

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

Políticas de empleo protegido:
¿nexo para la inclusión de las personas con
patologías psiquiátricas en la sociedad?

Andrea Virginia Alvarez Videverrigain
Tutora: Celmira Bentura

2016

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPITULO I: LOS ORÍGENES Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD MENTAL, Y EL PASAJE DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN..... | 3 |
| CAPITULO II: LA EVOLUCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL URUGUAY DESDE SUS ORÍGENES HASTA EL DÍA DE HOY. | 14 |
| CAPITULO III: POLÍTICAS SOCIALES, PRINCIPAL INTEGRADOR DE PERSONAS CON PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS A LA SOCIEDAD. | 29 |
| REFLEXIONES FINALES..... | 43 |

INTRODUCCION

El presente documento es la monografía final exigida con el fin de obtener el título de licenciado en trabajo social, el cual es otorgado por la Facultad de Ciencias Sociales (**FCS**) perteneciente a la Universidad de la Republica (**UdelaR**).

El tema que se aborda es la evolución en cuanto a inclusión de las personas con patologías psiquiátricas en la sociedad a través del mercado laboral.

Dentro de la temática seleccionada, se determina como objeto de estudio, las políticas sociales que brindan los centros de rehabilitación, vistas como paso previo a la inclusión en la sociedad por medio del mercado laboral. Estas políticas se caracterizan por ser de empleos protegidos o de apoyo.

Es a partir de lo anteriormente planteado que se establecen los siguientes objetivos que guían el desarrollo de la monografía:

- Analizar la evolución de la inclusión de las personas con patologías psiquiátricas en la sociedad a través del mercado laboral.
- Estudiar las políticas de empleo protegido que brindan algunos de los centros de rehabilitación para personas con patologías psiquiátricas en nuestro país.

La selección de esta temática es fruto de la intervención que se realizó como práctica pre-profesional, la cual fue hecha en un centro de rehabilitación para personas que portan una patología psiquiátrica. Junto a la práctica pre-profesional, se llevó a cabo un proyecto de investigación sobre la rehabilitación de las personas con patologías psiquiátricas vía

mercado laboral. El cual será utilizado en cuanto a los aportes que fueron obtenidos en las entrevistas que se realizaron en dicho proyecto.

Es importante el estudio de esta problemática, debido a la necesidad de profundizar más en la situación que viven las personas con patologías psiquiátricas en Uruguay, así como también la realidad a la que se enfrentan en el día a día, sin dejar de lado la necesidad de hacer partícipes de esta realidad a actores tanto estatales como privados.

Se propone como punto de partida, iniciar con un acercamiento a la concepción de salud y salud mental, para entender que es percibida no solo como una deficiencia a nivel psíquico, sino que la misma abarca muchos ámbitos de la persona humana.

En un segundo capítulo se establece la realidad en la que se encuentra nuestro país en materia de salud mental. Se plasman los principales lineamientos del antiguo modelo de atención asilar para personas con patologías psiquiátricas; se analiza el pasaje hacia un modelo de carácter “comunitario”.

En el tercer capítulo de esta tesis se describen las características del empleo protegido y del empleo con apoyo, y por otra parte se analizan los beneficios que trae para el paciente con patologías acceder a un trabajo formal, tanto a nivel personal como de los vínculos.

Para finalizar se van a plasmar las reflexiones finales las cuales son producto de todo el proceso realizado, si bien se ha avanzado en materia de la atención de la salud mental, en la misma queda aún mucho camino por recorrer, en el cual se pueden mejorar algunas carencias, así como también lograr nuevos propósitos.

CAPITULO 1: Los orígenes y evolución del concepto de salud mental, y el pasaje de los modelos de atención.

Los conceptos tanto de salud como de salud mental, han sufrido a lo largo de toda la evolución de la sociedad varias transformaciones, lo que conlleva a que el abordaje sea también modificado.

Se puede establecer que el estar sano, va más allá de todos los aspectos biológicos, este concepto es mucho más complejo; como lo define la Organización Mundial de la Salud (**OMS**),

“...la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”
(<http://www.who.int>).

Esta definición de salud nos hace dar cuenta, de que esta no debe ser abordada solo en materia de medicina, sino que deben participar diversas profesiones para poder alcanzar ese nivel de bienestar físico, mental y social.

Es a partir de lo anterior que es necesario establecer cómo define la **OMS** la salud mental:

“...un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (<http://www.who.int>)

Es a partir de estas definiciones que se considera primordial, establecer que la salud mental, abarca no solamente lo que refiere a la patología psiquiátrica que porta la persona, sino que esta implica un conjunto de varios aspectos que hacen a la salud mental, es por tanto que requiere de un equilibrio del sujeto que posee una patología y su entorno

del cual forma parte. Así mismo, esta definición hace dar cuenta que ya no solo define lo psíquico, sino que la integran otras categorías que hacen el conjunto de la definición de la salud mental de una persona.

Desde los aportes que realiza el autor Kosik (1969) en su obra *“La Dialéctica de lo Concreto”*, se considera imprescindible ir más allá de la realidad, trascender lo que se ve a simple vista, para así poder llegar a una comprensión de la esencia de la salud mental, dar un rodeo a la realidad, llegar a sus primeras formas de atención.

Desde esta perspectiva, es pertinente realizar un relacionamiento entre diversos conceptos que hacen a la problemática seleccionada entre ellos están: salud, proceso de medicalización, atención a la salud mental, proceso de modernización y el desarrollo del sistema capitalista. Esto se considera importante debido a que el proceso que implica delimitar el objeto de estudio es sumamente complejo, en el cual se conjugan diferentes mediaciones entre la problemática y los actores tanto sociales, políticos como económicos.

La concepción que se tiene en la actualidad, en lo que respecta a salud mental, es producto de un devenir histórico, el cual ha ido en constante evolución. Estas definiciones, si bien deben incluir aspectos sociales, tienen que estar atravesada en toda su extensión por una vertiente histórica.

En cuanto a lo que respecta a la construcción de la definición de salud mental, la autora Amico (2005) realiza un aporte;

“...la categoría salud mental es de difícil definición, pues se trata de un término cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana y enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico.” (Amico; 2005:17)

Resulta entonces oportuno realizar una reconstrucción histórica en cuanto a lo que tiene que ver al abordaje de la salud mental en nuestro país, para así lograr una comprensión de la carga valorativa que conllevan las terminologías de “*salud mental*”, entre otras que están instauradas en nuestra sociedad de hoy día.

A partir de los aportes de Techera, Apud y Borges (2009) se puede establecer que en décadas pasadas la “*locura*” era relacionada a diversos comportamientos que eran establecidos por ciudadanos, en algunas sociedades los “*locos*” eran seleccionados entre aquellos con conductas desviadas para purificar la comunidad; eran paseados por la ciudad con collares de higos, agredidos y finalmente expulsados de la comunidad. Por otra parte, en las iglesias se creían que las personas con patología psiquiátrica eran seres demoníacos, consideraban que estaban alejados de los valores cristianos; como solución a esta problemática se practicaba el exorcismo.

Algo similar ocurrió en la época del renacimiento con lo que Foucault denominó “*la nave de los locos*”, en su libro “*Historia de la Locura en la Época clásica*”. En la nave eran depositados aquellos que eran considerados “*locos*”, como una forma de ritual con una gran carga de simbolismo, donde los confronta con una verdad y destino que ellos desconocen totalmente;

“El agua y la navegación tienen por cierto este papel. Encerrado en este navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de los mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo. Está prisionero de la más libre y abierta de las rutas: está sólidamente encadenado en la encrucijada infinita. Es el pasajero por excelencia, o sea el prisionero del viaje.” (Foucault. M.; 1961: 26)

Esta “*nave de los locos*”, que se mencionó anteriormente, comienza a ser sustituida por instituciones que se caracterizan

principalmente por el encierro de estas personas, pero estas aún no tienen un fin terapéutico en el cual se busque la rehabilitación, sino que su fin es apartar aquellos que representen un peligro para la sociedad.

Continuando con los aportes de Foucault (1986), pero en su libro "Vigilar y Castigar", nos inserta en la descripción del pasaje que se dio de una sociedad monárquica del suplicio y del ritual, a una sociedad de carácter más mercantil y burguesa la cual se identifica por el vigilar y castigar. Plantea que el primer tipo de sociedad se caracterizaba por ejercer torturas y rituales ante aquellos que infringieran la ley del monarca.

Con la evolución de la sociedad a una de tipo más mercantil, se comienza a implementar un sistema de normalización de las desviaciones, enfocado en una lógica del beneficio y la utilidad, apareciendo así los diagnósticos y el tratamiento de desviaciones a partir de un conjunto de saberes técnicos, lo que permitía el poder encauzar y encaminar a los desviados de la sociedad.

Es mediante la conjunción entre la Facultad de Medicina y el Manicomio Nacional (en manos de la iglesia), da el surgimiento a la psiquiatría. Foucault siguiendo los aportes de Bentham (1780) denomina "*panóptico*" a la figura arquitectónica del manicomio, este sería producto de la intersección de dos modelos: "*modelo del encierro*" y el "*modelo disciplinario*"

Por un lado el "*modelo del encierro*", se caracteriza principalmente por el aislamiento de las personas que ingresan en este, el principal método de operación es la exclusión, por parámetros que define la sociedad, la lógica era la búsqueda del encierro de aquellos que pueden corromper la sociedad.

El "*modelo disciplinario*" en cambio se lo puede definir como una red, donde lo que se busca es la vigilancia de las personas que son

separadas de la sociedad, el disciplinamiento no implica necesariamente el encierro.

El hospital psiquiátrico es producto de la modernidad, el cual conjuga tanto una forma de exclusión, en el cual se aísla los “*focos infecciosos*”, así como también implica una forma de disciplinamiento del espacio en el cual están las personas.

Se puede establecer que el concepto de salud mental ha tenido grandes variaciones a lo largo de la historia de la humanidad, así como también sus formas de intervención y abordaje. Carballada (2004) plantea que;

“...las concepciones actuales acerca de la salud mental, en especial en cuanto a su construcción histórica, pueden ubicarse junto con el origen de la modernidad.” (Carballada; 2004: 1)

El proceso de medicalización va a contribuir fuertemente en el proceso de modernización, esté supuso el triunfo del poder médico sobre las demás instituciones, las cuales eran encargadas hasta ese momento del tratamiento de la locura, tenía como su principal objetivo la “*cura de la sociedad*” y no la del propio enfermo. Pese al triunfo del poder médico, continuaron siendo los principales métodos de tratamiento el castigo así como también el asilo. Es por este medio que surge el hospital psiquiátrico como pilar de la modernización como se mencionaba anteriormente.

El cambio que se da en el proceso de modernización a raíz de la medicalización puede ser definido como;

“la permeación y el dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médico” (Portillo, 1993:7)

La medicina comenzó a tomar un papel relevante en lo que respecta a la atención, y todas las ramas que implican a la sociedad,

incluida tiempo después la psiquiatría, siendo esta una de las últimas conquistas de la medicina.

La idea del encierro en los inicios del manicomio, no es vista como una cura para las personas “*locas*”, sino que la misma es vista como una forma de aislamiento de las personas que son consideradas “*locas*”, apartándolas de la sociedad para la cual representan un peligro.

Con el surgimiento del hospital psiquiátrico comienza a implementarse un modelo de tratamiento asilar, siendo el tratamiento no solo para aquellas personas con patologías psiquiátricas, sino también para algunas problemáticas de la sociedad misma.

En estas instituciones donde el “*loco*” es atendido por el médico, la voz del primero no tiene valor al momento del diagnóstico que realiza el médico, una vez internado en el hospital psiquiátrico el paciente pasa a ser un sujeto sin derechos, en materia de derechos civiles, ya que este pierde la capacidad de votar entre otros.

Autores como Erving Goffman (1961), hablan del modelo asilar, como una institución total, esto es a partir de una investigación sobre la vida cotidiana que el autor realiza. Este define las instituciones como;

“...un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación asilados de la sociedad por un período apreciable de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente...” (Goffman, E.; 1961: 13)

El hospital psiquiátrico puede ser considerado a partir de esta definición como una institución total, ya que se pueden ver claramente que los pacientes ven totalmente reguladas sus actividades, con rutinas estructuradas las cuales se repiten diariamente y son establecidas por las personas que trabajan en dicha institución.

El autor habla además de que en las instituciones totales, los individuos que allí llegan sufren de continuas y diversas “*mutilaciones del yo*”. Estas mutilaciones abarcan diversos aspectos de la persona allí internada, pierden todo tipo de intimidad, tanto frente a los demás pacientes, doctores y personal no médico, así como también la expropiación de sus pertenencias, sin tener la posibilidad de hacer reclamo alguno.

Hay autores como Techera, Apud y Borges (2009) que hablan acerca de las distintas consecuencias de carácter negativa que padecen los individuos que forman parte de alguna institución psiquiátrica, por un extenso período de permanencia. Se podría decir que la principal vulneración que sufren las personas es en lo vinculado a sus derechos. Otras de las consecuencias son: la estigmatización (entendida como el mecanismo mediante el cual la sociedad marca negativamente a las personas que van en contra de lo establecido), pérdida de roles, ruptura de los vínculos sociales cotidianos, pérdida de autonomía, entre otras.

La autora Lucía Amico (2005) mencionada anteriormente, hace una clara distinción estableciendo la “formalidad” que surge producto de la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano, con la realidad a la cual nos enfrentamos que viven aquellas personas que permanecen asiladas en alguna institución psiquiátrica. En el artículo 12 de la mencionada declaración se establece que;

“Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio, o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación.” (Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano).

Esta definición nos hace ver que muchas de las “*mutilaciones*” por las que pasan las personas internadas pueden ser consideradas “*injerencias arbitrarias*”, viéndose subordinados y a disposición del cuerpo médico. Este cuerpo médico es quien lleva la voz cantante en lo que

respecta al paciente y a su vida dentro del hospital, ya que el diagnóstico que este haga del paciente será palabra mayor.

Es en la década de los 40 y 50 que se desarrolla la psicofarmacología en nuestro país. Es en 1952 que se comienza a implementar la “clorpromazina”, como forma de atención de las alteraciones psiquiátricas. Tanto la clorpromazina así como el haloperidol, dieron el inicio a los tratamientos psicofarmacológicos de la esquizofrenia.

Es a partir de las críticas al modelo asilar, en conjunto con el avance en la industria farmacológica, que se logra la realización de tratamientos fuera del hospital; por tanto se comienza a percibir una “desinstitucionalización de la locura”, también se da una arremetida de políticas sociales destinadas específicamente en materia de salud mental, las cuales tienen como objetivo principal la reintegración de las personas en la sociedad de la cual forman parte. Estas políticas tienen tres pilares que podrían considerarse principales; estos son: el trabajo, el rol que cumple la familia como socializadora o nexo entre la comunidad y el individuo, y por último la contención que le brinda la comunidad al sujeto.

Es a partir de los aportes que realiza el autor Robert Castel (2004), en el cual analiza la transformación en el ámbito de la protección social, donde se pueden ver los cambios que se comienzan a dar en el Estado, este empieza a estar cada vez más lejos en el accionar de las protecciones relacionadas a las poblaciones más vulnerables, por tanto cada vez son más las cosas por las cuales el individuo debe luchar para poder satisfacer. A esto se le suma que el mercado laboral cada vez es más fragmentado y flexible. Esto trae como consecuencia que muchos de los individuos más vulnerables se vean limitados o casi sin poder gestionar los recursos que necesitan para su cotidianeidad. Esto se da producto de la caída de los estados de bienestar como el nuestro.

El ocaso del “modelo asilar”, coincide con la caída que se mencionaba anteriormente de los estados de bienestar, así mismo esta desaparición; *“debe acompañarse con la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener la situación de nuestra población. Debe enfocarse en el uso de la internación en forma breve; en la integralidad de la asistencia, a través del desarrollo de estrategias en rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario; en la educación no solo del usuario, sino también de la familia, de los trabajadores de la salud y de la comunidad en general.”* (Techera, Apud; 2013:34)

En el marco de este cambio de paradigma con respecto a la salud, se identifica claramente con la Declaración de Alma Ata y Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa, creándose en el campo de la salud mental en 1986 el Programa de Salud Mental (**PSM**), el cual tiene como cometido dar un giro en las políticas de atención de personas con patologías psiquiátricas.

Por otra parte la Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina que culmina con la Declaración de Caracas de 1990, un grupo de organizaciones, asociaciones, autoridades y profesionales de la salud mental, pudieron percibir una gran variedad de faltas que estaban dándose en el área de la salud, principalmente en la salud mental. Entre las fallas que se encontraron están: que la atención psiquiátrica no convencional no consigue alcanzar los objetivos básicos de una atención comunitaria; además el hospital no logra una inclusión de las personas con patologías psiquiátricas en la sociedad. Existe también una falta de recursos tanto financieros como humanos.

Esta conferencia propone eliminar el modelo de atención asilar, ya que el mismo no es compatible con los nuevos objetivos que se proponen en el nuevo modelo, este tiene como cometido lograr una atención a nivel

de comunidad, mas descentralizada participativa e integradora, así como también preventiva. Se intenta llevar adelante una lucha contra los principales problemas de abusos y de discriminación que padecen las personas que portan una patología psiquiátrica.

Por medio de esta conferencia se proponen que;

“...el hospital psiquiátrico no puede ser la única modalidad asistencial porque obstaculiza el logro de los objetivos...con la internación se provoca la separación y el aislamiento de la persona de su medio, lo que provoca mayores niveles de discapacidad social creando condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles de los usuarios.” (OMS apud. Techera, Apud, Borges; 2009: 20)

También por medio de la implementación de este modelo de carácter más comunitario, lo que cobra mayor importancia es el comenzar a implementar un tratamiento que abarque más allá de un tratamiento psicofarmacológico, que este continúe en menor medida pero que sea complementado con uno más psicoterapéutico.

A su vez existe una gran necesidad de mayores recursos tanto financieros como humanos designados y especializados en este sector de la salud. Estos recursos deben estar basados en criterios racionales y técnicamente adecuados. Así mismo se propone que las capacitaciones de los recursos humanos deben ser realizadas en base al modelo que se intenta poner en práctica, teniendo como hilo conductor la salud comunitaria.

La reestructura que se plantea a nivel de atención psiquiátrica, lleva al incentivo de una amplia gama de modelos que tienen como fin último de atención la comunidad. Esto conlleva una revisión con un ojo más crítico del papel tanto hegemónico como centralizador llevado adelante por el hospital psiquiátrico, en cuanto a prestación de servicios.

Por otra parte la mencionada anteriormente Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, reunida en Ottawa, tenía como principal objetivo “*Salud para todos en el año 2000*”, esta carta tiene como fin dar respuesta a la demanda que se estableció acerca de una nueva concepción en lo que a salud pública a nivel mundial refiere.

La carta redactada hace hincapié en la promoción de la salud, la cual se propone brindar a todos los ciudadanos los medios necesarios para poder acceder a una de mejor calidad. Se plantea que el individuo debe ser capaz de identificar, así como también establecer sus aspiraciones y ser capaz de poder satisfacerlas, con esto lograría alcanzar un adecuado estado de bienestar, que no solo abarca la salud, sino que también lo físico, mental y social.

Si bien el uso de los psicofármacos no puede dejarse de lado en su totalidad, podría acompañarse el uso de los mismo con nuevas medidas de rehabilitación, dando lugar a un;

“modelo más integral que contemple otras perspectivas y tratamientos, por ejemplo relativos a la rehabilitación psicosocial y enfoques comunitarios” (Techera, Apud y Borges; 2009: 40)

Lo que se busca por medio de la implementación de nuevos modelos de atención de la salud mental, es ir más allá del cierre de los hospitales psiquiátricos, que se logre crear una red de articulación donde interactúen y convivan distintas disciplinas destinadas a la atención de personas con patologías; así como también lograr la creación de políticas sociales que logren mejorar la rehabilitación de las mismas.

En el próximo capítulo se intentará plasmar la realidad por la cual atraviesa nuestro país en materia de salud mental, así como también los orígenes de la misma, el pasaje del modelo asilar al nuevo modelo que se intenta implementar, lo cual ha sido una ardua tarea tanto diseñar como implementar y en la cual queda mucho por ejecutar.

CAP II: La evolución de la salud mental en el Uruguay desde sus orígenes hasta el día de hoy.

Uruguay no estaba tan alejado en cuanto a las medidas de atención en lo que respecta a salud mental que se implementaban en el resto del mundo. La primera medida que se efectuaba sobre las personas con patologías psiquiátricas era el encierro. En los orígenes de Montevideo colonial los enfermos mentales eran tratados a la par del vagabundo o de un delincuente, De Pena y Bespaldi plantean que;

“(...) Los etiquetados de locos eran marginados de la sociedad, y vagaban por las calles mendigando, siendo a veces recludos en los Calabozos del Cabildo donde compartían la reclusión con los presos comunes” (Bespaldi, De Pena en Guedes; 2012:19).

La “*locura*” era vista como un comportamiento desviado, el cual era condenado por la sociedad misma (vicios, delincuencia, entre otras), por tanto la respuesta que se puede esperar por parte de la sociedad es la del castigo.

Pero en el proceso de modernidad se logra una construcción de una nueva sensibilidad, por parte de la sociedad (principal estigmatizante), así como también por el Estado. Aunque se continúa con una intervención focalizada, el mecanismo que se comenzó a utilizar es el aislamiento, apareciendo por primera vez una institución destinada a la atención de personas con patologías psiquiátricas, el hospital psiquiátrico.

Se puede ver al hospital psiquiátrico como el hijo de la modernidad, el cual fue fundado en 1880, siendo en un primer momento denominado como Manicomio Nacional, el cual luego pasó a denominarse Hospital Vilardebó; este fue construido durante un periodo militarista, marcando un

declive en el modelo de país hasta ese momento “comercial, pastoril y caudillesco” (Barrán. J.P, Nahum. B; 2002)

En el período del Uruguay colonial, el cual se extendió hasta comienzos del siglo XIX, los “*locos*” formaban parte del paisaje cotidiano de la ciudad, estos solían vivir en la calle, o algunos amparados por sus familias. Es por tanto que este proceso de modernización llevo a que se dé el triunfo de la “*Civilización sobre la Barbarie*”, Barrán (1993).

Es a partir de la unión de la facultad de medicina y la fundación del Manicomio Nacional que le da paso a la psiquiatría como disciplina en el Uruguay. Barrán (1990) plantea que tanto el desarrollo de la medicina general así como también el de la psiquiatría marcan el periodo denominado “*Disciplinamiento*” el cual lleva a;

“...la concepción de la salud como valor, al asentamiento del estamento médico y a la medicalización de la sociedad.” (Techera, Apud y Borges; 2009: 55)

Este proceso de modernización que comienza a darse en el siglo XX, su principal característica es el papel que comienza a ejercer el Estado, un papel en el cual está más abocado al cuidado de las personas dentro de la sociedad, enfocándose principalmente en aquellos más desfavorecidos. Esto conlleva a que nuestro Estado uruguayo, se vea comprometido en atender aquellas cuestiones que en un periodo anterior eran relegadas al azar de las familias.

Es debido a la sobrepoblación que comenzó a vivir el hospital Vilardebó, que en 1912 se funda la Colonia Bernardo Etchepare, esta fue creada alejada del centro de la ciudad debido a que se identificaba por su carácter de reclusión y aislamiento. Tanto el hospital como la colonia actuaban en la estructura social como centros que estaban destinados a la atención y al aislamiento de los sectores de la población que se veían afectados por la vulnerabilidad social.

En materia de la salud, así como también en salud mental, comienza a surgir lo que se denominó proceso de medicalización o medicalización de la sociedad, producto tanto de la creación de instituciones como por ejemplo el Consejo de Asistencia Pública Nacional en 1910 así como también la fundación de la Colonia Etchepare, lo cual se enmarca en un proceso de expansión del poder médico, haciéndose presente en todas las esferas de la sociedad la dicotomía salud/enfermedad.

El proceso de medicalización;

“...supuso la apropiación ideológica de los procesos de salud/enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social lo que aparejó una escisión entre el saber médico y el saber popular. Desde la perspectiva de la legitimación del control se puede no solo prevenir y curar, si no que no se puede controlar, normalizar y legitimar a través de categorías científicas.” (Menéndez, 1984: 165)

Previo a este proceso de modernización la figura del médico no tenía en los hospitales ninguna autoridad, teniendo si autoridad la figura religiosa la cual provenía como por ejemplo de las *“Hermanas de la Caridad”*.

Es con la razón médica del 900 (Barrán, 1992), que se comienza a dejar de lado aquellas instituciones que anteriormente se encargaban de la atención de la psiquiatría.

Es a partir de esta razón médica que comienzan a cambiar las formas de tratamiento hacia las personas con patologías psiquiátricas. La sociedad comienza a tomar conciencia acerca de la salud mental, comienzan a verla como;

“...un fenómeno complejo relacionado con múltiples factores, tanto físicos como psíquicos, morales, vinculares y económicos.” (Techera, Apud y Borges; 2009: 56)

Por medio de esto, se puede apreciar que tanto el proceso de medicalización de la sociedad, así como el disciplinamiento de las personas, se proponen como objetivo o fin último el poder lograr la formación de personas que sean útiles tanto para la sociedad así como también para el sistema capitalista que está creciendo.

Barrán (1995) plantea que;

“...la enfermedad mental fue sobre todo sentida y descrita como la gran desobediencia a los valores establecidos. Esta opción convirtió a la psiquiatría del novecientos en una tecnología suave que procuró el ajuste del sujeto al statu-quo” (Barrán, 1995: 171-172).

Esto hace dar cuenta que los hospitales y colonias para la atención de la psiquiatría ambas actúan en la estructura social, como centros de atención asilar para aquellos sectores de la población que padecen una patología psiquiátrica.

Desde su fundación el hospital psiquiátrico tuvo la problemática de la superpoblación, lo que provocó que se funde la colonia Etchepare con el fin de despoblar el hospital. Esto puede verse reflejado en los aportes del autor Ángel Ginés;

“...el hospital Vilardebó previsto en 1880 para 700 camas, supera en una década las 1000 personas y en 1910 alberga a 1500 personas. A partir de 1912, por la creciente demanda de asilo, se abren las colonias de alienados en el departamento de San José, que sumado al hospital Vilardebó va a elevar el número de asilados hasta cerca de 5000 personas a mitad de siglo, con una tasa próxima al 19/1000 una de las más altas del mundo.” (Ginés: 2013; 40).

La creación de ambas instituciones, forman parte de lo que se denomina “*estructura social*”¹, estas van a representar un cambio en uno de los ámbitos de la estructura, repercutiendo en un número determinado de la población, o en la sociedad en su conjunto

La Colonia Etchepare fue fundada bajo un modelo asilar europeo, el cual se caracterizaba por la organización basada en pabellones y la cura por el trabajo, esta se trataba de una etapa “*pre-farmacológica*”, la cual según aportes de los autores Techera, Apud y Borges (2009), tenía como negocio la explotación del “*loco*”, por medio de la mano de obra; “*Fue la época del “loco en el galpón”, que era explotado y su producto usufructuado por otros*”. (Techera, Apud y Borges; 2009: 65)

Por más que ambas instituciones continúan su funcionamiento hoy día, no dejan de ser blanco para las críticas. Muchas de las críticas que se han desarrollado en el exterior se aplicaron en la ejecución del modelo en nuestro país. Es por tanto que se comienza a ver el encierro (por largos periodos), como algo negativo para las personas tanto a nivel de vida como para la inserción en la sociedad, además crea en el paciente la dependencia con el sistema.

El Ministerio de Salud Pública (**MPS**) realiza una invitación a Pierre Chanoit consultor de la Organización Panamericana de la Salud (**OPS**) / Organización Mundial de la Salud (**OMS**) durante 1966, quien realiza un informe crítico acerca de la situación por la cual atravesaba el Uruguay en materia de salud mental. En dicho informe el consultor, propone unas transformaciones que serán grandes referencias en materia de asistencia psiquiátrica y salud mental.

Luego de realizada una recorrida por las instituciones pilares de la atención de la psiquiatría en nuestro país, Chanoit concluye que;

¹ “*La estructura social es el conjunto de las modalidades de organización de un grupo social y tipos de relaciones existentes en el interior y entre los diversos ámbitos de toda sociedad (parentesco, político, económico, religión, etc.)*” Radcliffe- Brown; 1952

“El paciente es un estorbo para la sociedad, y la atención que de él se realiza, se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído a la vista de la población, termina su infeliz existencia.” (Chanoit, apud Ginés; 2013: 42).

Dicho informe realizado por Chanoit implica una nueva fase para la psiquiatría en nuestro país. Este será inspiración para que referentes de la salud mental en el Uruguay formulen el Plan Nacional de Salud Mental (**PNSM**), de 1972, pero es debido a la dictadura cívico-militar que afronta el Uruguay en 1973 que se frena el proceso transformación propuesto, a su vez implicó un retroceso en cuanto a la atención de la salud mental.

Es en el retorno a la democracia en la década de los 80 que la situación comienza a cambiar debido a la reapertura democrática. Es en 1986 que el **MSP** aprueba el nuevo **PNSM**, dicho plan lo que se propone es apuntar a un enfoque con mayor énfasis comunitario, logrando que se asentara a nivel de salud pública, pero no en la población en su conjunto. Asentó; *“el programa se asentó en buena medida en el sector público de salud, pero no pudo hacerla en la población general, lo cual es de gran importancia si se quiere revertir los procesos de estigmatización, segregación e incompreensión.”* (Techera, Apud y Borges; 2009: 108)

Los propósitos que aparecen en el **PNSM**, es la posibilidad de lograr una atención a nivel primario que esté inserta en la comunidad, por otra parte se busca que cada hospital general cuente con unidades de salud mental. Se plantea la necesidad de ampliar las instituciones que sean capaces de atender estas patologías, logrando así una descentralización del servicio, logrando llegar también al interior del país, por medio de centros de rehabilitación.

Se establece la necesidad de realizar una conjunción de nuevas estructuras que atiendan la salud mental, que sean capaces de continuar con la atención de las personas fuera de los hospicios; donde se les

pueda dar participación no solo a las personas que allí concurren sino también a la propia comunidad.

Lo que se logra por medio del **PNSM**, como plantean algunos autores es que;

“En dos décadas nuestra sociedad logró avanzar desde un sistema de atención en salud mental marginado, fragmentado y en franca descomposición, a un nuevo Estado, con fuertes contrastes, pero en movimiento y con innovadoras realizaciones y proyectos en diversas direcciones...” (Ginés, Porciúncula y Arduino, apud, Techera, et al.; 2013: 20)

El **PNSM**, tiene como cometido la creación de diversas instituciones, las cuales tendrán como objetivo el beneficiar el funcionamiento, tanto del hospital como de la colonia, pudiendo lograr así una circulación de pacientes que podrían ser dados de alta y poder lograr continuar con su proceso de rehabilitación fuera de estas instituciones.

Ambas instituciones, tanto el hospital como la colonia se caracterizan por tener grandes falencias, el hospital tenía faltas a nivel de personal para la atención de los pacientes, y grandes dificultades edilicias. Por su parte la colonia se caracteriza por ser una institución en la cual predomina la forma de asilar así como también custodiar a los enfermos que allí ingresaban, cabiendo la posibilidad de pérdida de alguno de sus derechos y perdieran todo tipo de contacto con la realidad, estos ingresan y pierden la noción del tiempo, caen en una rutina que es determinada por el personal médico y no médico de la institución;

“A los tres meses el color de la piel cambia, se oscurece, la dentadura se deteriora. Hay un proceso de caída de la calidad de vida tremendo. Es la melancolización. El tiempo se detiene y todo es pasado. El individuo que cae acá dentro, sale del tiempo. No había espejos, no había espejos en los pabellones... Es la rutina” (Director de la Colonia

Etchepare, Dr. Osvaldo do Campo, apud; Techera, Apud y Borges; 2009: 26)

El **PNSM**, establece avances muy importantes, cambios en lo que al modelo de atención se refiere, pero sin embargo este no pudo ser desarrollado en su totalidad por causa de la falta de recursos económicos así como por la disponibilidad política.

“...en cuanto al cambio de modelo de atención nunca fue desarrollado por falta de recursos y disposición política...las décadas posteriores se caracterizaban por Gobiernos de fuerte impronta neoliberal, donde los recursos destinados a la salud en general y a la salud mental en particular fueron muy reducidos.” (Techera, et al.; 2013: 22)

Pero es a mitad de la década del 90 que se comienzan a implementar cambios en la estructura de la asistencia: por un lado se lleva acabo el cierre del hospital Musto², por otro la creación de varios equipos multidisciplinarios con carácter comunitarios específicos en salud mental, lo que provoca una intensificación de los procesos de desinstitucionalización de las personas con patologías psiquiátricas, los cuales no tienen dispositivos de inclusión social ni atención intermedia.

El neoliberalismo comienza a traducirse en políticas sociales de carácter focalizado y residuales (Baraibar; 2007), esto producto de la reducción de los gastos públicos al menor valor posible.

Es en el transcurso de esta década donde se logra consolidar en su totalidad un Estado de carácter neoliberal, el cual tiene como principal característica una lógica de focalización, flexibilizada y de desregulación de las políticas sociales.

²Hospital pensado como un hospital de agudos, que albergaba fundamentalmente a pacientes crónicos, muchos de los cuales al cierre fueron trasladados a las colonias. (www.spu.org.uy)

Esto es producto de una crisis tanto a nivel económico como político, logrando una metamorfosis gradual de la matriz de protección a nivel social, Filgueira plantea que;

“...puede afirmarse que el viejo edificio de Estado social se agotó a fines de los 60. Diversas políticas “de parche” lo mantuvieron vivo hasta los 90, cuando los embates liberales transformaron un edificio con fracturas, en un mutante irreconocible respecto a su pasado.” (Filgueira; 2006: 11)

Frente a estos cambios que se comenzaron a dar, provocaron que los recursos que eran destinados a la atención de la salud mental sean escasos, implementando medidas que repercutían en la “*expulsión de pacientes*”, lo que provocaba un alejamiento a lo que se proponía en la Declaración de Caracas de 1990 o en el mismo **PNSM**.

Hay autores como de León y Fernández (1996), que hablan de una; “*desmanicomialización forzosa*” “*...inscripta en un plan político de reducción de presupuesto fiscal a cualquier precio.*” (De León, Fernández apud Techera, Apud y Borges; 2009: 110)

Es a partir de un segundo informe realizado 1995 por una Organización No-gubernamental, Mental Disability Rights Internationals (**MDRI**), que se ponen en la mesa las situación en la que continua nuestro país en lo que respecta a la atención de la salud mental. Este informe constata una serie de dificultades, que si bien ya eran conocidas las confirma y las deja aún más en evidencia. Así mismo se reconoce también el maltrato generalizado a los pacientes que son hospitalizados en centros psiquiátricos, y el casi exclusivo uso de los psicofármacos y electroshocks, la falta de personal especializado y la necesidad de profundizar en estrategias alternativas y más comunitarias.

Las recomendaciones que se le dan al Estado uruguayo, están basadas en los principios de la salud mental, entre ellos los principios de las Naciones Unidas.

Las mismas van a ser distribuidas en cuatro pilares: en las internaciones; los cambios que se deben realizar es la realización de un análisis exhaustivo de todos los internados para poder evaluar las posibilidades de reinserción. Se debe aclarar las diferencias que hay entre el costo elevado que implica el tratamiento de los pacientes del hospital y las condiciones de pobreza en las que se encuentran las instalaciones, también se deben establecer programas con el fin de la recuperación. Pero lo más importante que se recomienda en este informe es el evitar las internaciones de los llamados “*pacientes sociales*”³.

Con respecto a lo comunitario; deben ser capaces de asegurar la participación de los sectores implicados en los tratamientos, la creación de estrategias de atención que estén basadas en centros de salud comunitarios que se establezcan en los barrios (a los cuales las personas puedan recurrir y tener información necesaria). Esto involucra la creación de una red de asistencia que permita sostener desde la propia comunidad a las personas y sus familias. También es fundamental lograr incentivar la participación de los usuarios en los esfuerzos por los cambios, esta es la gran falla que tiene nuestro sistema, ya que, no se les da un lugar a los usuarios en lo que tiene que ver con la administración y control de diferentes servicios. Se intenta darles a los pacientes un rol más activo y participativo dentro de la reforma del sistema de salud, plantean que es necesario brindarles ese espacio tanto a pacientes como ex pacientes, ya que son estos quienes podrían realizar un aporte sumamente importante en la reforma.

Por otra parte en lo que refiere al tratamiento; se aconseja que las terapias electro-convulsivas sean reducidas el menor número posible, y como alternativa la implementación y desarrollo de terapias alternativas al modelo médico.

³ “*Aquellas personas que son internadas sin necesariamente tener un diagnóstico de enfermedad mental que lo amerite, es el caso por ejemplo de los indigentes*” (Techera y Apud; 2013:29)

Por último en el plano de la mejora en la atención de la salud; es importante la capitalización de avances que se den tanto a nivel nacional como internacional, se podría decir que el Estado podría tomar una postura en la cual apoye y asegure los avances que se den, apuntando a los profesionales especializados en la salud, así como también a las personas que trabajen desde la comunidad

Si bien es posible visualizar un cambio en algunos aspectos de la atención de la salud mental, muchos de los planteamientos que fueron establecidos en el informe mencionado anteriormente siguen sin tener solución en la actualidad, estos cambios han sido muy pequeños y se dan en forma paulatina

Se podría establecer que los cambios que se han dado, son productos de una amplia gama de procesos tanto económicos, sociales como políticos. Estos son el puntapié inicial desde hace ya algún tiempo para marcar el fin de un modelo caracterizado principalmente en asilar a las personas, enfocándose en la actualidad en un modelo de tratamiento más orientado a lo comunitario de las personas con patologías psiquiátricas.

Techera, Apud y Cano plantean que;

“la desaparición del modelo asilar debería acompañarse de la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener y prestar los servicios adecuados para nuestra población. Debería enfocarse en el uso de la internación en forma breve; en la psicoterapia, haciendo énfasis en la integridad de la asistencia; privilegiar el desarrollo de estrategias en rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario.” (Techera, Apud, Cano; 2013: 20)

Este es el motivo por el cual se comienzan a fundar centros de rehabilitación psicosocial, definida está según la **OMS** como;

“...un proceso que facilita la oportunidad a individuos –que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap o desventajas de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejora de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La rehabilitación psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.” (OMS; apud, Techera, Apud y Borges; 2009: 42)

Esto produce la necesidad de crear nuevos centros de rehabilitación, los cuales puedan ser capaces de atender a aquellas personas con patologías psiquiátricas que estén en las condiciones necesarias para continuar con su rehabilitación fuera de los hospitales, logrando una descentralización de la atención. Esto tendrá como resultado positivo, que el hospital Vilardebó sea una institución donde solo se recibe pacientes agudos, pero no dejando de lado la realización de algunos talleres y su accionar como centro diurno.

Hoy día están en funcionamiento varias opciones de centros de rehabilitación que están destinados, a brindarles apoyo fuera de las instituciones a personas en proceso de su recuperación. Estos centros brindan una diversidad de talleres, en base a modalidades y propuestas de atención diversas. Algunos de estos centros son: El Centro diurno Sayago, Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica Dr. Alberto Martínez Visca, Centro de Rehabilitación Psíquica Sur Palermo, Montevideo, entre otros.

El Centro Sayago surge en el 2000 por iniciativa de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (**ASSE**), la cual se encarga de la rehabilitación de personas que tienen patologías psiquiátricas severas y persistentes; por otra parte el Centro Martínez Visca fue creado decreto mediante, ejecutado por el poder ejecutivo 117/971 en 1971, como una dependencia de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (**CHPP**), la cual fue creada por la Ley Nro. 11.139, en 1948. La **CHPP**, tenía la finalidad de proteger a los enfermos mentales, así como promover su integración a la comunidad de la cual forma parte, y apoyar a sus familias. Sin embargo los demás centros mencionados son Organizaciones No Gubernamentales (**ONG**), sin fines de lucro, lo que conlleva a que ingresen en esta orbita nuevos actores que se encarguen de la implementación de las diversas políticas sociales que allí se desarrollan.

Se puede apreciar que los centros mencionados así como los que no se hicieron mención, tienen como tarea llevar a cabo una rehabilitación integral, donde se engloben distintas formas de lograrlo, pensada como la posibilidad de lograr una autonomía e independencia tanto de los centro como de sus familias, también la posibilidad de volver a insertarse en una sociedad en la cual forma parte, restaurando los vínculos con aquellos que ya tenía, así como la realización de nuevos vínculos.

Para continuar con esta tesis, se recurrirá a la información que se obtuvo mediante una investigación que se realizó en el marco de un taller⁴, a partir de las entrevistas se pueden obtener varios lineamientos que atraviesan la vida de todos los pacientes que concurren a centros de rehabilitación.

⁴ Taller de Investigación, materia que se brinda en la Facultad de Ciencias Sociales en el marco de la asignatura Proyectos de Investigación social. La misma tiene como fin la realización de un proyecto de investigación con una temática seleccionada por parte de los alumnados.

Se pudo apreciar en todos los discursos que nos brindaron los usuarios de diversos centros, la necesidad lograr una estabilidad y una autonomía en cuanto a su persona así como también de las personas con las cuales vive, autonomía que según ellos se logra por medio de la inserción laboral.

Esta necesidad muchas veces esta truncada debido, a la estigmatización que reciben de las personas, sumándole las consecuencias producto de los efectos de la medicación y las descompensaciones que pueden sufrir.

La gran mayoría de los centros están enfocados en la atención de las personas con patologías por medio de la realización de diversos talleres, donde ellos tienen la posibilidad de realizar nuevas actividades o aquellas por las cuales sienten gusto, además hay talleres en los cuales podrían considerarse cosas de la vida cotidiana, pero para estas personas son vitales.

Estas instancias pueden darse de forma individual, o en conjunto con las familias, ya que estas son parte fundamental en la recuperación de los pacientes.

Además de atender lo “*biológico*” de la patología, es importante entender al sujeto como un ser integral, donde los causales de una patología psiquiátrica son múltiples y de diversa índole, es por esto que se considera imprescindible la creación de equipos multidisciplinario en los centros, integrados por: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, talleristas, docentes entre otras profesiones.

Esto hace dar cuenta de la importancia que tienen los modelos de atención psicosocial o comunitario, en la sociedad de nuestro país. Esto se puede ver porque los objetivos de la rehabilitación psicosocial son según González y Rodríguez (2010) son;

“...la mejora de la autonomía, la calidad de vida y la integración social de la persona afectada...” (González y Rodríguez; 2010: 320)

Gran parte de los centros de rehabilitación, consideran que la mejor forma, o la más fácil de poder cumplir en cierta medida con los objetivos planteados anteriormente, es por medio del mercado laboral. Lo que hace que los centros se propongan brindarles alternativas las cuales les sirva de nexo a los usuarios para poder insertarse en el mercado laboral formal, teniendo en cuenta sus posibilidades.

En el próximo capítulo, se comenzara por plasmar información sobre alguno de los centros que se enfocan en brindar algún taller o proyecto que esté vinculado a lo laboral, para luego continuar analizando la influencia que tienen estas políticas que brindan los centros en las personas con patologías psiquiátricas que lo realizan, así como también los puntos a favor y en contra que tienen las mismas.

Capítulo III: Políticas sociales, principal integrador de personas con patologías psiquiátricas a la sociedad.

Para comenzar este capítulo, se considera necesario plantear que esta monografía tiene como puntapié inicial, el cometido que cumplen las políticas sociales en especial aquellas con el fin del empleo, siendo estas el nexo por excelencia al momento de la integración de personas con patologías psiquiátricas a la sociedad.

Se parte de la idea de que las personas que padecen una patología psiquiátrica, son capaces de realizar una tarea laboral formal de igual forma que los demás integrantes de la sociedad. Lo que favorecería en su proceso de desafiliación y estigmatización. (Saavedra; 2010)

Las políticas sociales como tal están destinadas a realizar su intervención en lo que Netto (1992) denomina como “*múltiples refracciones*”, de esta única luz blanca que se ha dado a llamar cuestión social; entendida la cuestión social como;

“...una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo en cuestión la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina nación) para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia” (Castel; 1997: 20)

Esta cuestión social representa la génesis de toda política social, hay autores que definen las políticas sociales como;

“...el conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducentes a la preservación y elevación del bienestar social, procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad con mayor equidad.” (Viteri Díaz; 2007)

Esta definición de políticas sociales hace dar cuenta que ligado a la idea de políticas sociales se encuentra la noción de desarrollo visto como algo deseable y cuyos beneficios son posibles de llegar a toda la sociedad.

Una mirada más detenida muestra que las políticas sociales se vinculan a una lógica de legitimidad de un Estado como el actual, que según la perspectiva de Grassi (2003) supone por un lado un Estado Moderno, (basado en el principio de igualdad entre los ciudadanos) y conjuntamente un Estado Capitalista. La autora lo expresa como;

“El Estado que conocemos sostiene-simultáneamente- la libertad y la igualdad, y la dependencia y la desigualdad. En tanto que la contradicción es constitutiva, empuja los problemas que la ciencia política designa como problemas de legitimidad, al tener que hacer compatibles la igualdad formal a partir de la desigualdad estructural que constituye la sociedad capitalista.” (Grassi; 2003: 4)

Dentro de lo que a políticas sociales se refiere, esta monografía se propone enfocarse en aquellas políticas que son de carácter laboral, beneficiando tanto la rehabilitación de las personas así como, la integración en la sociedad.

Partiendo de la idea de que la posibilidad de ocupar un puesto en el mercado laboral es un derecho para todos los ciudadanos, por lo tanto lo es también para las personas con patologías psiquiátricas, y para estas implica además y en carácter muy importante, un pilar fundamental para la recuperación de estas.

Saavedra (2010) lo entiende de la siguiente forma;

“...un marco fundamental en la recuperación es la dimensión laboral. Se encuentra ampliamente demostrado que los roles laborales son fundamentales en las sociedades occidentales. En la cultura occidental el

trabajo es altamente evaluado y es considerado una fuerza socialmente integradora. Sin embargo la gran mayoría de las personas con enfermedad mental son excluidas del mundo laboral.” (Saavedra; 2010: 133)

Al entender las políticas de empleo como principal factor de integración social de las personas con patologías psiquiátricas, nos lleva a realizar una reflexión en cuanto al trabajo como principal factor integrador de las sociedades de hoy día.

Para esto, es importante partir de una concepción amplia de trabajo. Desde una perspectiva materialista-histórica como la manejada por Marx, el trabajo es definido como la capacidad de transformar la naturaleza que solo poseemos los seres humanos. El trabajo puede ser visto como categoría ontológica o bien ser identificado como sinónimo de empleo, como vehículo para acceder a ciertos bienes y recursos.

Para poder entender el trabajo como principal factor integrador, creemos necesario partir de los aportes que realiza Castel (1997) donde hace una distinción de zonas definidas estableciendo dos ejes: por un lado el trabajo (visto como empleo) y por otro los vínculos sociales de una persona. El autor lo define como;

“...la asociación “trabajo estable/inserción relacional sólida” caracteriza una zona de integración. A la inversa, la ausencia de participación en alguna actividad productiva y el aislamiento relacional conjugan sus efectos negativos para producir la exclusión, o más bien, (...) la desafiliación. La vulnerabilidad social es una zona intermedia, inestable, que conjugue la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad.” (Castel; 1997:15)

En las sociedades capitalistas modernas en las que convivimos en la actualidad, el empleo es percibido por la gran mayoría de la sociedad como una vía de inserción a la sociedad en la que viven, además de un

medio para poder satisfacer sus necesidades. La condición de trabajador provoca en la persona el acceso a un conjunto de protecciones, los cuales permiten al individuo gestionar los riesgos aparejados a la vida como lo son las enfermedades y/o accidentes. (Castel; 2004)

Esto nos hace dar cuenta que el empleo es considerado, un mecanismo por excelencia en materia de inclusión social, así como también es fuente de beneficios y de una amplia gama de protecciones sociales, tanto individuales como familiares.

Castel (1997) en su obra sobre la crónica del asalariado, hace mención acerca de las modificaciones que ha sufrido el mundo del trabajo a lo largo de su historia. Dentro de estos cambios se encuentran la precarización laboral, la flexibilización en cuanto a contratos de trabajo, así como también la tercerización. A estos cambios del mercado laboral de la actualidad, no se debe dejar de lado la exigencia de una gran cantidad de capacitaciones, así como también la alta competitividad dentro del mismo.

Todo este conjunto de nuevas características tiene su punto negativo, debido a que dificulta la inserción dentro del mercado laboral a aquellas poblaciones más vulnerables, esta situación se debe en gran medida a la escasa o nula experiencia y permanencia en un trabajo, las personas con patologías psiquiátricas se encuentran dentro de las poblaciones vulnerables, debido a que su enfermedad le producen dificultades extras. Esto va de la mano con el encasillamiento que sufren estas, mencionado en capítulos anteriores, producto del modelo que se aplicaba.

La situación mencionada anteriormente, nos hace pensar en cuales son los medios que tienen las personas con patologías psiquiátricas para poder generar algún tipo de experiencia laboral, y poder insertarse dentro de este mercado laboral tan competitivo.

Por parte de algunas instituciones, de las cuales se tiene información, tienen como objetivo el brindarles experiencias laborales en base a proyectos brindados por estas. Se podría apreciar que los talleres se basan en una idea de rehabilitación laboral, según los autores González y Rodríguez (2010), los programas de este tipo se proponen como objetivo;

“...mejorar las competencias de la persona para el acceso y mantenimiento en el mercado laboral.” (González y Rodríguez; 2010: 328)

Dentro de las modalidades de trabajo de los centros de rehabilitación para personas con patologías, se encuentran aquellos que están enfocados en una modalidad de empleo protegido, y aquellos que se enfocan en una modalidad de empleo con apoyo.

Autores como Mascayano Lips y Moreno (2013) establecen que el objetivo principal de los empleos protegidos es;

“...la realización de un trabajo productivo, la participación en operaciones de mercado y la mantención de una remuneración. Estos empleos han sido concebidos para personas que presentan una enfermedad grave, un bajo nivel de funcionamiento social y que adolezcan una preparación suficiente como para participar en espacios laborales normalizados. Respecto a las remuneraciones, estas solo ocasionalmente se correlacionan con la calidad de los productos confeccionados o con el logro de las tareas realizadas y suelen ser de baja cuantía.” (Mascayano, Lips y Moreno; 2013: 160)

Estos tipos de empleo, implican que la persona realice una actividad que tenga el mismo mecanismo que una actividad del mercado laboral, lo que le sea útil para la inserción en el mismo.

Sin embargo las condiciones en las cuales se dan este tipo de trabajo, es creada por la institución que brinda la posibilidad de acceder a

ese empleo. Si bien lo que se intenta es que la persona se adapte nuevamente a los mecanismos de un empleo formal, la institución siempre busca la “*protección*”. Siempre se busca el acompañamiento de las personas en el momento de realización de la tarea, así como también tienen una flexibilización en temas de horarios y días.

Se puede observar en este tipo de empleo protegido, que el trabajador no posee los mismos beneficios que un trabajador en un empleo formal, si bien es cierto que reciben una remuneración en base a su trabajo, estos no cuentan con los beneficios que son otorgados por medio del empleo (aguinaldo, licencia, seguro de desempleo).

El empleo protegido lo que se propone es preparar a la persona en lo que respecta al ámbito laboral, para que en conjunto con lo que es la rehabilitación psicosocial, pueda ser capaz de lograr una mejor competitividad.

Un claro ejemplo de este tipo de empleo es el programa “Un Libro, Un Abrazo”, el cual consiste en la venta de libros de autores uruguayos. Estos son comercializados, por usuarios del Centro de Orientación y Rehabilitación Psicosocial Montevideo, entre otros centros, a muy bajo costo. Este proyecto comenzó su funcionamiento gracias a la colaboración otorgada por la editorial Banda Oriental, así como también y principalmente por los autores que brindan sus obras o los familiares de los algunos de ellos.

El mismo tiene algunas características que se vinculan con el empleo protegido, ya que este se lleva a cabo en lugares de la ciudad de Montevideo, como lo son la Intendencia de Montevideo, a su vez los pacientes que participan tienen la libertad de comercializar los libros en lugares donde ellos viven; pero sin embargo en este no cuentan con los beneficios que tienen un trabajo normal ya que no tienen los aportes a la seguridad social y los beneficios propios del trabajo.

Otra modalidad de empleo, es aquel que se realiza con apoyo, en este caso se realiza una inserción laboral en las condiciones de un trabajo normalizado. Esto implica que el paciente que participa de estos proyectos, es insertado en una empresa, siempre con una capacitación previa, en la cual realiza tareas a la par de los demás empleados y recibe una remuneración al igual que todos sus compañeros y los beneficios correspondientes.

El mismo establece su base en el paradigma de *“place-train”* (Mascayano, Lips y Moreno; 2013), lo que se propone es lograr en el corto plazo la inserción de las personas con patologías psiquiátricas en el ámbito laboral competitivo, para poder lograr esta inserción se le ofrece a las personas una capacitación acorde al trabajo que va a realizar.

El mismo aparece en la década de 1990, teniendo como impulsores a Robert Drake y Deborah Becker, buscando la normalización y la integración. También se centran en brindarle el apoyo que necesitan estas personas en lo que refiere al apoyo dentro y fuera del trabajo.

Así mismo el principio primero del empleo con apoyo es el de *“discriminación positiva”*. Lo que se propone mediante este principio es cumplir una función de contención para aquellas personas más vulnerables en contraposición con el resto de la sociedad. Es por tanto que lo que se busca es ampliar la gama de oportunidades para estos sectores más vulnerables, proponiéndose como objetivo la reducción de la discriminación de la cual son objeto.

Dentro de este tipo, los centros que se enfocan en llevar adelante un proyecto así son, el Hospital Vilardebó en convenio con el Centro Psicosocial Sur Palermo, en el cual se realizan tareas en el área de la cocina así como también en la huerta del hospital, sin embargo estos tienen la características de tener un periodo de realización corto, pero

teniendo siempre una capacitación en la tarea que realizan, contando siempre con el apoyo de las instituciones en el desarrollo de la actividad.

Lo expresado anteriormente brinda la posibilidad de analizar los beneficios que reciben las personas que participan de estos tipos de empleo. Además poder plasmar los objetivos que se pueden lograr por medio de estos.

En primer lugar y principal lo que se busca por medio de estos talleres es poder lograr mejorar la calidad de vida de las personas, entendida esta como;

“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.” (Organización Mundial de la Salud)

Si partimos de la base de que las personas con patologías psiquiátricas desde su origen fueron siempre excluidas de las sociedades por ser catalogados de distintos y peligrosos para el resto de la sociedad, esto tuvo como consecuencia, que las personas con este tipo de patologías comiencen a construir una identidad no deseada de su persona, o en base a las percepciones de las demás personas. El trabajo puede ser visto como un pilar principal para que las personas con patologías psiquiátricas puedan comenzar a construir o reconstruir una nueva concepción de su identidad, principalmente en base a nuevas concepciones personales, como sociales.

Muchas de estas construcciones de identidad, son construidas en base a un estigma que es producto de la sociedad, la cual es la

encargada de producir el mismo, frente a una situación que no les es familiar, según Goffman este es;

“...un atributo (...) especial que produce en los demás un descredito amplio” (Goffman; 1986: 12)

Este estigma influye principalmente en la imagen que tienen por ejemplo las personas con patologías psiquiátricas de ellos mismos, además influye en la imagen que tiene la sociedad de personas más vulnerables.

Goffman (1986) plantea que;

“El individuo estigmatizado tiende a sostener las mismas creencias sobre la identidad que nosotros; este es un hecho fundamental. La sensación de ser una “persona normal”, un ser humano como cualquier otro, un individuo que, por consiguiente, merece una oportunidad justa para iniciarse en alguna actividad, puede ser uno de sus más profundos sentimientos acerca de su identidad.” (Goffman; 1986: 17)

Es importante destacar algo que va de la mano de la construcción de su propia identidad, es la generación de vínculos de las personas con patologías psiquiátricas con demás personas, más allá de sus vínculos cercanos.

Pichón Riviere (2000) va a definir el vínculo como;

“una relación particular con un objeto; de esta relación particular resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, la cual forma un pattern, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto.” (Pichón-Riviere; 2000: 35)

Este vínculo bidireccional, se va a definir como normal cuando aparecen dos claves centrales en estos, esta es el aprendizaje y la

comunicación; la comunicación debe estar siempre presente y ser constante, ya que si esta se da, por consecuencia se da el aprendizaje en este vínculo. El mismo es algo que se da en la vida cotidiana, definida por Heller (1985) como;

“...la totalidad de actividades que caracterizan las reproducciones singulares productoras de la posibilidad permanente de la reproducción social.” (Heller, 1985: 9).

La vida cotidiana son aquellas actividades que lleva día a día el individuo esto hace que le dé la posibilidad de generar vínculos con otras personas. Así mismo la vida cotidiana es inherente a la vida social.

Este, más allá de estar compuesto por un sujeto y otro, está condicionado o participa también la cultura, que tiene una gran importancia, es por esto que Pichón Riviere (2000) va a decir que este vínculo tiene una estructura tridimensional, va a plantear que esa estructura va a cambiar constantemente dependiendo de los sujetos, siendo así conflictiva debido a la tensión existente entre las personas que conforman este vínculo que se establece.

El lazo familiar forma parte de los vínculos sociales que establecen las personas dentro de la sociedad, el cual consiste en relaciones emocionales de una persona con otra, dado por diversas situaciones de la vida. Éste es el primer vínculo que establece el ser humano desde que se está gestando, es generado con su madre durante el embarazo, estos lazos que forma durante esta etapa serán los que en un futuro le permitirán interactuar dentro de un grupo social, luego de establecerlo lo realizara con aquellas personas que conviva en el día a día, hasta que se conviertan en personas que tendrán significado dentro de su vida, es por esto que el primer vínculo será crucial ya que condicionaran la forma en la que se relacionara con los demás.

Esta generación de nuevos vínculos en las personas con patologías psiquiátricas, hacen que se logre un beneficio en ellas, ya que logran una mejora en cuanto a la autonomía y la autoestima.

Rosenberg (1973) define la autonomía como;

“(...) una actitud positiva hacia un objeto particular: el sí mismo. El concepto tiene dos connotaciones muy diferentes. El alta autoestima implica que el individuo que él es “muy bueno”; otra diferente, se relaciona con el hecho de que crea ser “lo suficientemente bueno”. El individuo siente que es una persona digna de la estima de los demás; se respeta por lo que es, pero no se teme ni espera que otros le teman. No se considera necesariamente superior a los otros. La baja autoestima, en cambio, implica la insatisfacción, el rechazo y el desprecio hacia sí mismo. El individuo carece de respeto por el sí mismo que observa. El autorretrato es desagradable y se desearía que fuera distinto.”
(Rosenberg; 1973: 39)

Si se lograra que las personas con patologías psiquiátricas logaran la inclusión dentro de un empleo normalizado, pensamos que se lograría el cumplimiento de las dimensiones mencionadas anteriormente, lo que traería aparejado una ampliación de la autonomía, por la misma se entiende;

“...la libertad subjetiva de la persona para establecer y llevar a cabo sus propias concepciones del bien.” (Cooke, apud: Reyes. S/D: 5)

La autonomía le otorga al individuo el poder para controlar, afrontar y tomar decisiones e iniciativas por cuenta propia siempre sobre la condición en la que desea vivir, desarrollando continuamente las actividades básicas de la vida diaria de todas las personas y siempre insertos en la sociedad.

Si bien en la actualidad la sociedad está más abierta a la integración de aquellas personas con patologías psiquiátricas, también es cierto que hay un número muy escaso de empresas que están dispuestas a incluir a personas con patologías psiquiátricas dentro de sus empleados. Se puede pensar que muchas de las empresas que hoy no

están abiertas a la integración de dichas personas, se debe a que se mantiene la idea de que son personas *“peligrosas para sociedad”*. Manteniéndose también la idea de que la *“locura”* no va de la mano del trabajo.

Dentro de lo que se propone el *“modelo comunitario”*, uno de los objetivos es la concientización de la comunidad en lo que respecta a la salud mental, con el fin de que la comunidad deje de lado los estigmas que generan, y se amplíen las posibilidades de ingresar al mercado laboral formal de las personas con patologías psiquiátricas. La forma de poder llevar a cabo esta iniciativa, puede ser por medio de campañas de concientización e información, donde se le brinde conocimientos a la sociedad, sobre que las personas con patologías psiquiátricas con el tratamiento farmacológico correspondiente, complementado con tratamientos psicosociales adecuados, pueden vivir con condiciones óptimas de vida.

Esta falta de información con la que cuenta la sociedad hace que la exclusión de las personas con patologías psiquiátricas continúe, provocando la continua construcción no deseada de identidad.

Para que se comience a dar la generación de una sociedad más inclusiva, es imprescindible que las políticas sociales, que genere el Estado y los centros de rehabilitación para estas personas se den precisamente en el marco de un cambio social. Autores como Palacios establece que;

“...las soluciones frente a la discriminación y la baja participación de este colectivo deben ser encaradas principalmente desde la adaptación de los entornos laborales, teniendo en cuenta la eliminación de las barreras y los prejuicios existente. Lo anterior requiere, básicamente la implementación de políticas antidiscriminatorias.” (Palacios; 2008: 401)

Esta situación nos hace pensar acerca del rol que cumple el Estado a la hora de la implementación de nuevas políticas sociales para esta población, es imprescindible contar con una nueva normativa en cuanto a ley de salud mental, en la cual se plasme la situación actual de las personas con patologías psiquiátricas, planteando como principal factor las políticas de inclusión con carácter laboral.

Si hablamos de lo que al marco legal respecta, a nivel mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (**CDPD**)⁵, establece en uno de sus artículos más precisamente en el artículo número 27 sobre el derecho a trabajar de las personas con patologías psiquiátricas que;

“Los Estados partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laboral que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo. Adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación.”

En nuestro territorio, en materia de patologías psiquiátricas, estas están distinguidas en el marco de las discapacidades, por tanto todas aquellas leyes que amparen a las personas con discapacidad abarcan también a esta población en particular, sea en materia de derechos laborales, así como también en materia de derechos sociales, culturales y económicos.

⁵ La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, y quedaron abiertos a la firma el 30 de marzo de 2007. Se obtuvieron 82 firmas (www.un.org)

Esto lo podemos ver plasmado en la ley número 18.651 que se aprueba en el año 2010, en esta ley uno de sus artículos se dedican específicamente a lo laboral, en el artículo 48 se plasma que;

“La orientación y la rehabilitación laboral y profesional deberán dispensarse en todas las personas con discapacidad según su vocación, posibilidades y necesidades y se procurara facilitarles el ejercicio de una actividad remunerada. La reglamentación determinara los requisitos necesarios para acceder a los diferentes niveles de formación.”

Así mismo en esta, también se establece el porcentaje de personas con discapacidad que deben trabajar en una empresa pública, este es del cuatro por ciento, en este porcentaje se incluyen todo tipo de discapacidad. Pero sin embargo este porcentaje no abarca a aquellas empresas privadas, en las cuales el nivel de competitividad y capacitación es más elevado.

A partir de lo plasmado, nos hace ver que en la actualidad lo que ha ido funcionando en materia de inclusión de las personas con patologías psiquiátricas es el empleo con apoyo, este es el mejor camino a recorrer y continuar recorriendo. Pero es imprescindible que estas lleguen a constituirse como políticas sociales, lo que implica que es sumamente importante contar con el apoyo por parte del Estado en lo que respecta, y principalmente, este debe comenzar a dejar en el pasado el modelo de asistencia a las poblaciones más vulnerables.

REFLEXIONES FINALES.

A partir de lo que se plantea en la presente monografía, permite apreciar que el concepto de salud mental ha tenido una gran transformación, en cierta medida positiva, por un lado porque se dejó de ver a la persona con trastornos psíquicos como alguien que representa un peligro para la sociedad, y pasar a ser, un ser capaz de poder convivir en la sociedad a la par de todos los ciudadanos, con las mismas condiciones y derechos de igualdad.

En lo que respecta al modelo de atención de esta población, este se encuentra en transición desde un modelo de asistencia asilar a un modelo de asistencia comunitario. Para lograr completar esta transición es imprescindible, entre otras, continuar con la concientización hacia la sociedad, donde se brinde información sobre la situación de la población con patologías psiquiátricas y dejando constancia de que una persona con estas características es capaz de llevar adelante una tarea laboral con el tratamiento adecuado, tanto farmacológico como de rehabilitación. El empleo se percibe como el pilar principal de inclusión social, conformando un derecho de toda persona, esta idea es la que se toma para poder generar empleos con apoyo para lograr la integración de las personas con patologías psiquiátricas a la sociedad.

Por otra parte en materia legislativa, se considera importante la aprobación de la ley de salud mental, la cual se propone llevar adelante una promoción, prevención y atención de la salud mental teniendo como base principal los Derechos Humanos. La misma no solo abarca la intención de lograr que el ser humano que se interne en una institución psiquiátrica voluntariamente o no, continúe siendo sujeto de derecho, y que no sea como en la actualidad donde la persona pierde algunos de sus derechos.

A si mismo por medio de la misma se intenta darle una mayor participación a la familia en el proceso de rehabilitación, tratando de que esta sea en un marco de un abordaje psicosocial, teniendo como pilares principales el generar procesos de inclusión de este sector vulnerable de la sociedad.

El **PNSM** representó para la salud y para la salud mental un gran paso en cuanto a la atención de las personas que padecen una patología psiquiátrica. Este representó para la sociedad uruguaya una descentralización en la atención de la salud, buscando una atención más integral. Fue el puntapié para el surgimiento de los centros de rehabilitación, los cuales trabajan más allá de lo psicológico de la persona, buscan brindarles talleres en los cuales se fomente su recuperación, así mismo uno de los componentes principales es la rehabilitación a partir de lo laboral, siendo el trabajo la principal vía de integración de las personas con patologías psiquiátricas a la sociedad. Pero esta intención por parte de los centros de rehabilitación de integrar a las mismas, se enfrentan a un sinfín de dificultades donde la principal es el escaso apoyo por parte del Estado y la falta de políticas sociales destinadas a esta población.

Se puede apreciar que existe una conformidad en lo que refiere a los procesos de vulnerabilidad y estigmatización que son sufridos por esta parte de la población, siendo de público conocimiento que en la sociedad de hoy en día, continúa existiendo un gran vacío en lo que a mecanismos de inclusión se refiere.

Son muchos los profesionales que deben actuar en pro de una sociedad de carácter más inclusiva, donde estos se propongan como objetivo la ampliación de la ciudadanía, principalmente de aquellas personas con trastornos psíquicos, así como también en la generación de una nueva identidad deseada.

Todo este camino recorrido nos hace dar cuenta que si bien en la sociedad uruguaya ha habido un avance en materia de la inclusión de personas con patologías psiquiátricas a la sociedad por medio de políticas de empleo, todavía queda mucho por andar, siendo siempre muy importante contar de manera más presente con el apoyo del Estado.

BIBLIOGRAFIA

AMICO, L. (2005): "La Institucionalización de la Locura" La Intervención del Trabajo Social en alternativas de atención. Espacio Editorial, Buenos Aires

BARRAN, J. P. (1990): Historia de la sensibilidad. Tomo 2, "El disciplinamiento", Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.

BARRAN, J. P. (1992): Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1. "El poder de curar". Montevideo Ediciones de la Banda Oriental.

BARRAN, J. P. (1993): Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 2. "La ortopedia de los pobres". Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental.

BARRAN, J. P. (1995): Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3. "La invención del cuerpo". Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.

CASTEL, R. (1997): "La metamorfosis de la Cuestión Social. Una crónica del asalariado". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.3

DE LEON, N. (Coord.). (2013): "Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental". Psicolibros. Waslala. Montevideo. Uruguay.

FOCAULT, M. (1998): "Historia de la locura en la Época Clásica." FCE, México.

FOCAULT, M. (2001): "Vigilar y Castigar". Siglo XXI. México.

GONZÁLEZ, J. y RODRIGUEZ, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332

GRASSI, E. (2003): "Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)." Espacio editorial. Buenos Aires, Argentina.

GUEDES, N. (2012): Tesis de grado: "Políticas de Salud Mental: ¿Omisión del Estado Uruguayo?"

GOFFMAN, E. (1961): "Internados: ensayo sobre la situación de los enfermos mentales". Buenos Aires. Amorrortu editores.

GOFFMAN, E. (1986) "Estigma: la identidad deteriorada" Amorrortu editores. Buenos Aires.

HELLER, A.: (1985): "Historia y Vida Cotidiana" Editorial Grijalbo, México.

Kosik, K. (1969) "Dialéctica de lo concreto. Estudio sobre los problemas del hombre y del mundo". Editorial Grijalbo, México.

MASCAYANO TAPIA, F – LIPS CASTRO, W – MORENO AGUILERA, J.P. (2013): "Estrategia de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión" Vol. 36, Nro. 2 marzo-abril (159-165)

MENENDEZ, E. (1984) "Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico". En Revista Paraguaya de Sociología, Año 21 No. 61.

MOREL REYES. A (S/D): "Participación local, deliberación y desarrollo de la autonomía personal".

NETTO, J.P. (1992): "Capitalismo monopolista y servicio social." Editorial Cortes. Sao Pablo, Brasil.

PALACIOS, A. (2008): "El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad." Colección Cermi. Nro. 36

PICHÓN-RIVIÉRE, E.: (2000): Teoría del vínculo. Nueva Visión. 21ª edición, Buenos Aires

ROSENBERG, M. (1973) "La auto-imagen del adolescente y la sociedad" Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

TECHERA, A - Apud, I - BORGES, C. (2009): "La Sociedad del olvido." Un ensayo sobre salud mental y sus instituciones en Uruguay.' CSIC, Universidad de la República.

VITERI, D.G. (2007): "Política Social: elementos para su discusión." Edición electrónica gratuita.

FUENTES

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD. (1986):
“Salud para todos en el año 2000”. Ottawa

DECLARACIÓN DE ALTA ATA. (1978): “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”. Alma - Ata, URSS.

DECLARACION DE CARACAS. (1990): “Conferencia, Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina”. Caracas, Venezuela.

LEY Nro. 18.651. (2010): “Protección integral de personas con discapacidad”

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA: (<http://www.msp.gub.uy>) Plan nacional de Salud mental. Consultado el día 20/12/2015

NEURODIDACTICA: (<http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/esclerosis/esclerosis-multiple/calidad-vida-esclerosis-multiple/definician>). Consultado el día 23/02/2016

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: (<http://www.who.int>). Consultado el día 20/11/2015

PROGRAMA DE SALUD MENTAL, (1997): Administración de Servicios de Salud del Estado. Programa de Crónicos y Especializados.