974.

034216



El trabajo social en salud mental se desarrolló en el período histórico más tecnificado de la profesión. Frente a la gran masificación de los hospitales psiquiátricos surge como una necesidad el trabajo social psiquiátrico, que será un intento de buscar una solución socializadora al dilema de los enfermos mentales que se cronificaban cada vez más. Durante mucho tiempo se consideró al trabajo social psiquiátrico como una especialización más sofisticada de la disciplina, que demandaba de los profesionales una preparación superior. *“El trabajo social en psiquiatría se inició en los Estados Unidos en el año 1905, especialmente en los hospitales psiquiátricos como Maniatan State Hospital de Nueva York y el Massachussetts General Hospital de Boston. En el Estado español el desarrollo del trabajo social como profesión también estuvo muy vinculado a la psiquiatría; así, la tercera escuela de asistentes sociales que se creó en el país fue fundada por el profesor Sarró en Barcelona en el año 1953, amparada bajo la Cátedra de Psiquiatría.”*⁴⁷

La fundación de la actual Escola Universitària de Treball Social de la Generalitat de Catalunya, adscrita a la Universidad de Barcelona, fue motivada por el enfoque que valora la influencia de los factores sociales en la aparición de problemas psíquicos, defendido en aquel entonces por los que ya se consideraban psiquiatras sociales, como H.S. Sullivan y E. Fromm. En España el colectivo de trabajadores sociales en el ámbito de la salud mental ha tenido una especial influencia a la hora de considerar las políticas sociales en el área.

En estos países, la comprobación del influjo que posee el entorno social, tanto en la aparición de trastornos mentales como en su recrudescimiento o mejora, fue un factor decisivo para el reconocimiento de la labor de los trabajadores sociales en el ámbito de la psiquiatría.

⁴⁷ Fernández Barrera, Josefina ; “La supervisión del trabajo social en salud mental”; Revista de Treball Social, núm. 145, Col·legi Oficial de diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, Barcelona; Marzo 1997, pág. 54.

5. Roles y tareas del Trabajo Social en el hospital psiquiátrico.

En el siguiente apartado desarrollaremos las tareas que se le adjudican al Trabajador Social en el hospital psiquiátrico, desde una perspectiva teórica que nos aproxime a los objetivos de la disciplina en dicha institución. Para ello haremos una reseña de autores de origen español que versan sobre el tema, ya que a nivel nacional hemos encontrado escasa producción teórica.

La tarea

Para comenzar nos referiremos a la opinión de Claramunt⁴⁸ en cuanto a la misión del asistente social en el hospital psiquiátrico. Ésta consiste en:

- ✦ Seguir el recorrido del paciente en sus distintas etapas: ingreso y adaptación, tratamiento (preparación del alta, planes para el futuro), alta provisional de prueba, alta definitiva (readaptación social).
- ✦ Favorecer las relaciones humanas entre el personal auxiliar y pacientes.
- ✦ En conexión con su labor en el hospital psiquiátrico, pero fuera de él sus contactos principales serán: los familiares del enfermo, el medio ambiente laboral del paciente, organizaciones asistenciales o de previsión, etc.

La tarea del asistente social radica entonces, principalmente en *“crear y desarrollar relaciones humanas cada vez más satisfactorias entre los pacientes, el equipo terapéutico y la sociedad en general, contrarrestando los inevitables descuidos, injusticias y el tono relativamente impersonal de la asistencia psiquiátrica pública.”*⁴⁹

Cuando el paciente ingresa, el asistente social puede ocuparse de que éste se sienta lo mejor posible intentando atenuar las intranquilidades de los primeros días. Pero sin duda, el campo de más ingerencia es el contacto con los familiares

⁴⁸ Claramunt López, Fernando; “Psiquiatría y asistencia social”; Ediciones Euramerica; 1974; Madrid.

⁴⁹ Claramunt López, Fernando; “Psiquiatría y asistencia social”; Ediciones Euramerica; Madrid; 1974, pág. 346.

del interno, ya que de éste vínculo dependerá el nivel de rehabilitación social al término del tratamiento del paciente.

El psiquiatra está habituado a una relación bipersonal con el enfermo, donde los familiares pueden ser vistos como perturbadores de la misma. La importancia del asistente social radica en recordar el papel primordial que éstos tienen a la hora de la rehabilitación social del paciente y la influencia del medio ambiente sobre la salud mental. Por ello, durante el tratamiento no se puede prescindir en absoluto de los grupos en los que se ha desarrollado la vida del paciente. Para eso el asistente social deberá: suscitar un nivel elevado de equilibrio familiar y de cada uno de sus integrantes, suprimir las causas perturbadoras de este equilibrio y favorecer la cohesión; estudiar el nivel en que cada uno de los miembros aporta a las necesidades emocionales de los demás.

Encontramos un enfoque similar en la postura de Martí⁵⁰. Este autor afirma que a menudo el psiquiatra no tiene en cuenta de manera suficiente la estructura familiar en el tratamiento. Se preocupa mucho en encontrar datos objetivos del trastorno mental utilizando para ello exploraciones sistematizadas, estudios específicos, tests, etc. Sin embargo, la familia como estructura (con sus reglas -tácitas o no-, sus prejuicios, sus miedos) es frecuentemente dejada de lado a la hora del tratamiento, aunque aparezca detallada en la historia del paciente.

En esta línea de interpretación Becerra de Ledesma⁵¹ plantea que la tarea del trabajador social no se limita a entrevistas familiares con la intención de investigar, diagnosticar y explicar la conducta del paciente, o de qué manera intervienen en ella la familia o alguno de sus miembros. Sino que concibe un tratamiento grupal donde el paciente ha sido el depositario de alguna manera de los problemas de su medio, éste “(...) *actúa como emergente de este grupo*

⁵⁰ Martí – Tusquets, José Luis; “Psiquiatría social”; Editorial Herder; 1976, Barcelona.

⁵¹ Becerra de Ledesma, Rosa María; Manrique de Miranda, Susana; “Una experiencia de integración de métodos en servicio social psiquiátrico”; en *Selecciones de Servicio Social* Vol. 2 (set. 1969) N° 7; Buenos Aires

enfermo asumiendo el rol de la enfermedad o haciéndose cargo de la patología de la familia.”⁵²

En nuestro país, al respecto del trabajo social en el área de la salud mental, Da Silva señala que *“(...) la Asistente Social tiene una función específica, que puede ir desde el aplacar dudas hasta el trabajo de captación de la repercusión de la transformación de la conducta del niño en la familia, bien como el facilitar el cambio de conducta de la familia, para una reinserción del paciente en un contexto más adecuado para su desarrollo.”⁵³* También indica que uno de los fines que debe perseguir el trabajador social en este ámbito es *“Colocar o recolocar los pacientes en un posición Humana más integrada para su realidad”⁵⁴*

En el caso de los pacientes internados en hospitales psiquiátricos es relevante puntualizar la coyuntura psicológica en que el internamiento tuvo lugar y cuál fue el efecto que causó en el equilibrio familiar. Estos momentos pueden coincidir con una crisis o, por el contrario, con un intento de la familia de librarse de un miembro “molesto”. El hecho de encontrarse alejado del entorno habitual, produce en la persona que está internada consecuencias psicológicas que determinan que el paciente pierda sus contactos sociales. En la mayoría de los casos la patología se ve agravada por los efectos que causa el aislamiento. *“Los trabajadores sociales del campo de la salud mental constatamos, con mayor frecuencia de lo que deseáramos, que la enfermedad mental disminuye las oportunidades sociales de las personas que la sufren, y que, en muchos casos, la principal problemática resultante no es la patología en sí misma, sino la falta de recursos adecuados para personas con unos handicaps específicos. Todo ello comporta, en la práctica, una disminución de la dignidad de la persona.”⁵⁵*

⁵² Becerra de Ledesma, Rosa María; Manrique de Miranda, Susana; “Una experiencia de integración de métodos en servicio social psiquiátrico”; en *Selecciones de Servicio Social* Vol. 2 (set. 1969) N° 7, Buenos Aires, pág. 53

⁵³ Da Silva, José Raimundo; “Salud mental en el equipo interdisciplinario”, pp. 52-55; En: *Trabajo Social /Uruguay/Vol.2, n° 8* (abril 1989), pág. 53

⁵⁴ *Idem*, pág. 54.

⁵⁵ Arenas Vall, Otilia; “Carta de los derechos y deberes de los usuarios”; *Revista de Treball Social*, núm. 145, Col·legi Oficial de diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Barcelona, Marzo 1997. pág. 68

Los objetivos

Para los encargados de la intervención social en la unidad de psiquiatría, en Quatre Camins (Rodríguez, Noemí; Cabanes, Anna; Falo, Enric), Cataluña, España⁵⁶, los objetivos del trabajador social se pueden dividir en tres bloques:

- a) El que refiere a las cuestiones socio familiar. Implica: conocer el núcleo familiar de los pacientes; detectar las circunstancias familiares y sociales que puedan llegar a ser un condicionante para el paciente; potenciar los vínculos entre enfermo y familia; buscar derivar y coordinar los recursos que se ajusten a las necesidades del paciente.
- b) El que se enfoca hacia el interno a partir de la concienciación de su enfermedad. Esto radica en acercar el paciente a su realidad sociofamiliar; favorecer el acceso a diversos recursos, por ej. educativos, laborales, deportivos, de ocio que pueda llegar a ofrecer la institución; crear grupos de apoyo y autoayuda con la finalidad de enfrentar las dificultades en su integración social.
- c) El que se orienta al equipo multidisciplinario. Consiste en: proporcionar la información sociofamiliar que pueda ayudar a configurar una visión global de cada paciente y a participar en la toma de decisiones sobre los mismos en cuanto a la relación con su régimen de vida o el proceso terapéutico.

⁵⁶ Rodríguez, Noemí; Cabanes, Anna; Falo, Enric "Quatre Camins: intervención social de la unidad de psiquiatría"; Revista de Treball Social, núm. 145, Col·legi Oficial de diplomats en Treball Social I Assistents Socials de Catalunya, Barcelona, Marzo 1997, págs. 91-96.

6. Realidad actual del trabajo social con respecto al hospital psiquiátrico en el Uruguay.

El siguiente apartado pretende mostrar la situación actual de los hospitales psiquiátricos públicos en Uruguay, y las tareas llevadas a cabo por los asistentes sociales que se encuentran insertos en dichas instituciones. Para ello, nos basaremos en los relatos que fueron proporcionados por informantes calificados, asistentes sociales en actividad en el Hospital Vilardebó y la Colonia Santín Carlos Rossi y Bernardo Etchepare.

Características generales del sistema público de atención en salud mental

En la actualidad en el Uruguay existen 2 grandes hospitales psiquiátricos públicos: el hospital Vilardebó y la Colonia (Colonia Etchepare y Colonia Santín Carlos Rossi se unieron en una sola). El perfil de los pacientes que trata cada institución es diferente. El Vilardebó trabaja con pacientes agudos (pacientes que han tenido una crisis psiquiátrica reciente) y el objetivo institucional es la reinserción del paciente en la comunidad. La internación promedio es de un mes. Asimismo, la institución cuenta con dos salas judiciales (una de mujeres y otra de hombres), en donde se encuentran pacientes que han cometido delitos y que son derivados por la Justicia. En cambio, la Colonia trabaja con pacientes crónicos (pacientes que padecen desde larga data su enfermedad), y si bien la institución cuenta con 2 programas de egreso, la cantidad de pacientes que se marchan es menor.

Actualmente hay internaciones psiquiátricas en hospitales generales públicos, se dan durante períodos en algunos centros. Si la situación se alarga, se deriva a alguno de los dos hospitales públicos.

También existen estructuras de base a nivel de salud pública llamadas policlínicas periféricas, en Montevideo e Interior. A las mismas acuden los

pacientes a continuar su tratamiento una vez egresados del hospital psiquiátrico. A nivel público no hay instituciones intermedias, salvo éstas policlínicas y el hospital de día que funciona en el Vilardebó.

Un nuevo perfil de Paciente Psiquiátrico

Dentro de los temas que surgieron en las entrevistas cabe resaltar la importancia que ambas entrevistadas dieron al cambio del perfil de paciente psiquiátrico. Una de ellas expresó al respecto: *“el perfil del paciente psiquiátrico ha cambiado porque antes se trataban más patologías digamos entre comillas, más conocidas, más comunes como la psicosis, la esquizofrenia, la demencia, actualmente está todo muy sesgado por el consumo de drogas, incluyendo en esto también el alcoholismo y también lo que ha generado en muchos años de pérdida de hábitos, de hábitos de trabajo, de la no concurrencia a la escuela, el desmembramiento de la familia, entonces toda esa situación la cual padecemos durante años ha hecho que se vayan perdiendo hábitos, perdiendo contención, por eso creo que es importante que un trabajador social que conoce esos temas, de la familia, de los vínculos, de los vínculos con el afuera, son distintas visiones de una misma, de una misma situación...”*⁵⁷

En las últimas décadas, la realidad latinoamericana ha sufrido cambios vertiginosos de gran importancia. Dentro de estos factores se destacan el crecimiento de la pobreza y el desempleo, en el marco de la globalización de una sociedad subdesarrollada, que acentúa y complejiza estos aspectos. Al decir de Carballada se ha producido una *“crisis de los espacios de socialización”*⁵⁸, esto hace referencia a los profundos cambios a nivel familiar, barrial, laboral. Los vínculos sociales que generaban estos espacios se han transformado. Por el lado de la familia porque los roles aparecen desdibujados y emerge fragmentada como institución. Con respecto al barrio o al entorno social inmediato, la violencia callejera y la desvinculación desde el papel de vecino han llevado

⁵⁷ Extracto de entrevista a referente N° 1

⁵⁸ Carballada, Alfredo; “Intervención en lo Social”; Ponencia durante el primer Encuentro Provincial de Centros de Orientación Familiar, Noviembre de 2006, La Plata, Buenos Aires; pág.3

cada vez más al encierro en los hogares y a la escasa interacción. Desde el ámbito laboral encontramos que el trabajo también ha cambiado su lógica, a partir del capitalismo monopolista instaurado en nuestra sociedad el trabajo se transforma simplemente en un bien de cambio, con alta competitividad, vinculado a capacidades más bien individuales. Todo ello conlleva a que predomine la individualidad y la violencia, donde “el otro” es visto como objeto *“el otro se transforma en un objeto (...) Pero cuando yo transformo al otro en objeto, los dos perdemos la capacidad de ser sujetos. Entonces yo también en la medida que hago objeto al otro, también me convierto en un objeto.”*⁵⁹ Esto no solamente acarrea crisis vinculares sino también quiebres identitarios, en tanto el sujeto es sumido al anonimato una vez que se desdibujan los espacios tradicionales de socialización. Todos estos aspectos forman parte de lo que Castel denomina el *“enfriamiento del lazo social”*⁶⁰.

Esta carencia de sostén, la fragilidad, la desprotección frente a las crisis económicas, políticas, sociales han influido en la variación del perfil del paciente psiquiátrico en Uruguay, *“el perfil de población también cambió (...) cambió muchísimo, quedaron sin trabajo, sin ocupación, esto lleva a que el vínculo de pareja también a veces se desintegre o de alguna manera se lesione y más si no es fuerte, entonces, todas las estructuras van cayendo y la persona se va deprimiendo y entonces, es esta nueva población que va ingresando y que ingresó”*⁶¹

A su vez, estos acontecimientos, son interdependientes con la variación del perfil de paciente psiquiátrico, son factores estrechamente interrelacionados, en palabras de una de las entrevistadas: *“el empobrecimiento de la familia, tiene que ver con el empobrecimiento de los vínculos, es todo un círculo, falta de trabajo, de*

⁵⁹ Carballeda, Alfredo; “Intervención en lo Social”; Ponencia durante el primer Encuentro Provincial de Centros de Orientación Familiar; Noviembre de 2006, La Plata, Buenos Aires ; pág. 5

⁶⁰ Citado en: Carballeda, Alfredo; “Intervención en lo Social”; Ponencia durante el primer Encuentro Provincial de Centros de Orientación Familiar; Noviembre de 2006, La Plata, Buenos Aires; Pág. 5

⁶¹ Extracto de entrevista a referente N° 2

vivienda, a nivel económico y esto hace que las familias busquen algunas alternativas (...) que no son las más recomendables..."⁶²

Todos los aspectos mencionados no hacen más que focalizar en la vulnerabilidad de esta población. El individuo está muy expuesto ante todos los problemas que debe enfrentar y busca escapar de esta situación de cualquier manera. *"(...) otra gran cosa es la consecuencia de las drogas, que si bien a veces por la misma labilidad de la persona, ya tiene una predisposición, es un perfil de personalidad o estructura de personalidad, que tiene su handicap, (...) hace que ellos sean más lábiles al consumo, a eso se suma el deterioro neurológico, como el alcoholismo, también, que de alguna manera también cambia el perfil (...), o sea, en cuanto al diagnóstico o a la causa, o al desencadenante y también a la edad de los pacientes, los pacientes lamentablemente son cada vez más jóvenes por esas dos situaciones."*⁶³

La enfermedad mental: ¿un problema social?

El contexto que vive esta población nos permite decir que se encuentra en riesgo social, no visualizándose políticas sociales contundentes que intenten mejorar la situación. Desde el estado el tema de la salud mental ha sido uno de los grandes ausentes en cuanto a políticas sociales, esto aparece resaltado en las entrevistas: *"Yo también digo que desgraciadamente no votan, entonces no es interés de casi ningún gobierno, y creo que tampoco hay hasta el momento una política de salud mental seria, digo, no estoy hablando de este último período, estoy hablando de hace años..."*⁶⁴

Esta falta de políticas sociales redundando en el actual estado de los hospitales psiquiátricos públicos, que en la actualidad distan de encontrarse en una situación ideal. Por lo general, los establecimientos están en su máxima capacidad debido al aumento de ingresos y no cuentan con la cantidad de

⁶² Extracto de entrevista a referente N° 1

⁶³ Extracto de entrevista a referente N° 2

⁶⁴ Ídem

personal adecuado. También se encuentran en pésimas condiciones edilicias, lo cual no permite atender cómodamente a todos los internos.

El tema salud mental no se ha establecido aún como “problema social”, por esto no aparece en la agenda pública, en nuestro país no constituye una urgencia que deba ser resuelta con prontitud, y una de las razones es la falta de discusión sobre el asunto. Como expresa Estela Grassi: “(...) los problemas sociales (de vivienda, de alimentación, de salud, de violencia, de marginalidad, etc....) no son, a priori, (...) “problemas sociales” sino a partir de haber sido constituidos como tales y de ello depende el reconocimiento y la constitución de situaciones puntuales (que son, mayormente, el objeto inmediato de intervención de los trabajadores sociales) como situaciones problemáticas que demandan acciones acordes con la definición adoptada del problema que las enmarca..”⁶⁵

Un enorme desafío desde el trabajo social con respecto a la salud mental sería contribuir a vislumbrar este tema como una problemática que merece discusión. Es necesario hacer hincapié en la necesidad de concientizar a la comunidad, e intentar propulsar la creación de una campaña pública para desmitificar la enfermedad mental. El “trabajador social, yo creo que en ese sentido, (...) deberíamos ser los promotores de que los individuos desarrollen su derecho a consolidar sus necesidades básicas y sus necesidades en general, sus derechos, en todos los aspectos, (...) desde la ciudadanía hasta la salud, indudablemente también la salud mental(...) crear esas instancias en la comunidad, pero más allá de los hogares de medio camino, primero esta concientización a la comunidad, (...) una política de estado, una política de estado donde se encare realmente una campaña,”⁶⁶ Sería preciso pues, confrontar el tema de la salud mental para que tenga oportunidad de ser visto como un problema social en nuestro país. Hasta el momento, los diversos interesados al respecto no han expresado argumentos ideológicos fuertes que hagan visible la cuestión, ni han propulsado discusión sobre las diversas problemáticas.

⁶⁵ Grassi, Estela; “La implicancia de la investigación social en la práctica profesional del trabajo social”, pp. 43 – 54, En: Revista de Treball Social Nº 135, Barcelona, Set. 1994, pág. 50.

⁶⁶ Extracto de entrevista a referente Nº 2

Por otro lado, esto forma parte de la cuestión de la construcción del objeto que el trabajador social debe hacer en su praxis. La salud mental como problema social, impone al trabajador social constituirlo en una primera instancia como objeto de estudio, para luego ser transformado en objeto de intervención. La construcción del objeto, va desde el caso concreto a la problemática en general, Bourdieu dice al respecto: *“El arte en ciencias sociales, está sin duda en ser capaz de poner en juego cuestiones teóricas muy importantes, respecto a objetos empíricos muy precisos, frecuentemente menores en apariencia. (...) Lo que cuenta, en realidad, es la construcción del objeto, y la eficacia de un método de pensar nunca se manifiesta tan bien como en su capacidad de constituir objetos científicos o reconstruir (...) objetos socialmente importantes, aprehendidos desde un ángulo imprevisto...”*⁶⁷

Realidad actual del Trabajador Social en los Hospitales Psiquiátricos

Dentro de la bibliografía consultada encontramos una que hace referencia a las condiciones de trabajo y las tareas a llevar a cabo por los asistentes sociales, en un hospital psiquiátrico público. Aún siendo la misma del año 1989, el contexto no ha cambiado a la fecha. *“En el desempeño de nuestro quehacer diario como Asistentes Sociales, (...) consideramos que por las características de la propia institución de tipo asilar se hace asistencia hospitalaria y policlínica psiquiátrica, donde las internaciones son casi únicamente por orden judicial; la atención que brindamos por lo tanto es asistencial y paliativa. Estamos entonces trabajando con pacientes psiquiátricos crónicos, carenciados, con vínculos familiares débiles, con pocas posibilidades de reintegro a la sociedad y al mercado de trabajo. Aún así realizamos una tarea de tipo asistencial tendiente a mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno mediante la educación, la promoción, la rehabilitación social, tratando de que le*

⁶⁷ Bourdieu, 1989; citado en. Grassi, Estela; “La implicancia de la investigación social en la práctica profesional del trabajo social”, pp. 43 – 54, En: Revista de Treball Social N° 135, Barcelona, Set. 1994, pág. 51.

individuo y la comunidad tomen conciencia del cuidado de su Salud Mental y de la responsabilidad que les cabe Nuestra tarea se dirige a:

- *Promover la toma de conciencia de las personas de sus derechos y deberes respecto a la Salud Mental.*
- *Orientar y capacitar a las personas acerca de que la Salud es un bien colectivo.*
- *Promover la capacitación de promotores barriales de salud. .”⁶⁸*

Actualmente en la Colonia trabajan 11 asistentes sociales para una población de aproximadamente 1000 personas. En el hospital Vilardebó trabajan 10 asistentes sociales con una población de 300 personas. Allí los trabajadores sociales realizan intervención individual y familiar, también con la comunidad, pero sobre todo a través de las necesidades del paciente. La técnica utilizada es la entrevista: con el paciente, a familiares, vecinos, también entrevista domiciliaria. Se pretende ayudar a la familia en el esclarecimiento de lo que es la enfermedad mental, como tratar al paciente, sobrellevar las crisis, y la manera de actuar en ellas, *“esa es la tarea educativa que creo que tiene como fundamental el trabajo social, (...)el trabajo de el servicio social o el trabajador social es fundamental, no solamente en el acompañamiento de la familia, sino también hacia el propio paciente, porque no es salir de la institución donde lo tuvieron haciendo el tratamiento que sea, electroshock, lo que fuere, pero después, acompañarlo también en ese proceso de reinserción, que bueno, no hablemos de lo laboral, hablemos de lo mínimo, de las actividades cotidianas, sus vínculos, yo creo que en ese sentido hay mucho para hacer, mucho para hacer(...)”⁶⁹*

Otra tarea es acompañar a familiares y paciente en el egreso institucional, en el proceso de reinserción, en cuanto a sus actividades cotidianas, vínculos, en lo laboral. También se realizan acciones más “burocráticas” como son: la tramitación de la documentación de los pacientes, del carné de asistencia, la gestión y tramitación de pensiones, de tarjetas de comedores de INDA, etc. “Y

⁶⁸ García, Cristina, Frigerio, Dinohora; “Un enfoque de servicio social en atención primaria en salud mental”, pp. 9-12; En: Trabajo Social /Uruguay/Vol.2, n° 8 (abril 1989); pág. 10.

⁶⁹ Extracto de entrevista a referente N° 2

*claro, la ambición es salir de lo que es el trámite accional, que es la documentación de los pacientes, el carne de asistencia, la atención, eso un poco en el perfil que nos movemos, digo, va para mi gusto más allá..."*⁷⁰

Desde el trabajo social existe por ello el desafío de trascender el trámite de papeleo que insume tiempo y esfuerzo, e intentar llegar al verdadero trabajo en equipo. La posibilidad de enfrentar ideas, intercambiar experiencias y conocimientos con el resto de los profesionales (psiquiatra, médico, enfermero, psicólogo, funcionarios). *"(...) el trabajo esforzado pero en equipo, que yo creo que es muy valioso, porque uno solo no puede transformar, no puede quirotizarse, y creo que es algo de lo que nos tenemos que asir porque hasta nos facilita la tarea y nos permite como no sentir una carga tan pesada, no sentirse tan pesados en cuanto a hacedores de papeles o de trámites..."*⁷¹

Todas las tareas que son realizadas efectivamente en los hospitales psiquiátricos uruguayos, por los trabajadores sociales que allí se desempeñan, coinciden con la misión del asistente social en el hospital psiquiátrico que describe Claramunt y que se encuentra detallada en el capítulo cinco.

Muchas veces el rol del trabajador social no coincide con el que le es asignado por otros profesionales. *"yo creo que muchas veces el trabajador social, yo te diría que hasta se ve obligado a hacer cosas que no le corresponden en el rol, porque muchas veces luchamos y es una palabra que parece muy reivindicativa, muy de otras épocas, pero es que es así, es como que uno explica y explica que bueno que uno podría hacer este contacto con la comunidad, que tendría que bueno, de alguna manera desarrollar áreas en ese sentido, (...)"*⁷², El hecho de tener que realizar tareas que no corresponderían a su rol también pasa por la escasa cantidad de trabajadores sociales en la institución: *"llevando eso a la realidad puntual se ha desdibujado por la poca cantidad de colegas que somos, como que nos vemos superadas por la realidad, más*

⁷⁰ Extracto de entrevista a referente N° 2

⁷¹ Ídem

⁷² Ídem

que por el deber ser, o por la motivación a hacer otras cosas, inclusive el propio trabajo en equipo que para mí es fundamental.”⁷³

En otras oportunidades la labor viene ya pautada desde otra disciplina; solicitándole al trabajador social que realice puntualmente tal o cual tarea, sin tener en cuenta que el Trabajo Social es una profesión que tiene una metodología, con técnicas y métodos específicos. *“se apropian también de situaciones que tendrían que ser resueltas científicamente por el trabajador social, de repente intentan resolverla por otro lado, o te pautan ya lo que deberías de hacer, sin embargo, en general lo que tenes que hacer pasa por toda una metodología de trabajo, (...) de investigación, depende de la situación (...) ya te dan la recetita con esto, esto y esto, ya como definida la intervención”⁷⁴*

Tal vez desde el imaginario social existe una visión en parte equivocada sobre el trabajo social, como muy vinculado con la pobreza y sin llegar a vislumbrar las características y la potencialidad que puede tener la disciplina en otras áreas. *“En el imaginario colectivo también, como que todavía existe, [la idea de] (...) que los trabajadores sociales en algunos lugares, como que es la persona que da, que les da a los pobres, este, es una cosa que si bien se ha revertido, pero no totalmente, quedan todavía...”⁷⁵*

Coincidimos con Marilda Yamamoto en que el difuso contorno en el que suele manejarse el trabajador social puede ser tomado como una ventaja a la hora de insertarse en la institución. *“(...) la indefinición de “qué es” o “que hace” el Servicio Social, abriéndole al Asistente Social la posibilidad de presentar propuestas de trabajo que sobrepasen meramente la demanda institucional. Tal característica, aprehendida a veces como un estigma profesional, puede ser reorientada en el sentido de una ampliación de su campo de autonomía (...)”⁷⁶*

⁷³ Extracto de entrevista a referente N° 2

⁷⁴ Extracto de entrevista a referente N° 1

⁷⁵ Idem

⁷⁶ Yamamoto, Marilda; Servicio Social y división del trabajo; Ed. Cortez, São Paulo, 1997, pág. 95

Aportes al sector de la salud mental desde el Trabajo Social

El Trabajo Social es *“una actividad que responde, en el cuadro de la división social (y técnica) del trabajo de la sociedad burguesa consolidada y madura, a demandas sociales práctico - empíricas.”*⁷⁷ Uno de los mayores desafíos desde el trabajo social es contribuir desde la sistematización de la práctica cotidiana, confiriendo una mirada diferente sobre el paciente psiquiátrico. *“(...) la producción de conocimientos científicos no constituye la actividad preeminente para ese colectivo profesional. Emerge y se afirma en su evolución como una profesión volcada para la intervención en la realidad, utilizando los conocimientos socialmente acumulados y producidos por otras ciencias, aplicándolos a la realidad social para subsidiar su práctica.”*⁷⁸

Destacamos entonces, la importancia que conlleva la posibilidad de generar investigación y producción teórica sobre el tema. En el proceso de intervención, existen múltiples temáticas potenciales a la hora de producir teoría. Por ejemplo, la interacción con la familia y el paciente buscando alternativas al egreso, orientando sobre los derechos que el sujeto tiene, etc.

Con respecto al trabajo multidisciplinario, dice una de las entrevistadas: *“es muy ambicioso querer hablar de equipo, (...) más bien lo que se hace si vamos al campo de la realidad son coordinaciones, no quiere decir que no existan los equipos...”*⁷⁹ En la realidad, los equipos multidisciplinarios parecen ser una utopía. Aunque los distintos profesionales intercambian información sobre los pacientes, no existen reuniones periódicas prefijadas para un trabajo en conjunto, donde se realice en profundidad una labor que implique a todas las áreas en el tratamiento de un paciente.

⁷⁷ Netto, Jose Paulo; “Capitalismo monopolista y servicio social”; Ed. Cortéz, Sao Paulo, 1997, pág. 153.

⁷⁸ Iamamoto, Marilda; “Servicio Social y división del trabajo”; Ed. Cortez, São Paulo, 1997, pág. 103.

⁷⁹ Extracto de entrevista a referente N° 1

Por lo tanto, otro desafío desde el Trabajo Social sería intentar llegar al verdadero trabajo en equipo, con la posibilidad de intercambiar experiencias y conocimientos, con el resto de los profesionales. *"(...) primero sería justamente lograr el trabajo en equipo tanto con el psiquiatra como con el médico y la enfermera, eso es como muy importante, porque yo creo que este trabajo es difícil, para uno, cuanto más cuando uno lo desempeña en una sala donde puede haber de 50 a 70 pacientes, entonces el poder de la división en equipo, el poder enfrentar ideas"*⁸⁰

Por otra parte, como ya hemos dicho anteriormente, el trabajo social puede hacer una gran contribución en cuanto a la producción de políticas sociales hacia el sector. *"Yo creo que desde el vamos, yo siempre lo digo, es la creación de políticas, porque creo que todos tienen que estar representados, creo que no pueden ser políticas de escritorio en este sector, se tiene que tener en cuenta el aquí y ahora, de partir de la realidad para poder llegar a algo coherente y creíble (...) mejor que nadie, que son los propios trabajadores de la salud mental, el equipo de salud los que pueden brindar el aporte, porque muchos que están por las estructuras directrices algunos ni siquiera conocen, entonces a mi no me da ninguna credibilidad más que creyendo en su propia voluntad de que si quieren hacer cosas, que puedan planificar cuando no conocen ni de vista la institución, yo creo que desde el vamos, el trabajo social tendría que proponerse..."*⁸¹ Concordamos con Teresa Matus en que *"(...) el objetivo central de efectuar una revisión a distintos niveles (partiendo de una determinada perspectiva epistemológica hasta analizar las formas que adopta la práctica profesional), es posibilitar un aporte teórico específico, que ayude en forma efectiva no sólo a un Trabajo Social diferente, sino a cambiar las políticas sociales y sus consecuencias prácticas."*⁸²

En este sentido los trabajadores sociales están haciendo intentos de pensar posibilidades a futuro para mejorar las condiciones existentes: *"hay dentro de lo que es ADASU⁸³, nuestra propia comisión de salud, y también nosotros tenemos en*

⁸⁰ Extracto de entrevista a referente N° 2

⁸¹ Ídem

⁸² Matus, Teresa; "Trabajo Social: ¿Una disciplina en tensión evolutiva?"; pp. 37- 42, En: Revista de Trabajo Social N° 61, Santiago de Chile, 1992; págs. 42 y 43.

⁸³ Asociación De Asistentes Sociales del Uruguay

salud mental, nuestro espacio, (...) que es una reunión mensual que establecimos hace 4 o 5 años en la necesidad de compartir (...) hubo una necesidad como de catarsis al principio, pero ahora como que se están estructurando ideas al colectivo..."⁸⁴ Estas reuniones de los trabajadores sociales de la salud mental, que se llevan a cabo una vez por mes tienen la finalidad de realizar intercambio de informaciones, proyección de conocimientos a realizar en el colectivo para mejorar el trabajo en el área.

Una de las ideas que se planteó es la creación de una ficha única en la cual, desde la óptica del trabajo social, se tenga la historia del paciente, su recorrido de vida, donde estuvo internado, cómo y quién lo trato, como se inició, etc. " pero bueno, creo que instancias, desde el colectivo, creo que ADASU tiene esa comisión que es muy valiosa, muy valiosa y representativa y esta situación, y este espacio creado por la necesidad del propio colectivo yo creo que también es muy valioso, nos costó mucho y nos está costando como poder organizarlo, ahora estamos (...) viendo cuáles fueron los temas evaluados por las colegas en el encuentro del interior como para de alguna manera profundizar o priorizar esas necesidades para otros encuentros o para otras formaciones."⁸⁵

Hemos hecho entonces, un breve recorrido desde las características generales del sistema público de atención en salud mental, hasta los aportes que puede contribuir el trabajo social hacia el sector. Hemos analizado las dificultades que genera el nuevo perfil de paciente psiquiátrico, considerando también la hipótesis de tratar a la enfermedad mental como un problema social, desde el análisis de la realidad actual del Trabajador Social en los Hospitales Psiquiátricos. Solo resta entonces, reseñar los diversos puntos que se fueron planteando a lo largo del trabajo.

⁸⁴ Extracto de entrevista a referente Nº 2

⁸⁵ Ídem

7. Conclusiones

A través del tiempo, la noción de locura ha ido cambiando en la sociedad, al principio estaba emparentada con el misticismo, luego fue rechazada hasta la demostración de violencia más absoluta. Sin embargo, si ha habido algo que siempre la caracterizó fue el sentimiento que ha provocado a su paso: el miedo. El loco es una persona a la que se teme porque es incomprensible, sus comportamientos no se adecuan a las imposiciones de nuestra sociedad. Una de las formas para racionalizar su control consistió en la catalogación de la locura como enfermedad.

Es por esto que la sociedad a lo largo de los años ha buscado la manera de atenuar ese miedo y la solución a un problema sin duda extraño ha sido el encierro, la reclusión de los diferentes es necesaria para tranquilidad de los demás habitantes, y los locos no han escapado a esta sentencia. Las instituciones totales poseen códigos particulares que condicionan a quienes se encuentran internados. Aunque los métodos de cura y tratamiento hayan cambiado con el tiempo, el encierro ha sido la clave fundamental.

No ha faltado quien demostrara que las instituciones totales no son la mejor solución. Distintos profesionales de diferentes países han buscado diversos caminos no sólo para intentar sanar a los dementes, sino también para concebir a la locura. Es así que hoy en día coexisten diversas propuestas (al menos en algunos países), alternativas diferentes al hospital psiquiátrico con las instituciones totales que no han sido desterradas por completo.

En el Uruguay, el trabajo social como disciplina nació de la mano de la medicina que ya reinaba en aquellos grandes hospitales. Y si bien hoy día el área de la salud mental no es la más reconocida en el imaginario colectivo como para la inserción del trabajo social, creemos que en los hospitales psiquiátricos, es importante su existencia.

Los objetivos del trabajo social son intervenir en la resolución de los problemas sociales en relación a la calidad de vida de los individuos y a sus potencialidades no resueltas, sin perder nunca de vista la integridad por la persona y el respeto inherente en las relaciones sociales. De manera que el trabajador social tiene el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de la persona, coadyuvando a que el propio individuo sea quien lleve a cabo su transformación. Por lo tanto la vulnerabilidad del paciente psiquiátrico, su familia y su entorno, es un campo fértil para desarrollar los objetivos del trabajo social, ya que es posible dar otra mirada sobre la enfermedad mental, y tal vez contribuir a desmitificar en parte el estigma de ser paciente psiquiátrico.

El paciente psiquiátrico es ante todo una persona con derechos y con capacidades, explotadas y tratar de intervenir trabajando con su parte sana en la medida de lo posible, es un desafío congruente con el Trabajo Social. Intentando que él mismo pueda realizar acciones que lo lleven a mejorar su calidad de vida y su condición de ciudadano. En base a ello es que considero pertinente que el trabajo social esté inserto en el área de la salud mental y en los hospitales psiquiátricos, para que pueda aportar una reflexión desde lo social, intentando conectar a la familia del enfermo con el problema que este padece y con él mismo. Para tratar de que la salida del paciente a la sociedad no sea tan dramática, procurando prepararlo y acompañarlo en ella.

El trabajo social puede realizar también aportes desde su conocimiento, en cuanto a políticas sociales que puedan ayudar a los pacientes psiquiátricos y al sistema de salud mental en sí.

Retomando el título del trabajo y una vez hechas las conceptualizaciones al respecto, podemos decir que el trabajo social desde el hospital psiquiátrico constituye en sí un desafío. Uno de los mayores retos es hacer oír su voz como colectivo, para llevar a cabo los objetivos planteados desde la sistematización de una práctica que convive en lo cotidiano con la problemática.

Esta síntesis teórica no pretende ser una revisión exhaustiva sobre la temática, sino una aproximación a un problema social relegado que exige respuestas y en el cual el Trabajo Social tiene mucho para aportar.

Bibliografía

- Acosta, Luis Eduardo; **Consideraciones generales sobre la historia del Servicio Social**; EN: Temas de Trabajo Social, Debates, Desafíos y Perspectivas de la Profesión en la Complejidad Contemporánea; Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social; Montevideo; 2001.
- Aznarez, Luciana; Cortabarría, Alicia; Gómez, Luciana; López, Diego; Núñez, Martina; Vera, Mariana; (Docente: Ps. Nelson De León); **El Rol del Psicólogo en el Hospital Psiquiátrico**; trabajo presentado para el Taller de Primer Ciclo de la Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de la República; Inédito, Montevideo, 2001.
- Barrán, José Pedro, **Medicina y sociedad en el Uruguay del 900, Tomo II: La ortopedia de los pobres**, ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1993.
- Barrán, José Pedro, **Medicina y sociedad en el Uruguay del 900, Tomo III: La invención del cuerpo**, ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1995.
- Barrán, José Pedro. **Medicina y sociedad en el Uruguay del 900, Tomo I: El poder de curar**; ediciones de La Banda Oriental, Montevideo, 1992.
- Barraza, D. Fernan; **No hay salud mental sin Trabajo Social**; EN: Revista de Trabajo Social/Santiago/(set/nov1977) n° 23
- Baruk, Henri; **La psiquiatría social**; oikos - tau, S.A. ediciones; Barcelona; 1979.

- **Becerra de Ledesma, Rosa María; Manrique de Miranda, Susana; Una experiencia de integración de métodos en servicio social psiquiátrico** págs. 51 - 54, 96; en: **Selecciones de Servicio Social Vol. 2** (set. 1969) N° 7; Buenos Aires.
- **Becerra de Ledesma, Rosa María; Valls, Ana María; La comunicación en el proceso de aprendizaje con enfermos mentales** págs. 41 - 46; en **Selecciones de Servicio Social Vol. 4** (abril - julio 1971) N° 13; Buenos Aires.
- **Carballeda, Alfredo; Intervención en lo Social**, Ponencia durante el primer Encuentro Provincial de Centros de Orientación Familiar, La Plata, Buenos Aires, Noviembre de 2006.
- **Carballeda, Alfredo; Lo social y la salud mental: algunas cuestiones preliminares**, Universidad de la Plata, Buenos Aires, Mimeo, 2004.
- **Castel, Robert, El orden psiquiátrico**, ediciones La Piqueta, Madrid, 1980.
- **Claramunt López, Fernando; Psiquiatría y asistencia social**; Ediciones Euramerica; Madrid; 1974.
- **Da Silva, José Raimundo; Salud mental en el equipo interdisciplinario**; pp. 52-55; En: **Trabajo Social /Uruguay/ Vol.2, n° 8** (abril 1989).
- **De León, Nelson; Fernández Romar, Juan; La locura y sus instituciones**; III Jornadas de Psicología Universitaria; ed. Multiplicidades; Montevideo; 1996.

- Foucault, Michel, **Historia de la locura en la Época Clásica**, editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1990.
- Foucault, Michel; **Encierro, psiquiatría, prisión diálogo** entre David Cooper, Marie - Odile Faye, Jean - Pierre Faye, Michel Foucault y Marine Zecca, pp. 87-127. En: **Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones**; Alianza editorial; Madrid; 1988.
- Foucault, Michel; **Los anormales**; Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1999.
- Frigerio, Dinohora; García, Cristina; **Un enfoque de servicio social en atención primaria en salud mental**, pp. 9-12; En: Trabajo Social /Uruguay/Vol.2, nº 8 (abril 1989).
- Ginés, Ángel M; **Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay**, En: Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 62. Nº 2, octubre 1998.
- Goffman, Erving; **Internados**; Amorrortu editores; Buenos Aires; 1970.
- Grassi, Estela; **La implicancia de la investigación social en la práctica profesional del trabajo social**, pp. 43 - 54, En: Revista de Treball Social, Nº 135, Barcelona, Set. 1994.
- Iamamoto, Marilda; **Servicio Social y división del trabajo**; Ed. Cortéz, Sao Paulo, 1997.
- Lourau, René; **El análisis institucional**; Amorrortu editores; Buenos Aires; 1991.

- Martí - Tusquets, José Luis; **Psiquiatría social**; Editorial Herder, Barcelona; 1976.
- Matus, Teresa; **Trabajo Social: ¿Una disciplina en tensión evolutiva?**; pp. 37- 42, En: Revista de Trabajo Social N° 61, Santiago de Chile, 1992.
- Moffatt, Alfredo; **Psicoterapia del oprimido. Ideología y Técnica de la Psiquiatría popular**; Editorial Humanitas; Buenos Aires; 1990.
- Netto, Jose Paulo; **Capitalismo monopolista y servicio social**; Ed. Cortéz, Sao Paulo, 1997.
- Ortega Cerchiaro, Elizabeth; **El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad Uruguaya en el período neobatllista**; UDELAR/UFRJ; Montevideo; 2003.
- Payne, Malcom; **Teorías contemporáneas del trabajo social: una introducción crítica**; Paidós; Buenos Aires; 1995.
- Ramírez de Mingo, Isabel **El Trabajo Social en los servicios de la salud mental**; Eudema Universidad; Madrid; 1992.
- Revista de Treball Social, **Salut mental; treball social**; Num 145. Marzo 1997. Col-legi oficial de Diplomats em Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, Barcelona.
- Salzberger-Wittenberg, Isca; **La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis kleiniano**; Amorrortu editores; Buenos Aires; 1973.
- Scheff, Tomas; **El rol de enfermo mental**; Amorrortu editores; Buenos Aires; 1973.

- Szasz, Thomas; **El mito de la enfermedad mental**; Amorrortu editores; Buenos Aires; 1982.
- Vasconcelos, Eduardo Mourão(organizador); dos Santos Rosa, Lúcia Cristina; Garcia Pereira, Ivana Carla; Bisneto José Augusto; **Saúde mental e serviço social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**; Cortez; San Pablo; 2000.



Índice

Introducción	pág. 2
1. Evolución de la noción “enfermedad mental”	pág. 5
La locura como “culpa	pág. 5
Los administradores de la locura	pág. 6
El encierro de los “diferentes”	pág. 7
2. Orígenes del hospital psiquiátrico	pág. 10
Locura a la deriva	pág. 10
Aislar para curar	pág. 11
La tecnología Pineliana	pág. 11
El hospital psiquiátrico en Uruguay	pág. 12
El maltrato como procedimiento	pág. 15
El cuerpo como laboratorio	pág. 16
3. Conceptualizaciones y críticas con respecto al hospital psiquiátrico.	
Distintos programas de integración del enfermo mental	pág. 17
4. El surgimiento del trabajo social en el Uruguay	
y su vinculación con la medicina	pág. 21
El nacimiento de una nueva profesión	pág. 21
La asistencia social psiquiátrica	pág. 25
5. Roles y tareas del Trabajo Social en el hospital psiquiátrico	pág. 27
La tarea	pág. 27
Los objetivos	pág. 30
6. Realidad actual del Trabajo Social con respecto	
al hospital psiquiátrico en el Uruguay	pág. 31
Características generales del sistema público de atención	
en salud mental	pág. 31
Un nuevo perfil de Paciente Psiquiátrico	pág. 32
La enfermedad mental: ¿Un problema social?	pág. 34
Realidad actual del Trabajador Social	
en los Hospitales Psiquiátricos	pág. 36
Aportes al sector de la salud mental desde el Trabajo Social	pág. 40
7. Conclusiones	pág. 43
8. Bibliografía	pág. 46