



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Trabajo Social.

Monografía final de Grado

## **MODELOS DE ATENCIÓN EN LA ENFERMEDAD MENTAL**

**Nuevas demandas al trabajo social frente a un cambio de paradigma en Uruguay**

Autor: VICTORIA JOANA LIMA BENITEZ

Tutor: MAGISTER CELMIRA BENTURA

MONTEVIDEO, URUGUAY

2017

*Dedicado a:*

*Mis padres, Mariela y Sergio, ellos fueron quienes me enseñaron a luchar, a confiar y a saber que se puede lograr cada objetivo que uno se propone a pesar de las adversidades.*

*Mi hermano Camilo, mi gran compañero y referente.*

*Agradezco a:*

*Mi tutora, Celmira, por haberme acompañado y alentado en este hermoso proceso.*

*Los amigos que me dio la vida.*

*La educación pública por haberme permitido transitar en sus instituciones.*

*Mucha gente pequeña,  
en lugares pequeños,  
haciendo cosas pequeñas,  
puede cambiar el mundo.*

*Eduardo Galeano*

## Índice:

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1 – La institucionalización de la enfermedad mental y los procesos de medicalización.	
1.1 Recorrida por las representaciones sociales de la Enfermedad Mental y sus Instituciones.	6
1.2 Racconto histórico del proceso de medicalización en Uruguay y las instituciones en salud mental.	11
Capítulo 2 - Trabajo social y salud mental.	
2.1- Periodización histórica del Trabajo Social en Uruguay y demandas actuales en el campo de la salud mental.	22
2.2 Discusión sobre Ley de Salud Mental en Uruguay.	26
Reflexiones finales.	31
Bibliografía.	34
Fuentes Bibliográficas	39

## **Resumen:**

La presente monografía final de grado analiza los modelos de atención a la enfermedad mental y al rol del trabajador social en el área específica. Los principales conceptos que se utilizarán en torno al tema central serán el de representación social, enfermedad mental, locura, establecimientos psiquiátricos, medicalización, vigilancia y control, disciplinamiento, trabajo social, reconceptualización, multidisciplinariedad, entre otros. Se estudia la institucionalización de la enfermedad mental, y la creación de establecimientos psiquiátricos, a partir del ascenso del modelo médico en lo que refiere al tratamiento e intervención. En los albores del siglo XVII se empieza a concebir que estos sujetos debían permanecer encerrados, que ese era su lugar.

Se considera relevante el pasaje en el análisis de los conceptos generales y su aplicación a la realidad de Uruguay con el objetivo de presentar las peculiaridades y modalidades adoptadas por la asistencia desde sus inicios a la actualidad en nuestro país. Esto se acompaña del nacimiento del trabajo social el cual se encontró en un primer momento bajo la órbita médica y al pasar de los años fue adoptando especificidades y ampliando su campo de intervención.

El desarrollo del capitalismo y el ascenso de los modelos neoliberales han reconfigurado el rol de los Estados y los marcos de referencia que se mantenían hasta ese momento en cuanto a la protección de los riesgos. Actualmente la incertidumbre en cuanto a la protección, la individualización de los procesos sociales y de la pobreza se entrelazan con el área de la salud y en particular con las políticas en salud mental.

## **Introducción.**

El presente documento constituye la monografía final de grado, requisito necesario para la obtención del título de Licenciada en Trabajo Social correspondiente a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El tema central que se abordará en el presente trabajo refiere a los modelos de atención en salud mental y a como se inscribe el Trabajo Social en ellos. Se presentan mediante un recorrido sociohistórico las representaciones sociales de la enfermedad mental para desembarcar en la realidad uruguaya donde se realizará un análisis en detalle para presentar el proceso de medicalización de nuestro país y las peculiares instituciones que forman parte del área de la salud mental. Este análisis va a estar acompañado de una breve periodización del Trabajo Social en nuestro país, desde sus inicios a la actualidad, exponiendo los diferentes momentos que formaron parte del desarrollo de la disciplina.

La categoría central del presente documento girará en torno a los modelos de atención en salud mental. Se considera sumamente necesario exponer los paradigmas que acompañaron las intervenciones en el área desde sus comienzos a la actualidad; para el logro de este objetivo, se debe problematizar acerca de que implica un determinado modelo de atención en salud mental y como ello se inscribe en cada coyuntura sociohistórica. La realidad uruguaya lejos está de ser ajena a estos procesos por lo que también se presentará el cambio en el modelo de atención que se pretende realizar en nuestro país, abriendo una discusión sobre el proyecto de ley en salud mental que se encuentra en el parlamento. Se observará el momento actual en el que se encuentran las políticas sociales y a partir de allí se abrirá la discusión sobre la viabilidad o no del mismo.

Es de suma relevancia vislumbrar cuales son las prácticas que permanecen arraigadas a un paradigma asociado al modelo médico, sanitario, preponderante desde principios del siglo XX en nuestro país, y confrontarlas con los incipientes modos de entender y atender a la enfermedad mental desde un enfoque totalmente diferente, asociado a la concepción de los individuos como sujetos de Derechos. Es allí que el trabajador social se coloca como actor fundamental, redefiniendo su rol.

Para profundizar en el tema es necesario realizar una serie de preguntas guía que permitirán un análisis más exhaustivo del presente trabajo. Se toma como punto de partida, ¿Qué transformaciones ha habido en la atención a la enfermedad mental?, ¿Qué implican estas transformaciones?, ¿cómo se redefine el rol del trabajador social

en el área de la salud mental?, el proyecto de ley, ¿cómo se inscribe en el actual momento sociohistórico?

La elección de dicha temática surge por el interés de quien escribe. Durante el año 2013 y 2014, cursando el Proyecto Integral “Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional” perteneciente a la Licenciatura en Trabajo Social, surgió un especial interés en el área de la salud mental. Específicamente en el año 2014, el centro de práctica fue el Hospital Vilardebó; hospital psiquiátrico ubicado en el barrio Reducto de Montevideo el cual alberga a usuarios de manera transitoria, y también a individuos declarados inimputables, a los cuales se los denomina como pacientes judiciales. Durante el transcurso de la práctica pre profesional resultaba atractivo para quien escribe poder ver cómo se enfrentaban los profesionales del área con diferentes maneras de tratamiento a las personas con enfermedad mental que se encontraban hospitalizadas, así como a las egresadas; una especie de choque de paradigmas. Era muy interesante por un lado entrar a las salas de electroshock y por el otro ver las incipientes propuestas diversas de talleres que se ofrecían en el establecimiento, las cuales se centraban en el trabajo colectivo, en el mostrar y no aislar. Se puede afirmar que dentro del mismo establecimiento psiquiátrico conviven diferentes modelos de atención en salud mental, uno con grandes vestigios de paradigmas pertenecientes al siglo anterior y otro con profesionales del área dispuestos a un trabajo diferente. Es en ese mundo de lógicas instituidas e instituyentes que se inscribe el trabajo social como actor fundamental, pero también con sus propias especificidades y cambios, con un bagaje histórico acumulado que lleva a repensar y cuestionarse las intervenciones.

El Objetivo general del presente documento es:

- Realizar una aproximación teórica acerca del cambio de modelo de atención en salud mental, las transformaciones en el tratamiento a las personas con enfermedad mental, y como se redefine el rol del trabajador social en la actualidad en Uruguay.

Los objetivos específicos son:

- Realizar el recorrido histórico en las formas de tratamiento a las personas con enfermedad mental y sus variaciones en el tiempo.
- Analizar cómo se vincula el cambio en el modelo de atención en salud mental con el rol del trabajador social en el área.

En cuanto al diseño que tendrá el documento, el mismo será de orden cualitativo, y la técnica a utilizar específicamente será la de revisión bibliográfica; la misma permite estudiar documentos ya escritos, y a partir de ello analizar las trayectorias de diferentes acontecimientos a lo largo del tiempo. *“Un texto escrito es un testimonio mudo que permanece físicamente, conserva su contenido a lo largo del tiempo (...) No se puede hablar directamente con él, pero puede ser interpretado.”* (Olabuénaga 2007:193). Es de gran aporte esta técnica en el presente documento monográfico ya que, si bien el eje del análisis está enfocado en nuestro país, hay una serie de teóricos que han escrito sobre las formas de atender a la enfermedad mental, que permitirá durante el proceso de trabajo a quien escribe, así como a los lectores, tener un espectro más amplio y claro, acompañado de un análisis crítico acerca del tema que se estudia.

Para el abordaje de la temática, el marco teórico que se utilizará estará centrado en las categorías de representación social, enfermedad mental, establecimientos psiquiátricos, medicalización, trabajo social.

En cuanto a la estructura que tendrá el documento el mismo se conforma de dos capítulos con dos apartados cada uno y se organiza de la siguiente manera: el Capítulo 1 – *La institucionalización de la enfermedad mental y los procesos de medicalización*, estará comprendido por un recorrido histórico general acerca de las representaciones sociales de la enfermedad mental, sus instituciones y características, y un primer acercamiento al concepto de medicalización. Seguidamente se analizará en detalle la realidad uruguaya, el proceso de medicalización local, la nueva concepción de las relaciones sociales y el mantenimiento del orden, y el rol creciente del Estado nacional así como de la medicina. También se presentarán las instituciones que forman parte de la salud mental en nuestro país desde el siglo XX a la actualidad analizando sus transformaciones.

El capítulo 2 – *Trabajo social y salud mental*, en un primer momento se enfoca en una periodización histórica de la disciplina, desde su nacimiento bajo la órbita de la medicina, pasando por los procesos que la llevaron a abrir su campo de intervención, por el momento de la reconceptualización, lo cual significó un repienso en el área; y en último lugar se hará referencia a la actualidad del trabajo social en general y en el campo de la salud mental particularmente. El segundo apartado del capítulo dos abre una discusión sobre la ley de salud mental que se encuentra en el parlamento. Se hará un breve contraste con la ley actual vigente de 1936 y se presentarán las modificaciones que pretende hacerse en el área vinculándolas con la realidad en lo

que refiere a las políticas sociales en nuestro sistema de protección social. En este análisis también se hará referencia al rol del Estado como garante, o no, de derechos.

Posterior al desarrollo el lector se encontrará con las reflexiones finales de la presente monografía, las mismas intentarán contribuir a enriquecer la discusión sobre el tema planteado, y a poder dilucidar los desafíos que enfrenta el Trabajo Social en un área históricamente monopolizada por el campo médico.



## **Capítulo 1. La institucionalización de la enfermedad mental y los procesos de medicalización.**

El presente capítulo realizará un recorrido por las representaciones sociales<sup>1</sup> de la enfermedad mental; comenzará con un análisis y racconto histórico a nivel general, debido a la pertinencia de los aportes de teóricos que han estudiado las diferentes formas de tratamiento a las personas con enfermedad mental desde la Edad Media hasta la actualidad. Realizando la mediación correspondiente, luego se desembarcará y analizará en detalle la realidad de Uruguay, el proceso de medicalización y las instituciones en el área de la salud mental; se partirá desde fines del siglo XIX con el objetivo de presentar los cambios sociales que fueron bisagra para la llegada del siglo XX y su sociedad del novecientos.

### **1.1 Recorrida por las representaciones sociales de la Enfermedad Mental y sus Instituciones.**

Si hacemos referencia a enfermedad mental no se puede dejar de nombrar a su opuesto que es la salud. Tomando los aportes de Amico (2005) se puede decir que la designación de una persona como enferma o sana conlleva la condición de representaciones sociales, por lo tanto, son definiciones polisémicas y van a variar según los paradigmas científicos que dominen en cada coyuntura histórica y en cada cultura.

A fines de la Edad Media, *“La locura y el loco llegan a ser personajes importantes, en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sinrazón del mundo y ridiculez menuda de los hombres.”* (Foucault:1993:28). En este momento se identificaba la locura de los individuos desde un punto de vista negativo y extraterrenal, asociándola a aspectos relacionados tanto con lo diabólico como con la divinidad, por lo que el loco debía ser atendido ya que era considerado un sujeto peligroso. Las diferentes concepciones que se tienen de la locura, así como las incipientes formas en las que se trata a las personas con enfermedad mental se van transformando en conjunto con la sociedad.

---

<sup>1</sup> *“Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. (...) una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social.”* (Jodelet;1986:472-473).

Dejando atrás la Edad Media, y avanzando en siglos, comienzan a aparecer en Europa centros de internamiento.

*“Desde la mitad del siglo XVII, la locura ha estado ligada a la tierra de los internados, y al ademán que indicaba que era aquél su sitio natural. (...) el internamiento de los alienados es la estructura más visible en la experiencia clásica de la locura, y ya que será la piedra de escándalo cuando esta experiencia llegue a desaparecer en la cultura europea.”* (Foucault;1993:80).

La construcción de asilos y manicomios en Europa como lugares de aislamiento y de internamiento estaba enfocada en los desviados, los que según los mandatos sociales de la época no se ajustaban a la norma. En estos establecimientos no existía la discriminación de los sujetos, se agrupaba a personas con enfermedad mental, vagabundos, entre otros; por lo tanto, había un objetivo claro y era el de normalizar a las poblaciones, teniendo en cuenta el proceso de modernización que comenzaban a transitar los países occidentales. Estos procesos de normalización y de tratamiento de la moral necesitaron de Instituciones clave para poder aplicarse, la iglesia, la medicina, la educación y el Derecho. *“La locura, sobre todo cuando va asociada a la indigencia (y cada vez va siendo el caso más frecuente), plantea problemas de orden público cuya represión debe reorganizarse de un modo homogéneo a nivel nacional.”* (Castel;1980:59).

El desarrollo de la medicina en Europa en el siglo XIX tiene una gran relación con el modo de producción capitalista, el cual comenzaba de forma incipiente a desenvolverse en esa región. El capitalismo *“(...) socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo.”* (Foucault;1990:125). En esta cita el autor explica la relación anteriormente mencionada, se debe tener en cuenta que el capitalismo requirió individuos saludables y eficientes para utilizar su fuerza de trabajo y de esta manera comenzar a hacer funcionar las economías. Esto pudo llevarse adelante también por la formación de los Estados los cuales aportaban al conocimiento de una medicina social mediante el uso de sus propias herramientas e instrumentos.

Para que la medicina pudiera comenzar a aplicar sus prácticas, ya para esta época legítimas y monopólicas, tuvo que haberse dado otro proceso también casi en simultáneo, y este fue el desarrollo de los hospitales; se conjugaron el saber médico por un lado y su asentamiento en establecimientos de encierro por el otro; desde allí se comenzó a hablar de una *medicina hospitalaria*, Foucault (1990). Los hospitales

psiquiátricos representan el lugar clave en el cual se emplea el poder médico y en particular el de los psiquiatras.

*“(...) lo esencial de la medicalización de la locura no es la relación médico-enfermo (...) Es la relación medicina-hospitalización, el desarrollo de una tecnología hospitalaria, el despliegue de un nuevo tipo de poder en la institución, la adquisición de un nuevo mandato social a partir de prácticas centradas en principio sobre el bastión manicomial.”* (Castel;1980:64).

Este tipo de establecimientos son denominados como *Instituciones totales* desde la contribución que ha hecho Goffman (1984) al estudio de la temática. El autor sostiene que una institución total puede ser definida *“como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.”* (Goffman;1984:13). A su vez, en la vida social diaria, las actividades tienden a desarrollarse por lo general en lugares separados; en las instituciones totales todas ellas se hacen en el mismo espacio, con los mismos sujetos bajo las mismas normas y con la supervisión de un grupo de funcionarios, Goffman (1984).

Por lo tanto, comer, dormir, trabajar, entre otras, forman parte de la rutina diaria de los hospitales psiquiátricos, una rutina que ya se encuentra programada, controlada y supervisada. Se deja atrás la propia subjetividad y cada individuo que está hospitalizado se convierte en un *Internado* que forma parte de una organización y sistema burocrático, a partir del cual las estrategias que se operan a nivel político son las que van a determinar los recursos que se destinen o no a dichos lugares; fijando así la existencia de actividades, la oferta de empleo.

Continuando en la misma línea del autor, cuando se ingresa a los hospitales psiquiátricos, los individuos comienzan a transitar una situación denominada *mutilación del yo*, Goffman (1984). La primera de estas es la separación total del individuo hospitalizado con el mundo exterior; se pierden los roles que desempeñaba cuando vivía en sociedad y se genera una especie de barrera entre el adentro y el afuera. La segunda mutilación corresponde al despojo de sus posesiones; lo que representaba parte de su identidad es quitado cuando ingresa a la institución total.

La vida de los individuos hospitalizados comienza a adherirse a un mundo interno que implica el sometimiento a una constante vigilancia, control y disciplina. La figura arquitectónica del panóptico de Bentham en Foucault (1988) es la clara

representación de la vigilancia que se ejerce en las instituciones totales. Su principal objetivo es

*“inducir (...) un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder. Hacer que la vigilancia sea permanente en sus efectos, incluso si es discontinua en su acción. Que la perfección del poder tienda a volver inútil la actualidad de su ejercicio (...)”* (Foucault;1988:204).

La locura, tomándola como categoría, es un tema que viene siendo estudiado desde hace muchos años y desde los más diversos paradigmas. A partir de muchos de los teóricos que han investigado sobre este tema se podrían considerar cuatro etapas por las que transitó; *“La primera consideraría la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; la segunda interpretaría la enfermedad como desviación social; la tercera la consideraría como enfermedad física y, finalmente, la concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos.”* (Alvaro apud Amico;2005:19). Es necesario aclarar que estas etapas responden a la coyuntura histórica de cada época, no se desarrollan de manera aislada, por el contrario, van acompañadas de los paradigmas dominantes de cada período.

Tomando otro de los aportes teóricos clave para el trabajo, se presentará mediante Mitjavila (1998) un análisis acerca de la medicalización del espacio social. La autora<sup>2</sup> comienza haciendo referencia al binomio normalidad-anormalidad; planteando que para que algo pueda ser medicalizado debe ser clasificado, evaluado bajo estos términos. Por lo tanto, normalizar implica *“(...) proponer modelos controlados de conducta frente a la enfermedad, pero también respecto a la salud... supone la inducción a practicar y concebir las relaciones sociales con el propio cuerpo a partir de fundamentos médicos.”* (Menéndez apud Mitjavila;1998:5).

Cuando se menciona la colonización del espacio social se hace referencia a las prácticas que desarrolla el saber médico. Para poder esparcir estas prácticas, necesita de la alianza de elementos clave; es decir, la salud no solo forma parte del ámbito médico, también se encuentra en diferentes instituciones, mencionando algunas de ellas; la educación, la familia, el Estado.

De acuerdo a este criterio, se destacan tres tipos de estrategias sanitarias. Las estrategias punitivas *“(...) comprende el conjunto de prácticas técnico-políticas dirigidas a la aplicación de sanciones (...) a determinados sectores de individuos portadores de <<conductas socialmente desviadas>> o que representan algún tipo de*

---

<sup>2</sup> En su texto “El saber médico y la medicalización del espacio social”

*amenaza o riesgo social.*" (Mitjavila;1998:13). Este tipo de estrategia se visibiliza en los manicomios modernos.

En segundo lugar, se encuentran las estrategias de tipo arbitral las cuales refieren

*"(...) al universo de procedimientos cuyo principal propósito es la emisión de juicios o pronunciamientos sobre atributos individuales de naturaleza diversa (...) Se trata de intervenciones que acostumbran tener como resultado la habilitación o la restricción de los sujetos para tener acceso al desempeño de roles y a una amplia variedad de condiciones sociales."* (Mitjavila;1998:13).

Un ejemplo de estrategia arbitral es la expedición de certificados que habilitan, o no, a desempeñarse laboralmente.

En tercer y último lugar, la autora destaca las estrategias socializadoras las cuales las vincula con el concepto de *somatocracia* de Foucault (1976) esta refiere *"(...) al tipo de vigilancia panóptica que practica el Estado, a nivel de los individuos, sobre y desde el propio cuerpo, con la finalidad de regular sus conductas."* (Mitjavila;1998:14). La estrategia de vigilancia que realiza el Estado forma parte del control social que se ejerce en la modernidad, en ella, las libertades individuales son condicionadas de manera sutil, mediante coerciones y normas que se encuentran instituidas e internalizadas por los sujetos.

Los procesos de medicalización y su impacto en las sociedades, la creación de instituciones totales y la vigilancia que se ejerce en ellas son fenómenos sumamente llamativos, ya que, si bien se deben tener en cuenta las peculiaridades de cada contexto y región, han sucedido a escala mundial y le han generado a la medicina poder monopólico y gran autonomía. El conjunto de estos dos elementos son parte de un proceso social construido,

*"Así, en los más variados contextos nacionales, la autonomía del saber y la práctica médicos ha históricamente implicado procesos de persuasión y negociación políticas que han culminado en el convencimiento socialmente generalizado de la necesidad e importancia de que se le conceda a la medicina técnico-científica el privilegio de su autorregulación."* (Freidson apud Mitjavila;1998:19).

Estos procesos señalados por la autora han logrado el ascenso y la legitimación del saber de la medicina; y es desde esa posición estratégica que esta disciplina ha controlado y regulado aspectos que tienen que ver con el comportamiento de los individuos, dejándole a la psiquiatría el rol de actuar sobre los que son considerados desviados.

El proceso de medicalización y la creación de instituciones para contener a personas con enfermedad mental son sumamente relevantes en Uruguay, ya que ambos se encuentran muy conectados, uno fue componente clave para la creación del otro.

## **1.2 Racconto histórico del proceso de medicalización en Uruguay y las instituciones en salud mental.**

Al dar comienzo al presente apartado surgen una serie de interrogantes que inducen a pensar cómo la medicina, y la psiquiatría en particular llegaron a tener el monopolio de la atención en salud mental en nuestro país eliminando otros tipos de saberes populares. La palabra monopolio en el presente documento se toma desde la perspectiva de Freidson apud Mitjavila (1998) la cual se refiere a la medicina con carácter de autoridad experta, a partir de la cual el conocimiento que tiene sobre la enfermedad y su tratamiento es aceptado y definitivo. Este carácter de experticia que adquirió la medicina no ha sido siempre igual, si no que la colonización de los espacios sociales la ha ido constituyendo como resultado de un proceso histórico.

La presentación de algunos hitos históricos de nuestro país son clave para continuar el desarrollo del capítulo. Se refleja un gran giro en la transición del siglo XIX al XX en lo que refiere a la asistencia. A mediados del XIX la atención médica a las personas con enfermedad mental no era para nada favorable, esta situación tiende a modificarse, acompañada del desarrollo de la psiquiatría al finalizar la Guerra Grande (1839 - 1851)<sup>3</sup> debido en gran parte, a la cantidad de médicos que arribaron de los navíos europeos, más específicamente, desde Francia e Inglaterra. El período siguiente, que comienza en 1860 y se extiende hasta 1910; (con el militarismo de por medio, 1875-1886) es menester si hacemos referencia a la formación del Estado uruguayo.

A partir de los aportes de Barrán (1990) el siglo XX comenzó con una sensibilidad civilizada, dejando atrás la barbarie que identificaba a la sociedad con una cultura que no se horrorizaba por el dolor, por el sufrimiento ni por la enfermedad; por

---

<sup>3</sup> “(...) *lucha internacional entre la América española y la Europa industrial; pugna rioplatense, entre tendencias nacionalistas y autoritarias enfrentadas con tendencias extranjerizantes y liberales; entre federales y unitarios en Argentina; blancos y colorados en el Estado Oriental (...).*” (Barrán;1994:5)

el contrario, durante el siglo anterior al que el autor hace referencia, la sociedad asoció el dolor físico a un estado natural de las personas.

La creación y modernización del Estado uruguayo generó la instalación de normas sociales, las cuales repudiaban la exposición y el “ocio”, dándole paso al “pudor”, y al valor de la familia, la cual debía permanecer en privado. *“Las clases dirigentes en lo político-religioso, y las <<conservadoras>> o privilegiadas en lo económico-social, actuaron como los más eficaces agentes del cambio de la sensibilidad.”* (Barrán;1990:19).

Estos procesos fueron acompañados de las ideas predominantes de la modernidad, de la constitución del Estado, de la inmigración interna, lo cual generó un gran crecimiento urbano y una naciente división de clases; identificándose estancieros, comerciantes y la clase popular. Otro factor de gran implicancia en este proceso fue la incipiente inserción de nuestro país en el modo de producción capitalista, lo que implicó sujetos disciplinados y morales para hacer uso de su fuerza de trabajo. *“Las clases sociales privilegiadas buscaron cuidar sus intereses a cualquier precio; fue entonces que por primera vez se ejerció el poder en todo el territorio, promoviendo cambios tanto en la producción como en la organización social, creándose así las condiciones indispensables para sostener el proyecto modernizador.”* (Techera, Apud, Borges; 2009:54).

Es así que se generó el cambio social que la modernización pedía, esto se reflejó en diferentes áreas, por ejemplo, la educación, y la salud que no se quedó atrás; siguiendo a Barrán apud Techera, Apud y Borges (2009), a finales del siglo XIX y principios del XX se desarrolla un período denominado Disciplinamiento, en el cual la medicina y específicamente la psiquiatría toman un valor predominante en nuestro país, comenzando el proceso de medicalización. Es bajo esta coyuntura que comienza a generarse un control hacia los cuerpos, a los cuales se los equiparó con la salud; es decir, no se consideraba protagonista el cuerpo para sí; si no el cuerpo usado desde afuera, al servicio de la actividad productiva.

Vinculado a lo anterior, otro actor que tomo un rol fundamental en la instauración del orden en la sociedad uruguayo del novecientos fue la Iglesia católica, la cual estaba en sintonía con el orden social conservador que se instauraba en Uruguay. (Barrán;1996).

A partir de esto, podemos señalar que el novecientos implicó para nuestro país un gran punto de inflexión a nivel cultural y social. Siguiendo a Barrán, et al. (1993) la sociedad uruguayo y específicamente Montevideo se medicalizaron fuertemente desde

comienzos del siglo XX a la década del 30'. Este proceso constó de tres etapas, en primer lugar, el rol creciente del médico en el tratamiento de la enfermedad, dejando atrás la aceptación social a tratar las enfermedades a través del saber popular. En segundo lugar, la salud se consideró como uno de los valores supremos en esta sociedad que comenzaba a disciplinarse y a horrorizarse de lo que había sido en el siglo anterior. En tercer y último lugar, el saber médico implanto una especie de apropiación de los distintos espacios sociales teniendo como resultado la propagación y aceptación de su saber.<sup>4</sup>

Específicamente en lo que refiere al campo de la salud mental, en el año 1876 se crea la Facultad de Medicina; en 1908 la Cátedra de Psiquiatría y en 1923 la Sociedad de Psiquiatría, (Casarotti:2007).

*“Estas estructuras docentes y científicas (...) fueron el factor primordial en el desarrollo de la psiquiatría nacional. (...) Al tener que responder a las exigencias del tratamiento de la patología mental la asistencia, centrada inicialmente en la hospitalización de los episodios agudos, se ocupó progresivamente de la prevalencia de la patología crónica.”* (Casarotti;2007:154-155).

La progresiva y continua creación de instituciones en el área de la salud mental formó parte de la expansión de un modelo sanitario enfocado en el tratamiento directo a individuos que padecían enfermedad mental; los establecimientos comienzan a discriminar y a contener solamente a los que eran portadores de alguna de ellas. Las intervenciones médico-científicas, acompañadas del reconocimiento y protección estatal se realizan desde una esfera puramente sanitaria; dejando atrás el enfoque religioso y caritativo.

Estos procesos por los que transitó la sociedad uruguaya van de la mano de la realidad política del país, la medicalización y sanitización se implantaron con gran

---

<sup>4</sup> El modelo higienista se instala de tal manera que se creó en 1908 el Hospital Pereira Rossell para la atención de niños y niñas, en 1914 la escuela de Nurses que atendía enfermos, en 1910 las Inspecciones Departamentales de Higiene, en 1917 El Instituto Profiláctico de la Sífilis, en 1922 se creó el Hospital Pasteur, en 1927 el Hospital Pedro Visca, en el año 1928 la Colonia Saint Bois que por su lejanía y aislamiento del centro de la ciudad se enfocó en el tratamiento de la tuberculosis, en 1930 la Casa Maternal y sanatorios antituberculosos, en 1931 el Consejo de Salud Pública y en 1934 el Ministerio de Salud Pública. (Ortega:2008). Es necesario aclarar que los establecimientos mencionados corresponden todos al territorio correspondiente a la capital del país; en el interior también ocurrió un proceso similar, aunque en menor escala.



fuerza. José Batlle y Ordóñez<sup>5</sup>, sostenido por su “Estado Batllista” de corte social y reformista es uno de los promotores de la instalación de mayor cobertura en lo que refiere a salud, educación y seguridad social. Por lo tanto, la medicalización contó con un gran ejecutor y aliado para conquistar el lugar y prestigio social.

*“En el Novecientos, la clase médica, como se autodesginó, (...) salió a la conquista del poder en los espacios que creyó le estaban reservados dada la naturaleza de su saber, produjo una imagen de sí misma que pretendió fuera la única socialmente admitida, y logró un lugar prominente dentro de los sectores dirigentes (...).”* (Barrán, et al.;1993:159).

Enmarcados en la coyuntura de un nuevo siglo con un escenario prometedor de cambio, en el año 1910 se inaugura el Hospital Vilardebó<sup>6</sup>. *“En este contexto, el manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado para dar una respuesta científica, moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura.”* (Amico;2005:26). Las denominadas terapias que se ejercían a las personas que permanecían en el recientemente creado Hospital Vilardebó respondían a un carácter sumamente disciplinar hacia los cuerpos, pero también como sostiene Barrán (1994) hacia el alma.

Es bajo la segunda presidencia de José Batlle y Ordóñez, en 1912, que debido a la sobrepoblación y hacinamiento del Hospital Vilardebó se funda la Colonia Etchepare, ya no en el centro urbano de Montevideo, si no a 79 kilómetros con una gran extensión de hectáreas. Se crea dicho establecimiento asilar con una lógica proveniente de Europa y contraria a la reclusión manicomial; intentando instalar otro modelo para contener a las personas que provenían de los sectores más vulnerables de nuestra sociedad. Este modelo si bien criticaba el manicomio asociado a una prisión no dejaba de aislar, esconder y alejar hacia la periferia a los que no se ajustaban a las nuevas costumbres y normas de la sociedad uruguaya.

La recientemente creada Colonia de Alienados se encontraba bajo la dirección del psiquiatra Santin Carlos Rossi y mantenía sus puertas abiertas para los crónicos y tranquilos; contaba con villas, talleres, jardines, farmacias constituyendo una especie de pueblo separado de otras villas *“(...) que constituirían la verdadera Colonia, donde los asilados tranquilos y crónicos pudieran ser ocupados con trabajos agrícolas,*

---

<sup>5</sup> Político uruguayo perteneciente al Partido Colorado. Presidente en dos oportunidades (1903-1907 y 1911-1915)

<sup>6</sup> Primer Hospital psiquiátrico; creado en el año 1880 en la quinta de Miguel Antonio Vilardebó fue designado en un primer momento como Manicomio Nacional.

*hortícolas, jardinería, cría de aves, lechería, etc.*” (Santin Carlos Rossi apud Barrán;1994:41).

Haciendo referencia a las prácticas que se realizaron hacia a las personas con enfermedad mental (por fuera de la situación en si misma de encierro) en los comienzos del siglo XX, es interesante vincularlas al paradigma dominante de esa época y al proceso de medicalización que atravesaba nuestro país, asociado a un modelo sanitario, con un gran valor por el orden, por la limpieza y por la salud. En primer lugar, al ingresar al Hospital se rapaba a hombres y mujeres, justificándose por razones de higiene, la segunda práctica que se aplicaba era la permanencia de guardar cama por largos períodos, llegando a meses en algunas situaciones. Otro de los actos violentos que se imponía era el uso del chaleco de fuerza y el chaleco químico, *“Ambos <<chalecos>> reprimían el cuerpo del loco. El chaleco de fuerza presionaba el cuerpo hacia adentro, impedía los movimientos más personales, íntimos y secretos, desde rascarse a masturbarse, y no solo la agresión a los demás o a sí mismo.”* (Barrán;1994:37).

El número de individuos en estos espacios crecía a gran escala, y ya a mediados del siglo XX Uruguay contaba con una de las tasas de internación más altas a nivel mundial., Techera, Apud, Borges (2009). La población con la que contaba la Colonia fue hasta el año 1921 solamente masculina, pero muy diversa ya que la misma no solamente contenía a personas con enfermedad mental si no a sujetos que no contaban con recursos económicos ni redes familiares que oficiaran de sostén. Otra característica llamativa es que en sus comienzos en la Colonia hubo con pacientes tanto provenientes de nuestro territorio, así como extranjeros, expulsados por los acontecimientos a nivel mundial; revolución rusa, guerras mundiales, guerra civil española y las propias corrientes migratorias. Fueron de gran influencia para los inmigrantes los cambios culturales, los desarraigos de sus territorios, y las diferencias lingüísticas, entre otros factores. (Arduino;Ginés:2002).

Continuando con el recorrido histórico de las llamadas enfermedades mentales y su modo de atención en nuestro país es que a mediados del siglo XX se marca un punto de inflexión, *“Hasta los años 50 nos encontramos frente a una etapa pre-farmacológica, en la que el negocio se encontraba en la explotación del <<loco>> como mano de obra<sup>7</sup>.”* (De León;2013:19). El cambio de etapa pre-farmacológica a farmacológica a mediados del siglo pasado marca un claro ascenso de la psiquiatría

---

<sup>7</sup> El autor sostiene que muchos de los pacientes eran inmigrantes que no se lograron adaptar a sus nuevas condiciones de vida. Muchos de ellos traían consigo el saber de diferentes oficios y lo plasmaban en su quehacer diario. (De León:2013).

en nuestro país, el triunfo del proceso de medicalización y también de la industria farmacológica. Los tratamientos a las personas con enfermedad mental sufren modificaciones, se comienzan a abandonar ciertas prácticas asociadas al castigo físico para medicar a los cuerpos.

En la segunda mitad del siglo XX, siguiendo a De León (2013), comienza una nueva fase para la psiquiatría en Uruguay. Pierre Chanoit, consultor de la OMS visita la Colonia Etchepare en 1966 y realiza un informe detallado sobre la situación de la capacidad locativa de aquel momento, las formas de tratamiento hacia los sujetos y sobre la Salud Mental en general en Uruguay. Chanoit específicamente agrega,

*“El paciente mental 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 (...) Los lugares que se les asignan bien pronto resultan insuficientes. Los poderes públicos tienen el deber de intervenir ya sea creando nuevos asilos o enfrentándose con el problema. Nos parece que ha llegado la hora de que el Uruguay se decida en ese sentido.”* (Chanoit apud Arduino;Ginés;2002:121).

El informe de Chanoit demostraba la realidad de esos años en lo que refiere a la baja inversión en políticas de Estado hacia el área de la salud mental. A pocos años de su apertura, la Colonia ya se encontraba colmada de pacientes, pabellones con grandes descuidos y poco personal para la cantidad de sujetos hospitalizados. Es bajo este insumo que comienza otra fase en lo que refiere a la atención a las personas con enfermedad mental. Se toma el informe como inspiración para la creación del Plan Nacional de Salud Mental en el año 1972; pero esto se ve frenado por el difícil momento por el que atraviesa nuestro país, la dictadura cívico militar del año 1973 que se extendió hasta 1984, momento en el que se establece la reapertura democrática. Durante estos años el proceso de transformación que se había pensado comenzar a instaurar a partir de las ideas planteadas en el Plan de Salud Mental se vio totalmente frenado. (De León: 2013).

Con la reapertura democrática, se vuelven a retomar las ideas planteadas años atrás y es en 1986 que se crea el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) aprobado por el Ministerio de Salud Pública. *“El nuevo plan tenía como cometidos la Atención Primaria en Salud, la creación de equipos de salud mental en los hospitales generales, la descentralización del servicio hacia todo el interior del país, la creación de centros de rehabilitación.”* (De León;2013:19).

El nuevo Plan representó otro de los momentos importantes en lo que refiere a la salud mental en nuestro país, marcó objetivos sumamente ambiciosos, teniendo en

cuenta que la atención a las personas con enfermedad mental respondía hasta ese momento a un modelo puramente asilar, de control, expulsor y sanitario en el cual el sujeto debía permanecer en los lugares de contención por largos períodos; siendo estos, las Colonias y el Hospital Vilardebó. No se concebía hasta ese momento que las intervenciones en Salud Mental formaran parte de la atención primaria en salud, tampoco que existieran equipos interdisciplinarios en los hospitales generales.

Continuando con el racconto histórico, es en la década de los 90' que se produce otro acontecimiento importante, la Declaración de Caracas<sup>8</sup> marca un giro en lo que refiere a la atención psiquiátrica hacia las personas con enfermedad mental. Se realiza una conferencia en la que participan diferentes representantes de instituciones de la sociedad civil, legisladores, autoridades y profesionales de la salud de diferentes países de la región, presentando en un primer momento la situación y el paradigma predominante de la época, el cual se sustentaba en el modelo de hospital psiquiátrico prácticamente como única forma de asistencia a las personas con enfermedad mental. En la presente conferencia se declara la importancia de una reestructuración en lo que refiere a la asistencia psiquiátrica. La misma se enfocaría en modelos de corte comunitario y de redes locales; para esto, la atención en salud mental debe estar presente a partir del primer nivel de atención. Otro de los ejes que se tomó en la conferencia fue que la asistencia psiquiátrica se realizara en el marco de los Derechos Humanos.

La Declaración de Caracas sirve de complemento en nuestro país a los postulados del Plan Nacional de Salud Mental, ambos son clave para el cambio de paradigma en dicho campo, planteando otros modos de atención a la enfermedad mental. Comienza a gestarse una nueva forma de intervenir, a través de equipos interdisciplinarios, integrando otras profesiones aparte de la psiquiátrica teniendo como objetivo el aporte de cada área específica en los tratamientos; también se apuesta al trabajo en red a nivel familiar, local, así como institucional y el respeto por los Derechos de la persona. La Declaración de Caracas y el Plan toman como protagonista al sujeto vinculado, como parte del tejido social y de la comunidad y no al sujeto aislado, como lo tomaba el paradigma predominante hasta ese momento enfocado en el castigo y encierro negando todo tipo de Derecho.

Ya adentrados en el siglo XXI, nuevamente el sistema de salud en Uruguay presenta modificaciones. Es en el año 2005 que asume por primera vez en nuestro país un proyecto político de izquierda. El Frente Amplio como coalición manifiesta en

---

<sup>8</sup> Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.

uno de sus ejes en la política de gobierno, implementar una reestructura en lo que refiere a la salud en nuestro país para lograr el acceso universal. Se crea en diciembre de 2007 bajo la ley N° 18.211<sup>I</sup> el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) el cual le competará al Ministerio de Salud, pasando éste a ser el organismo rector, elaborando políticas, y normas que darán funcionamiento al SNIS. Es en el mismo año que bajo la ley N° 18.161<sup>II</sup> la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), se conforma como un organismo descentralizado que se relaciona con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud. ASSE se compone de un Directorio de cinco miembros y cuenta también con un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o locales.

La creación del SNIS y la descentralización de ASSE formaron parte de las prioridades del gobierno frenteamplista, apostando a la autonomía de la atención en salud, buscando dejar atrás el modelo de asistencia centrado en unos pocos lugares, universalizando el acceso y promoviendo una red de servicios a lo largo de todo el territorio nacional.

Es necesario destacar que también en el año 2005, dentro de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, pasa a tomar un rol prioritario la Red de Atención del Primer Nivel (RAP)<sup>III</sup>, se trata de una unidad ejecutora la cual organiza y gestiona el primer nivel de atención, a través de cuatro regiones en Montevideo y zona metropolitana.

La presentación de las políticas de salud que rigen actualmente en nuestro país es considerada, para quien escribe, de suma pertinencia ya que para desembarcar en el área específica del presente trabajo se debe realizar un recorrido que vaya de lo universal hacia lo particular, esto permite analizar el tema de manera más rigurosa. A continuación, se hará referencia específicamente a las instituciones que pertenecen al área de salud mental. A través de esta presentación el lector podrá continuar analizando las transformaciones que se vienen realizando.

Actualmente, el Hospital Vilardebó es el único hospital psiquiátrico del país albergando a pacientes agudos, lo que implica que permanecen de manera transitoria y no por largos períodos, priorizándose su rehabilitación fuera del establecimiento. Es importante destacar que esta concepción de la necesidad del pasaje de modelo asilar a uno transitorio está concebida desde fines del siglo XX, "(...) en 1996 el hospital Vilardebó se redefine como <<hospital de agudos>> de referencia nacional, abandonando su rol asilar (...)". (Bentura;Mitjavila;2012:4). Si bien existe en la

actualidad un gran peso y monopolio del modelo médico, Uruguay es pionero en la región en lo que refiere a propuestas desmanicomializantes.

El hospital Vilardebó se divide en 13 salas, tiene un sector masculino y otro femenino, arquitectónicamente estos sectores se encuentran en los extremos del establecimiento y sus puntos de conjunción son el comedor y el patio. En cuanto al sector femenino, el hospital cuenta con 4 salas abiertas y una de seguridad, el masculino cuenta con 6 salas abiertas y 2 de seguridad respectivamente. Las salas de seguridad albergan a pacientes con enfermedad mental y que a su vez hayan cometido algún delito. Son derivados por órdenes judiciales y declarados inimputables; por lo tanto, su tiempo de hospitalización está determinado por el médico y por el juez.

A partir de lo anterior se podría pensar que el Vilardebó es en un mismo establecimiento dos hospitales; por un lado, los pacientes agudos y por otro los judiciales, quienes se encuentran en el subsuelo del mismo. Ambos representan grandes diferencias; son distintos los tiempos que permanecen allí los unos y los otros, son diferentes los abordajes terapéuticos. (Aquines; García; Porteiro;2011). Unos están hospitalizados, los otros están hospitalizados y presos.

En lo que refiere a las Colonias Etchepare y Santin Carlos Rossi, las mismas albergan a pacientes crónicos, los cuales aún siguen permaneciendo durante largos períodos. También, las Colonias contienen a los denominados “pacientes sociales”<sup>9</sup> quienes padecen una enfermedad mental y a eso se suma la condición de pobreza.

A partir de las redefiniciones en el área de la salud mental en Uruguay es que comienza a hablarse de rehabilitación, dejando a un lado en cierta forma, el concepto de internación.

*“(...) la rehabilitación debería apuntar a sostener importantes vértices que se ven afectados en una persona con enfermedad mental y que constituyen derechos universales. (...) Es fundamental que los equipos de salud aborden cada situación en forma integral, cuidando los diferentes aspectos que constituyen la vida cotidiana (...)”* (Techera; Apud; Borges;2009:43-44).

---

<sup>9</sup> Individuos que no cuentan con ningún tipo de recurso económico, redes vinculares primarias ni secundarias próximas, lo que dificulta su posible egreso, esto se suma al hecho de estar institucionalizados desde hace largos períodos. El resultado de todos estos factores es que los “pacientes sociales” se encuentren en una especie de desprendimiento del tejido social. Sus lugares de referencia son el Hospital o la Colonia.

El cambio de paradigma en el modo de atención a las personas con enfermedad mental se refleja levemente en la creación de centros que apuestan a la rehabilitación de los usuarios desde un enfoque comunitario. En primer lugar; el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP) funciona desde el año 1972 y fue creado por decreto del Poder Ejecutivo como dependencia de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata mediante la ley N° 11.139<sup>IV</sup>. Actualmente lleva el nombre del Dr. Martínez Visca y trabaja en la rehabilitación psicosocial de usuarios con enfermedades mentales severas, persistentes y crónicas. Trabaja allí un equipo interdisciplinario conformado por psicólogos, asistentes sociales, técnicas en expresión corporal, técnicos enfocados en terapia ocupacional, un tallerista de música y un psiquiatra. El CNRP cuenta también con un Taller Protegido llamado “El Ceibo” acompañado por una psicóloga y profesores del CODICEN. El Ceibo realiza pequeños trabajos y actividades laborales para la institución, así como para empresas con las que mantienen contacto. (Techera; Apud; Borges:2009).

En segundo lugar, el Centro Sayago, creado en el año 2000 es otro de los dispositivos no asilares que se despliega para la rehabilitación de los usuarios con enfermedad mental. Este centro también cuenta con un equipo interdisciplinario y trabaja

*“(...) sobre el funcionamiento social, la autonomía, la comunicación, la expresión y la motivación. Dispone de talleres de música, de plástica, de literatura, de pintura y de jardinería. También existen otros talleres en los que se trabaja sobre cuestiones más prácticas, relativas al autocuidado, a la higiene, al manejo en la calle y a la organización para realizar actividades.”* (Techera;Apud;Borges;2009:97).

En tercer lugar, el Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social (CIPRES) existe desde 1988 y ha tenido diferentes estrategias en sus abordajes, las cuales iban acompañando los cambios que se iban generando en el área de la salud mental en cada coyuntura. Actualmente,

*“(...) los pacientes llegan al CIPRES mediante las salas de salud mental del Hospital Maciel, donde ya se comienza a trabajar con psicoanálisis multifamiliar y algunas técnicas de expresión. (...) La mayoría de las personas derivadas al CIPRES están diagnosticadas como esquizofrénicas o trastornos graves de la personalidad sin muchos índices de actuación.”* (Techera;Apud;Borges;2009:100).

En cuarto y último lugar, también se señalarán otros establecimientos que se enfocan en la rehabilitación de los usuarios ofreciendo diversos talleres como lo son, el

Centro Psicosocial Sur Palermo, Centro Montevideo, Centro Hospitalario San Benito Menni, y el Centro Diurno del Hospital Vilardebó.

Resulta pertinente analizar y cuestionarse si las propuestas que ofrecen los Centros Diurnos terminan siendo, como sostienen en sus objetivos, procesos en los cuales se reflejen las capacidades para desempeñarse en la vida social de los usuarios o simplemente son lugares que contienen a las personas fuera del Hospital, determinando así que sus círculos de socialización sigan siendo con otros usuarios con enfermedad mental y no efectivamente el mundo de los “normales”.

Otros de los dispositivos no asilares que se deben destacar son las pensiones sociales y los Hogares Asistidos (convenio entre ASSE y MIDES) estos se enfocan en brindar un apoyo residencial a usuarios que egresan del hospital, así como herramientas para lograr autonomía en aspectos que son parte de la vida social de los individuos.

Ya en el actual siglo, y retornando a la atención hacia las personas con enfermedad mental, se destaca que *“La extensión de la psiquiatría a todo el país, el mayor pragmatismo de la atención con apertura a la comunidad, el desplazamiento académico hacia instituciones no públicas y la multiplicación de asociaciones de psiquiatras han tenido lugar en el contexto de cambios económicos y sociales.”* (Casarotti;2007:156-157).

La apertura de la psiquiatría a la comunidad que señala el autor, la prioridad a las intervenciones con las instituciones del afuera, la creación de centros diurnos y hogares asistidos y el trabajo con las familias de los usuarios son un acumulado que dan cuenta de los cambios que se están generando en el modelo de atención a la enfermedad mental. Es en este entramado que el trabajo social comienza a tomar un rol protagónico y a la vez complementario del médico, tornándose en un componente clave para los procesos de rehabilitación de los usuarios.



## Capítulo 2. Trabajo social y salud mental.

### 2.1- Periodización histórica del Trabajo Social en Uruguay y demandas actuales en el campo de la salud mental.

Para presentar las nuevas demandas al trabajo social en el área de la salud mental en nuestro país, se comenzará partiendo desde los inicios de la disciplina, las coyunturas por las que transitó, para de esta manera, poder culminar en la especificidad del trabajo que se ejerce en el área.

Los inicios de la formación de trabajadores sociales en Uruguay se encuentran ligados al campo de la medicina; situándonos en el siglo anterior,

*“(...) existía un cierto ambiente favorable a la acción preventiva sobre los problemas sociales y que se insertaba en esa acción preventiva una nueva profesión destinada a atender esos problemas. Más allá de que el énfasis estuviese puesto en los temas de salud, el trasfondo social de la problemática (malas condiciones de trabajo, desocupación, promiscuidad, etc.) obligaría necesariamente a la Visitadora Social a salir del campo de lo estrictamente médico.” (Bralich;1993:13).*

En el año 1934 se crea la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social bajo la órbita del reciente Ministerio de Salud Pública, pero es recién en 1939 que se organiza la duración de los cursos y las condiciones de ingreso. Entre ellas se reglamentó para el ingreso la edad mínima de 19 años y máxima de 30 con cuatro años mínimo aprobados en enseñanza secundaria. En cuanto al curso el mismo tendría una duración de dos años con asignaturas asociadas al campo de la salud. Bralich (1993). Ya a mediados de siglo, acompañado del modelo neobatllista (1947-1958) centrado en un proyecto reformista, con intervención permanente del Estado, desarrollo de la industria local y una coyuntura económicamente beneficiosa para nuestro país, se logra también una serie de legislaciones sociales las cuales tienden a proteger a la familia obrera. Es bajo este escenario que comienza el Servicio Social a penetrar en otras esferas que sobrepasan las puramente asociadas al campo de la salud.

En 1957 se inaugura la Escuela Universitaria de Servicio Social de la Universidad de la República *“La orientación bajo la cual se desarrollaron los cursos de esta escuela en sus primeros años, en parte surgen del plan de estudios entonces vigente, que dejó de lado los enfoques volcados fundamentalmente a lo médico-asistencial (...) y se inclinó a un encare más cercano a lo social y a lo psicológico.”* (Bralich;1993:26). Ya en estos años se comienza a visualizar una heterogeneidad en

las diferentes áreas de intervención, así como en los destinatarios de las mismas. Se identifica al Servicio Social como una actividad profesional que utiliza instrumentos para ser el nexo entre los individuos y sus derechos, entre los individuos y el Estado; plantea un abordaje de acuerdo a tres métodos, familias e individuos, grupo y comunidad. El separarse del área de la salud únicamente, permite desplegar un trabajo con herramientas específicas propias del Servicio Social y a la vez más amplio, al intervenir con diversos grupos.

Los años 60 se instalan en Uruguay y en la región conmocionados por fenómenos a escala mundial que impactaron fuertemente en las ciencias sociales. Comienzan a aparecer una serie de cuestionamientos a las prácticas que ejerce el trabajo social y se vislumbra en Latinoamérica un movimiento, denominado Reconceptualización, el cual cuestionaba al servicio social “tradicional” y proponía dar un vuelco en el ejercicio de la profesión. *“As condições históricas que propiciaram (mais: que induziram a) essa crítica, que constituiu um fenómeno internacional, foram, também elas, de magnitude mundial. (...) o que saltava à luz do dia era uma crise de fundo da orden capitalista.”* (Netto;2005:7). Como expresa el autor, lo que acontecía en ese momento era una crisis del sistema capitalista; las revueltas de París de 1968, los movimientos sociales latinoamericanos que proclamaban sus derechos, el impacto de la revolución cubana, entre otros, no eran más (ni menos) que el reflejo del gran desconformismo a escala mundial con el sistema capitalista el cual incipientemente se desplazaba de un modo de producción fordista a uno flexible.<sup>10</sup>

*“O tensionamiento das estruturas sociais do mundo capitalista, tanto nas suas áreas centrais quanto periféricas, ganhou uma nova dinâmica e gestou-se um quadro favorável para a mobilização das classes subalternas em defesa de seus interesses imediatos.”* (Netto;2005:7). Acompañado de esta coyuntura, el movimiento de reconceptualización constituyó en Latinoamérica una masa crítica de suma importancia para el desarrollo y renovación de la profesión; la cuestión estaba en ¿cuál era el aporte del trabajo social para la superación del subdesarrollo? En este marco, asistentes sociales dispuestos a una renovación

*“(...) indagaram-se sobre o papel da profissão em face de expressões concretamente situadas da <<questão social>>, sobre a adequação dos procedimentos profissionais tradicionais em face das nossas realidades regionais e nacionais, sobre a eficácia das ações profissionais, sobre a pertinência de seus fundamentos pretensamente teóricos*

---

<sup>10</sup> “La acumulación flexible, (...) se señala por una confrontación directa con las rigideces del fordismo. Apela a la flexibilidad con relación a los procesos laborales, los mercados de mano de obra, los productos y las pautas del consumo. (...) Ha traído cambios acelerados en la estructuración del desarrollo desigual, tanto entre sectores como entre regiones geográficas (...)”. (Harvey;1998:170-171).

*e sobre o relacionamento da profissão com os novos protagonistas que surgiam na cena político-social.” (Netto;2005:9).*

El plan prometedor de cambio en el trabajo social se vio frenado en los 70 por las dictaduras cívico militares por las que transitó el cono sur. La Universidad representaba un actor contestatario frente a la represión que comienzan a ejercer los gobiernos, también muchos de los pertenecientes al movimiento de reconceptualización fueron exiliados, proscriptos, entre otras cosas. Para mediados de la década del 80 con la democracia recientemente devuelta, la Universidad, y en particular la Escuela Universitaria de Servicio Social comienzan a funcionar nuevamente.

Presentados de manera breve los procesos por los cuales transitó el trabajo social en nuestro país, a continuación, se analizará el momento en el que se encuentra la profesión y como se inserta en el área específica de la salud mental. Actualmente, *“(…) lo que constituye la especificidad del trabajo social es no brindar servicios –cosa que muchos pueden hacer-, sino brindar esos servicios dentro del marco de una relación que apunte a transformar y liberar a la persona.”* (Dubet; 2006: 277). El trabajo social ha ido transformado su praxis en el campo de la salud mental de acuerdo al paradigma dominante de cada época. Ya no se tiene como único objetivo *“(…) mejorar la situación de los pacientes dentro de la institución.”* (Ramírez de Mingo;1992:24) tomándolos como casos particulares, aislados. Actualmente nos encontramos enmarcados en una coyuntura en la que emergen cada vez más movimientos sociales en contra de hospitales psiquiátricos y de las prácticas que se llevan adelante en los mismos.

El trabajador social si bien continúa interviniendo desde un primer momento con el sujeto que se encuentra hospitalizado, también lo hace con el afuera; tanto con sus redes primarias, como con sus redes secundarias y con la comunidad,

*“O contato privilegiado com a família e a realidade social do usuário passaram a expressar um novo potencial de trabalho a ser realizado, em que o assistente social poderia mostrar para os outros profissionais e para a instituição dimensões da vida do usuário que antes não eram privilegiadas pela psiquiatria tradicional.”* (Garcia;2000:252).

Desde la disciplina se identifica a los individuos como portadores plenos de derechos y cada vez más se realizan intervenciones a través de la multidisciplinariedad. Sumado a estas ideas, se agrega que,

*“(...) o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área, buscando uma nova recomposição de conhecimentos sustentados sobre um conjunto de rupturas e novas premissas, e que, portanto, não seja apenas um novo somatório ou rearranjo simples dos antigos saberes parcializados.” (Vasconcelos;2000:43).*

Actualmente, el trabajador social se encuentra inserto en el campo de la salud mental y se ha ido transformando en componente clave en el abordaje de situaciones que requieren acompañamiento hacia usuarios que se encuentran hospitalizados así como quienes han egresado de algún establecimiento psiquiátrico. *“Outro aspecto importante da atividade do Serviço Social é sua disponibilidade para escuta de demandas imediatas, no dia-a-dia, dos usuários e familiares.” (Garcia;2000:252).* A pesar de lo mencionado, aún se conservan prácticas asociadas a paradigmas anteriores demarcando que existe el monopolio médico en este campo, y aunque el trabajador social tenga el componente de un gran acercamiento a los individuos así como a sus núcleos, y lo que deriva de ello; capacidad de escucha y acompañamiento, eso no es valorado en muchas ocasiones por la institución así como por otros profesionales del área, decantando en la continua subordinación a la medicina. (Garcia:2000).

De todos modos, se considera en el presente documento que es fundamental en el campo de la salud mental (así como en todos en los que se despliega) el aporte del trabajo social en términos de ampliación de la ciudadanía<sup>11</sup> e intervenciones en clave de cumplimiento de derechos; con lo que ello implica, teniendo en cuenta las imágenes que todavía permanecen vigentes y se asocian (más allá de los paradigmas preponderantes) a las personas con enfermedad mental, desde la atribución de peligrosas, a la infantilización. En compartimento con la perspectiva de autores de la región, se destaca que *“(...) a cidadania para o doente mental é um processo mais obstaculizado do que a cidadania do conjunto da população (...) estão numa situação específica na sociedade, o que demandará uma luta específica para que seus direitos venham a ser admitidos e respeitados.” (Giffoni;1987:13-14).*

---

<sup>11</sup> *“cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado (...) A cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente (...)” (Coutinho;1997:2).*

Actualmente aún permanecen en el imaginario social<sup>12</sup> concepciones muy estigmatizadoras hacia las personas que transitan por algún tipo de padecimiento psíquico. Ellas comienzan a ser vistas de manera diferenciada de las demás, su identidad se torna difusa; se las encasilla dentro de una categoría, la de “enferma mental”. A esto se suma que, a estas enfermedades, desde hace ya unos años se las clasifica según manuales internacionales (DSM IV, CIE 10, entre otros) en los cuales, a partir de un listado fijo de síntomas se codifica la información de cada sujeto y pasa a ser una letra acompañado de un número, formando parte de una nueva categoría. (Bentura:2012). La clasificación de los sujetos si bien se hacen mediante manuales universales no forman parte de otra cosa que del aumento de los procesos de individualización del cual los estados modernos son parte,

*“El gran triunfo del neoliberalismo (...) consiste en la imposición pasiva de una visión del mundo, de un sentido común, que explica los problemas sociales y económicos a partir de factores individuales. El ajuste estructural (...) consistió en un proceso de transformación socio-cultural orientado por un nuevo universo de sentido para explicar el campo problemático, su génesis y las herramientas apropiadas a su enfrentamiento.”* (Grassi apud Ortega y Vecinday;2010:s/p).

En nuestro país en los últimos años la sociedad civil ha tomado un rol fundamental en lo que refiere al reclamo de las inequidades en las políticas sociales y los bajos recursos que se destinan a la salud mental, esto se acompañó de la necesidad de una nueva ley, teniendo en cuenta que la actual data del siglo pasado. El proyecto de ley establecería como prioridad la interdisciplinariedad y apostaría a un trabajo social con la comunidad, con las familias de los usuarios, con las instituciones. Se establecerían nuevos marcos de referencia para el trabajo social, intervenciones que integren a los sujetos, a las familias y a la comunidad.

## **2.2 Discusión sobre Ley de Salud Mental en Uruguay.**

Si hacemos referencia a lo que representa una propuesta de cambio en el modelo de atención en Uruguay debemos hacer mención y abrir un debate sobre el Proyecto de ley de Salud Mental<sup>v</sup> presentado a fines del año 2015 y que actualmente cuenta con media sanción en el Senado. El haber llegar a los órganos mayores de

---

<sup>12</sup>“(…) Las significaciones imaginarias sociales están en y por las <<cosas>> -objetos e individuos- que los presentifiquen y los figuren, directa o indirectamente, inmediata o mediatamente. Sólo pueden tener existencia mediante su <<encarnación>>, su <<inscripción>>, su presentación y figuración en y por una red de individuos y objetos que ellas <<informan>> (...) en general sólo son y sólo son lo que son a través de estas significaciones.” (Castoriadis;1989:307).

nuestro país el reclamo y la necesidad de una nueva ley en salud mental promovida a partir de diferentes colectivos de trabajadores del área, conjuntamente con el apoyo de movimientos sociales y asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental que buscan dejar atrás la actual Ley N° 9.581<sup>VI</sup> que determina “la asistencia a psicópatas,” es de suma relevancia en nuestro país.

Se trata de un proyecto que tiene como objetivo modificar ciertas prácticas en el modelo de atención a las personas que tienen algún tipo de enfermedad mental, así como el desmantelamiento futuro de instituciones psiquiátricas y monovalentes<sup>13</sup>, apostando a un enfoque de corte comunitario.

En la presente monografía no se pretende realizar afirmaciones ni hacer conclusiones primarias, si, abrir la discusión a través de algunas preguntas que ayudarán a clarificar el asunto: ¿El proyecto de ley presentado realmente representa un cambio en el modelo de atención en salud mental o no es más que la ley vigente con algunas modificaciones? ¿El trabajo social se va a enfrentar a nuevas demandas con este proyecto de ley? Teniendo en cuenta la coyuntura actual<sup>14</sup> y los bajos recursos que se destinaron históricamente al área ¿el trabajo social se enfrenta a nuevos desafíos?

Actualmente la ley vigente en salud mental es de la primera mitad del siglo XX, del año 1936. El nombre de la misma da cuenta del paradigma preponderante de ese momento y de lo que representa en sí mismo, formas de pensar, de intervenir y modelos de atención determinados. La palabra “psicópata” se asocia a una imagen negativa de la persona que es denominada de esa manera, es un término sumamente estigmatizador que induce a pensar que la situación en la que debe estar es la de encierro ya que representa un peligro para la sociedad, *"El término <<psicópata>>, que designa las personas con padecimiento mental, da cuenta de una concepción de la cual deviene un estigma marcado por la peligrosidad y la necesidad de encierro."* (Baroni et al; 2013:181)

En sus diferentes artículos, la ley actual plantea que cada intervención realizada hacia los sujetos sea notificada a la Inspección General de Psicópatas. En su

---

<sup>13</sup> Las estructuras monovalentes son las que prestan su servicio de salud pero en una sola especialidad.

<sup>14</sup> Desde los años 80, pero especialmente en la década de los 90 las políticas que se comenzaron a implementar demostraban una orientación neoliberal; esto implicó liberalización de la economía, privatización de servicios, desregulación del mercado laboral y un marcado retiro del Estado en lo que refiere a políticas sociales. (Bentancor:2015).

artículo N°38 expresa, *“La inspección general y vigilancia de la asistencia particular y oficial de enfermos psíquicos de todo el país dependerá del Ministerio de Salud Pública y estará a cargo de un Inspector General de Psicópatas.”* Los 48 artículos que la componen refieren en su mayoría a las diversas maneras en que pueden ingresar los sujetos a los establecimientos psiquiátricos<sup>15</sup>, el registro que se hará de ello, así como la legitimidad del médico psiquiatra para la toma de decisiones en cuanto a los tratamientos. Solamente 9 artículos se centran en los tratamientos psiquiátricos; Casarotti y Pereira (2000) sostienen que para esos años era de primer orden legislar esta ley para abordar este tipo de tratamientos de la manera más precoz posible.

Al pasar de los años se han manifestado diversos actores en contra de lo que expresa la ley, proponiendo derogarla, argumentando que responde a una coyuntura muy distinta a la actual. Ha pasado más de medio siglo desde su aprobación y el área de la salud mental ha sufrido modificaciones, desde hace ya un tiempo atrás,

*“La patología mental, especialmente en sus formas centrales (psicosis agudas y crónicas), fue siendo opacada por el número creciente de los otros motivos de consulta. Es decir, que los integrantes del área de la salud mental (que fueron siendo progresivamente técnicos psi frente al número de psiquiatras) y las cuestiones que allí eran consideradas se fueron apartando de la psiquiatría (medicina) e ingresando en el campo psicosocial”.* (Casarotti;2015:141).

El ingreso de la psicología es uno de los claros ejemplos de una gran modificación en el campo de la salud mental, como expresa el autor, se abre un espectro que forma parte de una ampliación del área, se conforma el campo psicosocial y con ello aparecen otras disciplinas, aportando desde sus especificidades otras formas de intervenir.

Retomando lo que refiere a la ley N° 9.581 específicamente, existen diferentes argumentos que sostienen la necesidad de modificarla,

*“(...) carece de programas de prevención médica propiamente dicha (en los diferentes niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria) a los que hoy la psiquiatría puede y debe atender, y (...) que es necesario establecer programas de promoción de salud mental <<positiva>> cuyo carácter sociopolítico y económico requiere el apoyo de la comunidad.”* (Casarotti;2015:148).

---

<sup>15</sup> *“Artículo 13.- Todo enfermo psíquico podrá ingresar en un establecimiento psiquiátrico oficial o privado, en las siguientes condiciones:*

- A) *Por propia voluntad.*
- B) *Por indicación médica.*
- C) *Por disposición judicial o policial.”* (Ley N°9.581).

El proyecto de ley con fecha de 14 de diciembre de 2015 tiene por objetivo “(...) *garantizar, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país.*”. Al recorrerlo se va haciendo referencia a que se intervenga desde el primer nivel de atención, en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades mentales, a través de la multidisciplinariedad. El capítulo dos, a través del artículo 6 despliega una extensa lista de Derechos que deben cumplirse hacia las personas con enfermedad mental, entre ellos, el acceso a un empleo de calidad; esto se suma al artículo 12 que hace referencia a la capacitación e inserción laboral.

Tomando como eje orientador la tercera pregunta planteada a inicios del apartado de si es posible una ampliación en las políticas sociales orientadas a las personas con enfermedad mental, se agrega también a la discusión si lo dicho anteriormente conllevaría a una real inclusión o de lo contrario, sería parte de las estrategias de la política actual la cual se basa en programas y dispositivos de extrema focalización destinada a la población más vulnerable de nuestro país.

En términos de protección social<sup>16</sup>, desde fines del siglo anterior se produjeron cambios en la política pública (Bentancor:2015), se pasó “*de una dimensión redistributiva, apoyada en el principio de justicia social, a una acción compensatoria*” (Brito Leal Ivo apud Bentancor;2015:50), esto significó en el área de las políticas sociales la emergencia de un nuevo paradigma, denominado “*residual deslocalizado*”. En primer lugar, la protección social pasa a orientarse fundamentalmente a las poblaciones que se encuentran en situación de extrema pobreza y vulnerabilidad social; y, en segundo lugar, las políticas se encuentran orientadas e impulsadas desde organismos internacionales (en muchas situaciones son quienes las financian) lo cual implica un claro retraining de los Estados nacionales. (Bentancor:2015)

“*Este paradigma acompaña las orientaciones generales de corte neoliberal del Consenso de Washington (...)* Las acciones estatales dirigidas a <<lo social>> deben enfocarse exclusivamente en aquellas personas que fracasan en su inserción y competencia en el mercado.” (Bentancor;2015:51). Otro de los grandes cambios que ha repercutido enormemente en las sociedades son los que sufrió el mundo del

---

<sup>16</sup> “*Se ha denominado típicamente sistema de protección social a una estructura de protección social que regula la inclusión/exclusión social, se institucionaliza de forma relativamente duradera en una sociedad, conforma un ámbito funcional distinguible, establece un espacio de coordinación que involucra sistemas, estructuras e instituciones proveedoras típicas y roles determinados para cada una de ellas, y actúa sobre determinados agentes definidos como beneficiarios de dichas prestaciones*” (Num; Madariaga apud Repetto; 2010 :8)



trabajo; el modelo de acumulación flexible, acompañado del proceso de globalización y la incorporación de sistemas informáticos requieren de una menor cantidad de fuerza de trabajo, se basan en un modelo sumamente competitivo, siendo el mercado el gran regulador de ello. *“Los sistemas de protección, vale decir, también se han ido modificando en un sentido regresivo. Muchos ciudadanos ya no se encuentran ligados a sistemas universalistas sino a formas compensatorias, residuales e inferiores de protección social.”* (Bentancor;2015:49). Esta modificación conlleva a la generación de procesos de descolectivización o reindividualización como sostiene Castel (2010), a partir de lo cual se pierden los espacios colectivos de referencia, primando la lógica individual.

En esta coyuntura histórica es que se enmarca el proyecto de ley. Las políticas sociales que se definen y los recursos económicos que se destinan a la salud mental se transversalizan con los cambios sociales como los que ha sufrido el mundo del trabajo, los crecientes procesos de individualización, la ola de políticas de extrema focalización y la pérdida de marcos universales. En compartimento con Montalbán (2013), cuando se habla de equidad y accesibilidad la realidad es que se está muy lejos de ello, si bien se trabaja en este sentido y se han generado grandes cambios, las barreras en cuanto a la accesibilidad siguen existiendo.

El trabajo social inmerso en este campo debe trabajar en la promoción de derechos para las personas con enfermedad mental; desde acciones muy puntuales que en muchos casos refieren a la materialidad hasta la participación en ámbitos más de corte institucionales; teniendo en cuenta que es allí en donde muchas veces se establecen las directrices en las intervenciones. Todas estas acciones determinarán que las barreras en cuanto a la accesibilidad cada vez sean menos.

## Reflexiones finales:

El objetivo de la presente monografía final de grado fue el de presentar los cambios en los modelos de atención en salud mental en Uruguay y como el trabajo social acompañó cada uno de ellos; para ello se realizaron los recorridos históricos pertinentes de las principales categorías sociales abordadas. También se dio inicio a una discusión sobre el proyecto de ley en salud mental, en primer lugar, a grandes rasgos se compararon los principales puntos con la ley vigente de 1936 y en segundo lugar, se intentó analizar la viabilidad, o no, de los objetivos que propone el proyecto de ley tomando como eje de referencia el estado actual en el que se encuentran las políticas sociales en nuestro país.

El campo de la salud mental históricamente se ha encontrado bajo la hegemonía del modelo médico gobernando allí estructuras del área de la psiquiatría con modelos de atención a la enfermedad mental basados en un paradigma que lejos está de considerar a los sujetos en perspectiva de derechos humanos.

El desarrollo del sistema capitalista y el advenimiento de la modernidad no son ajenos a los modelos de atención en salud mental, el aislamiento y encierro, así como la imagen que la sociedad tiene de las personas con enfermedad mental ha formado parte de la configuración de las relaciones sociales. Actualmente vivimos bajo un modelo que apuesta a la individualización de los problemas sociales, a la focalización de la atención social a través de migajas que brinda el Estado. Los años de bienestar han quedado atrás, dándole paso al modelo Neoliberal,

*"Esto suponía el comienzo del fin de un modelo de integración social que establecía, convincentemente, la posibilidad de proponer un tripode como pauta ideal de integración: política, civil y social. (...) La cancelación de esta pauta de integración (...) es consecuencia del recurso del neoliberalismo como forma de superar la caída de la tasa de lucros." (Bentura; Vecinday; 2009: 135).*

En nuestro país se promueven políticas institucionales que apuntan a la circulación de los usuarios, uno de los ejemplos es que luego de la persona egresar del establecimiento tiene la opción de participar en centros diurnos los cuales forman parte del proceso de rehabilitación; de todos modos, falta mucha descentralización y autonomía en estos espacios que actualmente son nexos del Hospital Vilardebó pero en el afuera, en palabras de Castel, *"(...) un deficiente será enviado a un taller protegido o a un centro de ayuda para el trabajo (...) el deficiente no es «curado», sino invitado a trabajar de un modo menos competitivo que el que reina en las empresas ordinarias de producción." (Castel;1986:235).* Existe un muy pobre acceso al mercado

de trabajo, y en las situaciones que se efectiviza, mayormente es mediante programas para personas con enfermedad mental, los denominados empleos protegidos son la precariedad del mercado laboral en su máxima expresión; corta duración, salario sumergidos y no forman parte del paso previo para una real inclusión al mundo del trabajo. *“El neoliberalismo se consolidó como una ideología capaz de explicar la pobreza en sí misma, alejándose del enfoque que reivindica la igualdad. Su preocupación estará centrada en la equidad de oportunidades, pero, para desiguales competidores.”* (Danani apud Mariatti;2015:60). A partir de lo anterior es que se torna sumamente necesario (y a la vez es complejo) superar la brecha existente entre el empleo protegido y el empleo real bajo las condiciones de competitividad.

De todas formas, hace falta que desde el Estado se los reconozca como sujetos plenos portadores de derechos y capacidades para desenvolverse en la sociedad. Se hace necesario que se siga avanzando en políticas que realmente apuesten a la inclusión y al cumplimiento de derechos sociales, los cuales en muchas situaciones son vulnerados por el hecho de padecer una enfermedad mental.

Luego de egresados del Hospital los sujetos pasan a movilizarse bajo la órbita de las alternativas que este despliega por lo tanto, vuelven a compartir los mismos espacios, *“(…) se destaca el hecho de que estos nuevos dispositivos también funcionan como circuitos exclusivamente destinados a este <<tipo de personas>>, bien como la característica de continuar fuertemente aislados del funcionamiento de la vida social en general.”* (Bentura; Mitjavila;2012:2). A partir de lo anterior también cabe cuestionarse y problematizar el rol del trabajador social en el área de la salud mental, teniendo en cuenta que forma parte del universo de instituciones que tienen lógicas de encierro; y desde allí dentro es que debe desarrollar su intervención. De acuerdo a Bentura (2006) el trabajo social debe reclamar los recursos que necesita para poder resolver los problemas a los cuales es llamado, y si esto no se realiza no será posible una buena intervención con los sujetos. *“Claro que esto es ir contra la corriente; hoy las políticas sociales reducen al mínimo los recursos materiales y cuando digo mínimo me refiero a recursos vergonzosos cuando no a la ausencia total y absoluta de recursos.”* (Bentura;2006:318).

El trabajo social en salud mental actualmente se enfrenta a nuevas demandas las cuales implican un rol más protagónico en el área. La apuesta a un trabajo con la comunidad y la importancia de las familias en los procesos de rehabilitación son dos componentes que se vienen llevando adelante desde hace ya unos años y es clave, allí, la figura del trabajo social como nexo entre estas dimensiones.

Las diferentes propuestas en las intervenciones que intentan romper con las tradicionales; la emergencia de nuevos actores y los movimientos sociales también forman parte de este entramado,

*“Entonces, la renovación de la profesión supone cortar con su estructura original, tradicional, conservadora y de control social (...) La intervención debe justificarse desde un marco teórico referencial y sostenerse en una perspectiva teórico-metodológica crítica, basada en la investigación, el análisis, en leer lo social como una construcción subjetiva, histórica, cultural, desde la identidad (...)”* (Amico;2005:73-74).

En este sentido, la intervención que se realiza desde el trabajo social debe enmarcarse siempre en el devenir histórico de los procesos sociales, desde miradas que se logren despegar de la realidad particular e individual y analicen contextos macrosociales así como coyunturas políticas regionales. El análisis que vaya desde lo general y atraviese lo particular, permitirá dilucidar los entramados en las intervenciones, teniendo en cuenta que *“Trabajo social y salud mental se relacionan con la vida cotidiana de las personas, con las manifestaciones de la actual cuestión social.”* (Amico;2005:74).

Los cambios acaecidos en cuanto al retiro de los Estados benefactores los cuales eran protectores de los diferentes riesgos; el avance de la privatización, el ascenso del mercado y la búsqueda personal en la resolución de los riesgos generó que las políticas en salud mental en el contexto actual *“son determinadas por estas circunstancias, con el agravante de que su asignación de recursos fue tradicionalmente escasa y se la tiende a considerar un <<lujo>> descartable frente a necesidades extremas, concepción que las coloca en primer lugar cuando se trata de recortes presupuestarios.”* (Amico;2005:76). En concordancia con este pensamiento y luego del análisis de coyuntura actual expresado en el segundo apartado del capítulo dos, quien escribe considera pertinente volver a preguntarse si el proyecto de ley en salud mental representa una conquista de derechos sociales, civiles y políticos para las personas con enfermedad mental, o, si históricamente serán los relegados que la misma sociedad produjo segregándolos, intentando no abrir los ojos frente a una realidad que nos atraviesa a todos como sociedad. Con esto lejos se está de plantear en el presente trabajo una postura manicomializante si no que como sostiene Amico (2005) por lo que hay que luchar es para garantizar mecanismos sociales, jurídicos y políticos que se hagan cargo de la locura.

## BIBLIOGRAFÍA.

Amico, Lucia del Carmen (2005). *“La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo social en alternativas de atención.”* Espacio. Buenos Aires.

Aquines, Carina; García, Soledad; Porteiro, Fernanda. (2011). *“Pacientes judiciales en el Hospital Vilardebó en el año 2010.”* Revista de Psiquiatría del Uruguay Volumen 75 N° 2.

Arduino, Margarita; Ginés, Ángel. (2002). *“Noventa años de la Colonia Etchepare.”* Revistas de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 66 N°2.

Baroni, Cecilia; Jiménez, Andrés; Itza, Belén; Giordano, Mónica. (2013). *“Locura en movimiento”*. Capítulo VI - *“Participación ciudadana y medios de comunicación.”* En: *“Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental.”* UdelaR, CSIC. Montevideo, Uruguay.

Barrán José Pedro, et al. (1993). *“La medicalización de la sociedad.”* Ed. Nordan Comunidad. Montevideo, Uruguay.

Barrán, José Pedro. (1990). *“Historia de la sensibilidad en el Uruguay. El disciplinamiento (1860-1920)”*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.

\_\_\_\_\_ (1994). *“Apogeo y crisis del Uruguay pastoril y caudillesco: 1839-1875.”* Historia uruguaya Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.

\_\_\_\_\_ (1994). *“Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 2. La ortopedia de los pobres.”* Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.

\_\_\_\_\_ (1996). *“Batlle, la tradición innovada y afirmada”*. En: Las brechas en la historia. Tomo 2. Los temas. Comp: Fernando Pita. Ediciones de Brecha. Montevideo, Uruguay.

Bentancor, Virginia. (2015): *“La política asistencial: desde las leyes de pobres a los programas de transferencia de renta condicionada.”* En: Revista Fronteras, Departamento de Trabajo Social N°8. Segunda época. Montevideo, Uruguay.

Bentura, Celmira. (2012): *“Algunas Reflexiones sobre la <<enfermedad mental>> en la contemporaneidad.”* Montevideo, Uruguay.

Bentura, Celmira; Mitjavila, Myriam. (2012). *“Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya.”* Montevideo, Uruguay.

Bentura, José Pablo. (2006): *“Trabajo social, legitimidad y ampliación de la ciudadanía.”* Legitimidades en debate. Pp. 315-320. Universidad Nacional de Entre Ríos, Espacio.

Bentura, José Pablo; Vecinday, Laura. (2009): *“El desarrollo de experimentos de inserción como respuesta ante los problemas de integración social”*. Revista de Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Antioquia. Medellín.

Bralich, Jorge (1993). *“La formación universitaria de asistentes sociales. Más de seis décadas de historia.”* En: Cuadernos de Trabajo Social N° 2. Universidad de la República Pp 9-48. Montevideo, Uruguay.

Casarotti, Humberto; Pereira, Teresa (2000). *“Ley 9.581 de <<Asistencia de Psicópatas>> de 1936”*. En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 64. N°2. Montevideo, Uruguay. Disponible en: <http://www.spu.org.uy>

Casarotti, Humberto (2007). *“Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay.”* Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 71 N° 2 Montevideo, Uruguay. Disponible en: <http://www.spu.org.uy>

\_\_\_\_\_ (2015). “Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay”. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 79 N° 2 Montevideo, Uruguay. Disponible en: <http://www.spu.org.uy>

Castel, Robert (1980). “El orden psiquiátrico” *La edad de oro del alienismo*. Ed. La Piqueta. Madrid, España.

\_\_\_\_\_ (1986): “De la peligrosidad al riesgo”. En Wright Mills, C; Foucault, M et al. *Materiales de sociología crítica*. Ed: La Piqueta. Madrid.

\_\_\_\_\_ (2010). “El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo.” Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.

Castoriadis, Cornelius. (1989). “La institución imaginaria de la sociedad”. V.2. “El imaginario social y la institución.” Ed Tusquets. Barcelona, España.

Coutinho, Carlos Nelson. (1997) “Notas sobre ciudadanía e modernidade.” *Praia vermelha* (estudios de política e teoria social) Vol.1, no.1, 1er. sem. P. 145-165.

De León, Nelson (coord.). (2013). “Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental.” Colección Artículo 2. UDELAR-CSIC. Ed. Psicolibros. Montevideo, Uruguay.

Dubet, François (2006). “El declive de la institución: profesiones, sujetos e individuos ante la reforma del Estado.” Ed. Gedisa. Barcelona, España.

Foucault, Michel (1988). “Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión.” Ed. Siglo XXI. México D.F

\_\_\_\_\_ (1990). “La vida de los hombres infames.” Ed. La Piqueta. Madrid, España.

\_\_\_\_\_ (1993). “Historia de la locura en la época clásica. Tomo I.” 1ª edición. 2ª reimpresión. Fondo de Cultura Económica. Bogotá, Colombia.

García, Ivana (2000). *“Do Ajustamento á invenção da Cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil.”* En: “Saúde mental e serviço social” O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. Org: Eduardo Mourão Vasconcelos. Ed. Cortez. São Paulo, Brasil.

Giffoni, Regina. (1987). *“Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo”.* En: *Saúde mental e cidadania.* Ed. Mandacaru. Plenario de trabalhadores em saúde mental, São Paulo, Brasil.

Goffman, Erving (1984). *“Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.”* Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.

Harvey, David (1998). *“La condición de la posmodernidad.” Investigación sobre los orígenes del cambio cultural.* Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.

Jodelet, Denisse. (1986). *“La representación social: fenómenos, concepto y teoría”* en Moscovici, S. “Psicología social II” Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Pp, 470-494. Ed. Paidós, Barcelona, España.

Mariatti, Alejandro. (2015). *“La política activa de despolitización creciente. Un estudio concreto de los programas de transferencia de renta condicionada del Ministerio de Desarrollo Social en Uruguay.”* En: Revista Fronteras, Departamento de Trabajo Social N°8. Segunda época. Montevideo, Uruguay.

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

Montalbán, Ariel. (2013). *“Retomando el debate sobre la organización de la atención psiquiátrica y salud mental en Uruguay.”* Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 77 N° 1. Montevideo, Uruguay. Disponible en: <http://www.spu.org.uy>



Netto, José Paulo. (2005). *“A reconceptuação: ainda via 40 anos depois”*. En: Alayón (org). *Trabajo Social Latinoamericano a 40 años de la reconceptualización*. Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina.

Olabuénaga, José Ignacio. (2007). *“Metodología de la investigación cualitativa.”* Bilbao: Universidad de Deusto. España

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

Ortega, Elizabeth; Vecinday, Laura. (2010). *“El proceso de individualización y la producción de conocimiento científico en condiciones de modernidad tardía.”* Presentación en las IX jornadas de investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Disponible en: [www.fcs.edu.uy/archivos/mesa\\_2\\_ortegayvecinday.pdf](http://www.fcs.edu.uy/archivos/mesa_2_ortegayvecinday.pdf)

Ramírez de Mingo, Isabel. (1992). *“El trabajo social en los servicios de la salud mental.”* Eudema Universidad: Textos de apoyo. Madrid, España.

Repetto, Fabián. (2010). *“Protección Social en América Latina: la búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos”*. Revista CLAD N°47. Disponible en: [www.clad.org](http://www.clad.org)

Techera, Andrés; Apud, Ismael; Borges, Cristina. (2009) *“La sociedad del olvido: un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay.”* CSIC. Montevideo.

Vasconcelos, Eduardo Mourão. (2000): *“Breve periodização histórica do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil recente.”* En: “Saúde mental e serviço social” O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. Org: Eduardo Mourão Vasconcelos. Ed. Cortez. São Paulo, Brasil.

## FUENTES BIBLIOGRÁFICAS:

<sup>I</sup> Página oficial Parlamento Uruguayo - Ley 18.211. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN. *Publicada D.O. 13 dic/007 - N° 27384.*  
*Recuperado de:* <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18211.htm>

<sup>II</sup> Página oficial Parlamento Uruguayo - Ley 18.161. ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO. SE CREA COMO SERVICIO DESCENTRALIZADO. *Publicada D.O. 8 ago/007 - N° 27295* Recuperado de:  
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18161.htm>

<sup>III</sup> Página del Ministerio de Salud Pública- Centros de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel. Recuperado de:  
<http://www.asse.com.uy/categoria/RAP-Metropolitana-209?pagina=1>

<sup>IV</sup> Página oficial Parlamento Uruguayo – Ley 11.139. PATRONATO DEL PSICÓPATA. SE CREA, DÁNDOSE UN CUERPO DE NORMAS PARA EL BIEN DE LOS ENFERMOS MENTALES. *Publicada D.O. 17 ene/949 - N° 12665.* Recuperado de:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5220839.htm>

<sup>V</sup> Página oficial del Ministerio de Salud. PROYECTO DE LEY EN SALUD MENTAL. Presentado al Poder Ejecutivo actuando en Consejo de Ministros en Montevideo el 14 de diciembre de 2015. Recuperado de:

<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/proyecto%20ley.pdf>

<sup>VI</sup> Página oficial Parlamento Uruguayo - Ley N° 9.581. PSICÓPATAS. SE ORGANIZA LA ASISTENCIA. *Publicada D.O. 24 ago/936 - N° 9000.*  
Recuperado de:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp828056.htm> .