

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

Trabajo Social y Salud Mental
El quehacer profesional en centros de
Rehabilitación Psicosocial

Flavia Dutruel
Tutora: María José Beltrán

2019

DEDICATORIA

Este trabajo, está dedicado a los pilares de mi vida:

A mi abuela por siempre estar pendiente de que pueda estudiar.

A mi madre y hermana por su apoyo, dedicación, tiempo y mucho amor.

Y especialmente, a mi abuelo por su apoyo, sus llamadas en períodos de pruebas y su confianza en mí. Hoy ya no estás presente, pero sé que celebras conmigo este momento.

A ellas y a él, por creer en mí e incentivarme a seguir adelante en momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

A mi gran familia, por el apoyo y amor.

A mi tutora, por ser una gran guía en mis estudios, por su tiempo, dedicación y paciencia.

A las profesionales entrevistadas por su tiempo y aporte a la temática.

A mis amigas/os y compañeras de Facultad, por su colaboración en el proceso.

A todas/os las/os profesoras/es que han impartido los cursos que he tomado, por transmitirme sus conocimientos.

Muchas gracias.

RESUMEN

El objetivo del documento es exhibir los resultados de un estudio sobre el quehacer profesional del Trabajo Social en el área de la Salud Mental, específicamente en relación a la Rehabilitación Psicosocial.

Para llevar adelante el trabajo, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es el rol de las/os Trabajadoras/es Sociales y como ejercen sus prácticas en las instituciones? La misma permitirá describir y posteriormente analizar las prácticas de las/os Trabajadoras/es Sociales en el área de la Rehabilitación Psicosocial.

El diseño de investigación seleccionado es de tipo cualitativo y de carácter exploratorio, realizándose entrevistas a profesionales del Trabajo Social que actualmente se encuentran desempeñando su labor en Rehabilitación Psicosocial en los Departamentos de Montevideo y Maldonado.

La muestra seleccionada permite darle una mirada distinta al problema de la locura, que va mas allá de los muros de un hospital en donde la persona al salir de la institución psiquiátrica, pueda convivir como parte de la sociedad y no excluido de ésta, siendo sujeto de derecho y adquiriendo autonomía en el proceso, siendo la herramienta para dicha conquista, la rehabilitación psicosocial.

La intención del documento es contribuir al conocimiento sobre la práctica profesional, desde el discurso de los propios sujetos, insertos en un campo en donde históricamente se ha atribuido tanto la lógica como el saber al poder psiquiátrico.

En el imaginario colectivo, la intervención del trabajo social es de carácter asistencial, por lo que el trabajo expondrá otras modalidades, que permitirán contribuir al proceso del usuario/a. No obstante, el estudio intenta demostrar la importancia que tiene dentro de los equipos interdisciplinarios, no solo por promover y defender los derechos humanos, sino por ser una profesión que puede acompañar los procesos de las personas-familias-comunidad - atravesada por diferentes contextos-, en pro de la autonomía, mediante diferentes modalidades de intervención, cuyo rol se encuentra en construcción continua permitiendo re-pensar sus prácticas.

Palabras claves: Trabajo Social, Salud Mental, Rehabilitación Psicosocial.

ABSTRACT

The objective of the document is to show the results of a study on the professional work of Social Work in the area of Mental Health, specifically in relation to Psychosocial Rehabilitation.

To carry out the work, the following question is posed: What is the role of the Social Workers and how do they exercise their practices in the institutions? It will allow describing and subsequently analyzing the practices of Social Workers in the area of Psychosocial Rehabilitation.

The selected research design is of a qualitative and exploratory nature, conducting interviews with Social Work professionals who are currently performing their work in Psychosocial Rehabilitation in the Montevideo and Maldonado Departments.

The selected sample allows us to take a different look at the problem of madness, which goes beyond the walls of a hospital where the person upon leaving the psychiatric institution can live as part of society and not excluded from it, being subject of law and acquiring autonomy in the process, being the tool for this conquest, psychosocial rehabilitation.

The intention of the document is to contribute to knowledge about professional practice, from the discourse of the subjects themselves, inserted in a field where historically both logic and knowledge have been attributed to psychiatric power.

In the collective imagination, the intervention of social work is of a welfare nature, so the work will expose other modalities, which will contribute to the user's process.

However, the study tries to demonstrate the importance that it has within the interdisciplinary teams, not only for promoting and defending human rights, but for being a profession that can accompany the processes of people-families-community - crossed by different contexts- , in favor of autonomy, through different intervention modalities, whose role is in continuous construction allowing to rethink their practices.

Keywords: Social Work, Mental Health, Psychosocial Rehabilitation.

ÍNDICE

Introducción.....	7
CAP. 1: Salud Mental un eslabón de la salud. El caso uruguayo	
1.1. Salud.....	12
1.2. Salud Mental.....	13
1.3. Reformas Psiquiátricas: Los diferentes modelos de atención en Salud Mental.....	14
1.4. El caso uruguayo.....	19
CAP. 2: Rehabilitación Psicosocial y Trabajo Social	
2.1. Rehabilitación Psicosocial	
2.1.1. La dimensión Psicosocial en Salud Mental.....	24
2.1.2. ¿Qué se entiende por Rehabilitación Psicosocial?.....	24
2.2. Trabajo Social en la órbita de la Salud.....	25
2.3. Proceso de formación del Trabajo Social en Uruguay.....	27
2.4. Trabajo Social en el campo de la Salud Mental	
2.4.1. La particularidad de la intervención en lo social.....	29
2.4.2. El Trabajo Social y sus modalidades de intervención.....	30
CAP. 3: El enfoque profesional: la repuesta a algunas interrogantes	
3.1. ¿Qué entiende usted? Concepción profesional sobre Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial.....	33
3.2. El rol del Trabajador Social y su intervención en Rehabilitación Psicosocial.....	37
3.3. El Trabajo Social en marco de la Ley N°19529.....	45
Consideraciones finales.....	47
Bibliografía.....	51
Fuentes documentales.....	55
Anexos.....	56

INTRODUCCIÓN

El presente documento constituye la monografía final exigida curricularmente para obtener el título de licenciada en Trabajo Social, otorgado por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

En dicho documento, se exhiben los resultados de un estudio sobre el quehacer profesional de las/os Trabajadoras/es Sociales en el área de la Salud Mental (SM), específicamente aquellas/os que ejercen su labor en Rehabilitación Psicosocial (RP).

Para llevar adelante el trabajo, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es el rol de las/os Trabajadoras/es Sociales y como ejercen sus prácticas en las instituciones?

La elección de la temática parte del interés personal de la autora, que durante su proceso de formación académica desarrolló su práctica pre-profesional en el campo de la Salud Mental, específicamente en un centro de Rehabilitación Psicosocial, el cual le permitió cuestionarse sobre el lugar ocupa su futura profesión, precisamente en ese centro.

Históricamente los saberes y las prácticas de la llamada *locura* han sido patrimonio de la medicina, especialmente de la especificidad psiquiátrica, cuya mirada se encuentra dirigida, al menos en forma prevalente, hacia el individuo y tratamiento de la patología. En tanto, si el ser humano es un ser social por naturaleza, resulta imprescindible tener una mirada integral, en donde lo social se torne relevante (González, 2009).

El Trabajo Social como profesión del campo social, centra su mirada no solo en el individuo sino también en su entorno y su historia, para una mayor comprensión del problema, con el fin de defender los derechos de las personas que se tornan vulnerables y tienden a ser excluidos socialmente, en este caso por padecer de una patología psiquiátrica. Por tal motivo, se considera importante que puedan integrar los equipos que trabajan en este campo (González, 2009).

Otro de los motivos es que hoy, estamos ante cambios en la Ley de Salud Mental donde se supone que el Trabajo Social tendría un nuevo espacio, ya que la misma implica un proceso de reforma de atención, desde una perspectiva de Derechos Humanos. Tal es así, que en el Artículo N°3 de esta normativa, se establece como dos de los principios rectores de la protección en Salud Mental, “reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular”, en donde, “la calidad integral del proceso asistencial con enfoque interdisciplinario, que de acuerdo a normas, técnicas y protocolos de atención, respete los

principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud” (Ley N° 19529, 2017).

No obstante, el objetivo general de dicho estudio se encuentra orientado a:

- Analizar las prácticas de las/os trabajadoras/es sociales que ejercen su profesión en el área de la Rehabilitación Psicosocial.

Y los objetivos específicos a:

- Presentar los modelos de atención en Salud Mental y su incidencia en el Trabajo Social.
- Indagar si hay cambios en la demanda que se le coloca a las/os Trabajadoras/es Sociales.
- Explorar si las prácticas profesionales a partir de la aprobación de la Ley N°19529, se han resignificado.

Morales y Pereyra (2017), exponen que los abordajes de la llamada *locura* a lo largo de la historia han estado atravesados, organizados y controlados por grupos sociales hegemónicos que se atribuyeron tanto el saber cómo las prácticas sobre la problemática.

La ciencia moderna, como discurso y práctica dominante de la razón, posiciona a la locura como fenómeno médico, y a estos como el cuerpo validado socialmente para abordar este saber. Es desde la psiquiatría que emerge y logra hegemonizar desde la lógica de la enfermedad este fenómeno, que antes era patrimonio de los sectores religiosos que concebían a la locura como padecer del alma. Siguiendo esta línea, “la locura, como manifestación de la pérdida de la razón del sujeto moderno, tiene una nueva forma de pensarse, sentirse, vivirse y curarse” (Morales, Pereyra, 2017; p.211).

En tanto, el Trabajo Social en Uruguay nace asociado a las estrategias disciplinadoras que forman parte del proceso de medicalización¹ de la sociedad, por lo que se puede expresar que la profesión estaría ligada al campo de la Salud (Ortega, 2008) y en consecuencia como parte integradora de la misma, a la Salud Mental. Siguiendo esta línea, la autora plantea, que tanto la educación como la salud, eran los mecanismos de disciplinamiento de la población, dando paso al nacimiento de profesiones como el Servicio Social, considerada el nexo entre las

¹ La medicalización es entendida como el resultado de los “procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios” (Mitjavila, 1998; p.2).

instancias educativas y/o médicas y las familias, sobre todo en su labor con las familias vulnerables.

Por su parte, Bentura (2009, p.32) agrega que:

Si bien el trabajador social tiene al interior del sistema un rol subordinado, hacia afuera forma parte de la estructura de poder que el sector salud ejerce sobre la población. De esta manera, el trabajador social se ubica al interior de las políticas sociales regidas por la conciencia tecnocrática moderna.

La Salud Mental es entendida como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad” (OMS, 2004; p.14) y en Uruguay se viene trabajando en esta línea bajo un proyecto de reforma de atención a la misma, que obtiene su legitimidad a través de la ley, la cual considera de vital importancia erradicar el modelo asilar y priorizar la ejecución de un nuevo diseño de atención, caracterizado por una asistencia integral, breves internaciones acompañadas de la implementación de un enfoque comunitario que hace foco en el tipo de estrategias de rehabilitación psicosocial (Techera, Apud, Borges, 2009).

Alós (1997) expresa que, las/os trabajadoras/es sociales ejercen una atención directa a las/os pacientes, a las familias y a las redes de relación, dentro del marco institucional del cual son parte. Siguiendo esta línea, desarrollan su actividad profesional a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, en donde se trabaja con todas ellas al mismo tiempo, ya que son esferas que se relacionan. Lo que significa que ante una problemática, deberán desempeñar su labor con recursos, con la/el paciente, la prevención, la ayuda y la promoción, articulándose con los grupos que funcionan en la comunidad, desde una perspectiva de derechos.

Por consiguiente, en el Código de Ética del Trabajo Social uruguayo (2015, p.5) se afirma el “compromiso con el pleno desarrollo de los Derechos Humanos de individuos, grupos y otros colectivos, reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y otros acuerdos internacionales derivados o complementarios de la misma”, y como parte del quehacer profesional se encuentra el “promover vínculos solidarios y de igualdad entre los sujetos que favorezcan la participación y reflexión crítica en procesos de cambio y transformación social en las situaciones de explotación, dominación, discriminación y exclusión social”.

El diseño de investigación de la monografía, es de tipo cualitativo y de carácter exploratorio, ya que este tipo de diseño tiende “a recoger datos de campo en el lugar donde los

participantes experimentan el fenómeno o problema de estudio (...) el investigador se focaliza en aprender el significado que los participantes otorgan al problema o fenómeno en cuestión” (Batthyány, Cabrera, 2011; p.78). Es de carácter exploratorio porque como lo dice la palabra, se explora en este caso, sobre las experiencias que se encuentran teniendo las/os trabajadoras/es sociales como profesionales que desempeñan su labor en centros de Rehabilitación Psicosocial.

Las entrevistas² realizadas fueron semiestructuradas³ y se dirigieron a cuatro profesionales. Dos de ellas trabajan en centros de Rehabilitación en Montevideo de carácter privado sin fines de lucro y las otras dos en el departamento de Maldonado, una ellas en la órbita privada, y la otra en la pública (Unidad de Salud Mental y casa de medio camino). Dicha técnica permite indagar sobre qué lugar ocupa la profesión y las funciones que desempeñan las mismas en sus respectivas instituciones.

La muestra seleccionada permite darle una mirada distinta al problema de la locura, que va mas allá de los muros de un hospital, en donde la persona al salir de la institución psiquiátrica, pueda convivir como parte de la sociedad y no excluido de está, siendo sujeto de derecho y adquiriendo autonomía en el proceso (González, 2009).

En rehabilitación, se plantea como campo de trabajo lo territorial, lo ambulatorio, centro diurnos y de comunidad. Ello no solo permite integrar al usuario a la sociedad, mejorar su calidad de vida, desnaturalizar la falsa conciencia que se tiene sobre el enfermo psiquiátrico y potenciar las habilidades de las/os usuarias/os; sino que además, contribuiría a disminuir la estigmatización que trae consigo la hospitalización, los reingresos a las instituciones asilares y no menos importante, a trabajar con la familia y comunidad brindando información (González, 2009).

Por lo cual, las intervenciones de las/os Trabajadoras/es Sociales en el área, se orientan “a que las personas involucradas tomen conciencia de la necesidad de producir modificaciones que los saque de las situaciones en las que se encuentran, para lograr un cambio posible que mejore la calidad de vida” (Alday, 2001; p. 105).

El documento está organizado en tres capítulos. En el capítulo 1 “Salud Mental un eslabón de la Salud. El caso uruguayo” se exponen conceptos considerados relevantes como el de Salud,

² Schatzman y Strauss *apud* Valles (1997), expresan que el investigador de campo considera a la entrevista como una conversación prolongada.

³ el tipo de entrevista seleccionado es semiestructurada como ya se mencionó, en la cual, se establecen de antemano preguntas, y cuestiones básicas a explorar; por lo que resulta entre entrevistado y entrevistador una conversación con preguntas insertadas (Valles, 1997).

Salud Mental, la locura y su devenir histórico en el país; permitiendo contextualizar el campo de trabajo. El capítulo 2 titulado “Rehabilitación Psicosocial y Trabajo Social” se define Rehabilitación Psicosocial, ya que es la herramienta utilizada por algunos centros que tratan la Salud Mental, además de ser el espacio seleccionado para poder describir y analizar las practicas llevadas a cabo por profesionales del Trabajo Social. Se realiza también el recorrido de la profesión en la órbita de la salud, el proceso de formación profesional y las modalidades de intervención.

En el capítulo 3 “El enfoque profesional: la respuesta a algunas interrogantes” se analizan algunos fragmentos de las entrevistas realizadas, buscando similitud en las respuestas de las profesionales; y en la ocasión que así lo amerite, alguna diferencia que se destaca en los relatos, con el sustento académico bibliográfico que dé cuenta de ello. Para cerrar el documento se exponen las consideraciones finales.

CAPÍTULO 1

Salud Mental un eslabón de la Salud. El caso uruguayo

En este capítulo, se definen conceptos como el de Salud y Salud Mental. Se realiza un recorrido por las reformas psiquiátricas, permitiendo vislumbrar las diferentes modalidades de atención e intervención a la misma. Además, de realizar un recorrido histórico sobre la Salud Mental en Uruguay.

1.1. Salud

Para dar inicio a este punto, Fernández (2009, p.21) plantea que:

Toda concepción o criterio de salud se sustenta en una concepción de hombre y de mundo, que considere al sujeto como ser en el mundo, construyéndose y construyendo, en un mundo que nunca es natural, que es un entramado de vínculos y de relaciones sociales. Esta línea de pensamiento sustenta la idea de que el psiquismo es un sistema abierto u que, la producción de subjetividad por esta relación fundante sujeto-mundo de interdependencia y de diferenciación, está en permanente transformación recíproca.

La Organización Mundial de la Salud (2001, p.1), define a la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. En tanto, Weinstein (1998) cuestiona esta definición, manifestando que no corresponde a la realidad, debido a que todo sujeto transita en el correr de su vida diferentes procesos, sociales, económicos, culturales, políticos, espirituales, emocionales; influyendo en él y en consecuencia, se les dificulte alcanzar su bienestar total para gozar de buena salud. Siguiendo esta línea, Ferrara (*apud* Antonini, Alba, Guida, Poles, Suárez, 2010; p.2), plantea que:

La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen y cuando en ésta lucha logra resolver tales conflictos aunque para ello deba respetar la situación física, mental y social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos.

Por tal motivo, Fernández (2009) cree pertinente entender a la salud como el derecho que tienen los individuos a gozar de oportunidades económicas, políticas, educativas, legales, de empleo, participación social, entre otras, comprendidas en el ámbito de la vida, para que tanto

individual como colectivamente se desarrollen sus potencialidades en pro del bienestar. Toda actividad en salud se encuentra orientada al cuidado de las personas sanas (promoción y protección), a asistir a personas enfermas (recuperación y rehabilitación) y a la sociedad (políticas de desarrollo). Siguiendo esta línea de pensamiento, “la salud no se produce en las instituciones sanitarias, sino en los espacios cotidianos donde hombres y mujeres producen y reproducen la salud y la vida” (Fernández, 2009; p.22).

1.2. Salud Mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define Salud Mental como, “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad” (2004, p.14). Por consiguiente, es imprescindible, un estado de equilibrio entre el individuo y su entorno social, cultural, político y económico, que garantice su participación en la vida cotidiana como parte de la sociedad.

Fernández (2009, p.23-24) parafraseando a Pichón Rivière (1977), expresa que la Salud Mental se define como:

Una aptitud sintetizadora en la resolución de los conflictos que surgen en relación con la realidad. (...) Para este autor, la salud mental consiste en un aprendizaje de la realidad, en una relación “sintetizadora, totalizadora y totalizante”, en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto-mundo. La Salud Mental desde esta perspectiva sería un aprendizaje de la realidad, una relación progresivamente sintetizadora y totalizante dice Pichón Rivière, que articula el pasado, el presente y el proyecto del sujeto.

Es por ello que esta categoría, no se reduce a la asistencia médica de la patología, sino que abarca a las relaciones del sujeto en todas las esferas, pudiendo ser capaz de defender su autonomía y sus derechos humanos.

En tanto, la Ley N° 19529 de Salud Mental en Uruguay (2017), establece en su Artículo 2 que se entiende a la salud mental como:

Un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de proceso dinámico, determinados por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.

En fin, se puede vislumbrar en las diferentes definiciones presentadas la intención, de una concepción de carácter humanizante sobre la Salud Mental, en donde el individuo pueda establecer relaciones armónicas y contribuir siendo parte integral y funcional del engranaje social (Antonini, Alba, Guida, Poles, Suárez, 2010) y no como aquel sujeto que se debe ocultar, temer, encerrar u olvidar.

1.3. Reformas Psiquiátricas: los modelos de atención a la Salud Mental

Morales y Pereira (2017, p.210), plantean que “los abordajes de la llamada locura, a través de los siglos han estado fuertemente atravesadas, organizadas y controladas por diferentes grupos sociales hegemónicos que se atribuyeron tanto el saber cómo las prácticas sobre ésta”. Los denominados locos a principios del siglo XV, eran expulsados de los pueblos a los campos, por lo que a lo largo del documento, se verá reflejado el pasaje de una visión trágica de la locura, a una crítica e humanizante; siendo a partir del siglo XIX, que se le da una “mirada científica sobre este fenómeno y su transformación en objeto de conocimiento: la enfermedad mental” (Amarante, 2006; p.20).

Durante la época clásica, la patología mental no era interpretada sobre preceptos médicos, a pesar de que los hospitales generales y santas casas de misericordia, eran el sitio en donde se hospedaban todos aquellos sujetos que eran considerados peligrosos, por amenazar la ley y el orden social. Es a partir del siglo XVIII que las medidas médicas y terapéuticas ganan terreno: el hospital funcionaba como el espacio propicio, para ordenar a los sujetos con problemas de salud mental, siendo la tarea central del médico, observar y describir los disturbios nerviosos de esas personas (Amarante, 2006).

En contraposición al modelo cerrado del asilo pineliano, y como un primer momento en las reformas a este tipo de tradición, surgen las colonias de alienados, en donde se trabaja de puertas abiertas, de libertad y no restricción (Amarante, 2006).

Es en el período de pos-guerra en donde se crea el escenario propicio para la reforma psiquiátrica contemporánea, pudiéndose observar una transformación en las instituciones asilares, concibiéndose a la locura como enfermedad de la mente, y la razón se posiciona del lado de los sujetos libres y la sinrazón en el plano de la reclusión y la enajenación.

En resumen, la locura como fenómeno médico de especialización psiquiátrica logra hegemonizar esta lógica de la enfermedad antes patrimonio de los sectores religiosos (concebida como padecer del alma); para darle una connotación negativa, en donde los llamados locos, junto a los vagabundos, ladrones, prostitutas, leprosos en la época clásica, simbolizaban una amenaza a la ley y orden social.

Amarante (2006) expresa que, los modelos de atención e intervención en Salud Mental, se pueden enmarcar en dos grandes períodos:

El primero está marcado por un proceso de crítica a la estructura asilar, responsable por los altos índices de cronificación. La cuestión central, en ese período, todavía se encuentra en referencia a la creencia que de que el manicomio es una “institución de cura” y que se vuelve urgente rescatar ese carácter positivo de la institución mediante la reforma interna de la organización psiquiátrica (Amarante, 2006; p.17)

El segundo período está caracterizado por la extensión de la psiquiatría al espacio público, cuyo objetivo es prevenir y promover la salud mental.

Es así, que por un lado se encuentra a la psicoterapia institucional y las comunidades terapéuticas como reformas restrictas al ámbito asilar, a la psiquiatría de sector y la psiquiatría preventiva, representando un nivel superior a dicho espacio; y por otro lado, a la antipsiquiatría, que pone en cuestionamiento el dispositivo medico-psiquiátrico, instituciones y dispositivos terapéuticos asociados.

1.a) Comunidad Terapéutica y Psicoterapia Institucional

La comunidad terapéutica es característica del proceso de reforma institucional restrictas del hospital psiquiátrico y marcadas por la adopción de medidas administrativas democráticas, participativas y colectivas. Dentro de las reformas psiquiátricas, se encuentra la propuesta por Hermann Simon en la década de 1920, denominada “terapéutica activa” o terapia ocupacional, en la que se pretende reformular el modelo asilar. En esta propuesta el trabajo “sería la forma básica para la transformación de los enfermos mentales porque mediante el trabajo se establecería un sujeto marcado por la sociabilidad de la producción” (Birman *apud* Amarante, 2009; p.26).

Diez años después Sullivan en su trabajo con pacientes psicóticos transforma el enfoque terapéutico del tratamiento individual, al de la integración de los pacientes en sistemas grupales, los cuales según Menninger en 1940, debían ser pequeños para así compartir sus problemas, debatirlos, buscar soluciones, permitiendo en el proceso una resocialización.

Por otro lado, el objeto de la psicoterapia institucional, remite al colectivo (pacientes y técnicos), opuestos al modelo tradicional vertical y jerárquico (Fleming *apud* Amarante, 2006; p.32) proponiéndose nuevos espacios y posibilidades terapéuticas como, talleres, reuniones, fiestas y actividades de animación (Oury *apud* Amarante, 2006).

En la comunidad terapéutica y en la psicoterapia institucional, “la pedagogía de la sociabilidad se realiza (ahora) en un registro discursivo y en un contexto grupal en el cual se pretende la regulación del “exceso” pasional de la locura por el control del discurso y de los actos de los internados, sino que estos deben aprender en esa micro sociedad las reglas de las relaciones interpersonales del espacio social (Birman *apud* Amarante, 2006, p.33)

1.b) Psicoterapia de Sector y Psicoterapia Preventiva: el Ideal de la Salud Mental

La Psiquiatría de Sector es un proyecto que pretende de la psiquiatría una vocación terapéutica, que se consigue por fuera de la estructura asilar alienante, llevándola a la población, evitando la segregación y el aislamiento del enfermo mental. En fin, se trata de una terapia *in situ* (paciente tratado en su medio y con su medio social), donde el pasaje por el hospital será transitorio, resumiéndose como un auxilio al tratamiento, una etapa y la comunidad como el factor terapéutico por excelencia (Amarante, 2006).

En tanto, siguiendo la línea de pensamiento de Amarante (2006, p.35), la psiquiatría preventiva o comunitaria, se sitúa en la intersección entre la psiquiatría de sector y la psicoterapia inglesa, siendo su versión contemporánea, la planteada por los Estados Unidos, cuya estrategia era intervenir en las causas o en el surgimiento de la enfermedad, abarcando así, la prevención y la promoción, conformándose un nuevo terreno para la psiquiatría “donde la terapéutica de las enfermedades mentales da lugar a un nuevo objeto, la salud mental”.

En cuanto a la Psiquiatría Preventiva, los tres órdenes prioritarios son:

- 1) Aquellas consignadas a reducir (y no curar) en una comunidad los trastornos mentales, promoviendo la “salud mental” de los grupos sociales definida como prevención primaria, en donde se realiza una intervención sobre las condiciones posibles de formación de la enfermedad mental, condiciones etiológicas que pueden ser de origen individual y/o del medio.
- 2) Aquellas que tienen como objetivo acortar la duración de los trastornos mentales, identificándolos y tratándolos tempranamente, denominándose prevención secundaria, en donde la intervención está orientada al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental.

- 3) Aquellos cuya finalidad es reducir el deterioro que causa la enfermedad mental. Este tipo de prevención es terciaria, definida por la búsqueda de la re-adaptación del sujeto a la vida en sociedad, luego de su mejoría. Más vale rehabilitar, que cronificar.

En resumen, “el proyecto de la psiquiatría preventiva determina que las intervenciones precoces, primaria y secundaria, eviten el surgimiento o el desarrollo de casos de enfermedades, decretando así, lo obsoleto del hospicio psiquiátrico” (Amarante, 2006; p.38).

Estos modelos tienen como finalidad, que las personas no generen dependencia hospitalaria, y que las internaciones sean menos frecuentes y por tiempo reducido, recurriéndose para dicho fin a fuertes lazos comunitarios, sociales, familiares y culturales; ampliándose las ofertas de servicios por fuera del hospital, como lo son, los centros de salud mental, los hospitales día/noche, talleres protegidos, casas de abrigo, internaciones psiquiátricas en hospitales generales, entre otros (Amarante, 2006).

En esta nueva mirada a la atención e intervención en salud mental, abre camino a otras profesiones, a otras modalidades de asistencia no psiquiátricas y a actividades como los grupos reflexivos, operativos, de escucha, o aquellos de atención en equipos multidisciplinarios conformados por trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, enfermeros, entre otros.

Por otro lado, se encuentra a la Antipsiquiatría y la desinstitucionalización en la Tradición Basagliana:

2.a) La Antipsiquiatría: Deconstruyendo el Saber Médico sobre la Locura

La antipsiquiatría busca destituir el valor del saber médico de la explicación y tratamiento de las enfermedades mentales, surgiendo así un nuevo proyecto en donde el saber psiquiátrico pueda ser interrogado desde otras profesiones y perspectivas diferentes a la clásica, la médica (Amarante, 2006).

Por consiguiente, el tratamiento del método terapéutico de la antipsiquiatría:

No prevee tratamiento químico o físico y si valoriza el análisis del “discurso” por medio de la metanoia, del viraje o delirio del loco, que no debe ser podado. El loco es acompañado por el grupo, ya sea por métodos de investigación, por la no represión de la crisis, psicodramatizada o auxiliada con recursos de regresión (Amarante, 2006; p.46).

2.b) Cartografía de la Deconstrucción Manicomial, del Dispositivo y los Paradigmas Psiquiátricos

Amarante (2006) sostiene que la medicina retira al loco de la sociedad, insertándolos en instituciones calificadas para el tratamiento del paciente, produciendo efecto de tutela, generando con el encierro hospitalario una identidad marginal, de enfermo, de peligroso, sujeto invisible para la sociedad, y objeto visible y pasible para la intervención de los profesionales que se encuentran insertos en estas instituciones que trabajan sobre la terapeutización y rehabilitación de los mismos. Basaglia al igual que muchos otros autores que han trabajado la temática de la salud mental, han visualizado que la psiquiatría a lo largo de la historia se ha preocupado por la enfermedad (atribuyéndole carácter biológico) y no por el hombre, de tal forma, que las prácticas pretendían intervenir/asistir al paciente hecho objeto y no como sujeto, que interactúa sobre la existencia-sufrimiento que presenta (Amarante, 2006).

El paradigma psiquiátrico clásico transforma la locura en enfermedad mental y produce una demanda social en tratamiento y asistencia, distanciando el loco del espacio social y transformando la locura en objeto del cual el sujeto precisa distanciarse para producir saber y discurso. El enlace intrínseco entre sociedad y locura/sujeto que enloquece es artificialmente separado y adjetivado con cualidades morales de peligrosidad y marginalidad. Así, se instituye correlación e identificación entre castigo y terapeutización a fin de producir una acción pedagógica moral que pueda restituir las dimensiones de razón y equilibrio (Amarante, 2006; p.49).

De acuerdo a lo planteado, se visualiza como uno de los problemas de las instituciones psiquiátricas de todos los tiempos, la imposibilidad del trato con la diferencia y las/os diferentes, volviéndose necesario desmontar las relaciones de racionalidad/irracionalidad, que sitúan al loco en un lugar de desvalorización y desautorización para hablar sobre si; al igual que dismantelar el discurso/práctica, que fundamenta la diferenciación entre quienes son tratados y el que trata. Por consiguiente, Rotelli, propone cuatro ejes para la transformación de las instituciones psiquiátricas:

La lucha contra las estructuras psiquiátricas como represivas-custodiales; la lucha contra las estructuras psiquiátricas, aunque reformada como lugares de institucionalización de la enfermedad; la lucha contra la institucionalización del sufrimiento a través de la enfermedad; la lucha contra el sufrimiento como necesidad en el mundo del capital y de la sociedad de intercambio, esto es, como universo de no elección donde el sufrimiento se viene transformando en algo mercantizable (*apud* Amarante, 2006; p.52).

1.4. El caso Uruguayo

Durante el siglo XVIII en Uruguay, los etiquetados locos eran excluidos y deambulaban vagando por las calles, mendigando y en ocasiones eran detenidos y reclusos en centros no especializados para su problemática, por cometer actos considerados antisociales, precisamente en el calabozo del Cabildo de Montevideo (único centro de reclusión de la época) junto al resto de los presos (Casoratti, 2007)⁴.

En el año 1880 abre sus puertas el Manicomio Nacional, el cual posteriormente toma el nombre de Hospital Vilardebó, y como hospital psiquiátrico, Goffman (1970) lo describe como una institución total, en donde la vida de los sujetos y sus interacciones se realizan dentro de los muros y las actividades están bajo la planificación de una autoridad que las organiza con el fin de cumplir el objetivo institucional.

Es así que la especificidad de las/os psiquiatrías, en su forma de atención a los sujetos que tienen afectada su salud mental se legitima en dicho espacio, adquiriendo en el proceso un rol de control de la emergencia, capacidad y responsabilidad de corrección y vigilancia. La locura nace en función de los imperativos del orden social establecido, donde el loco era percibido como un problema que necesitaba resolverse (Barrán, 1994).

La población del hospital en el año 1910 había crecido a tal punto, que dos años después, como medida para combatir el hacinamiento de la institución se crea la Colonia Etchepare, a unos kilómetros de la capital del país. La misma combina la órbita asistencial con la reforma rural Batllista, en donde el trabajo agrícola, de jardinería, entre otras actividades eran parte del tratamiento (Barrán, 1993). Pudiéndose reflejar en ella la propuesta de Simon del año 1920, denominada “psicoterapia activa” o terapia ocupacional en donde “el trabajo impide

⁴ De León (2013), plantea que las primeras internaciones, datan del año 1778 (finales del siglo XVIII) en el Hospital de la Caridad, ubicado en Montevideo, en el se combinaba a la religión y a la medicina. Hacia 1824, se amplían las instalaciones separando a los locos que eran tratados mediante terapias de shocks, purgantes y sangrías, de aquellos que sufrían demencia, depresión e hipocondría que no llevaban ningún tipo de tratamiento; no siendo hasta junio de 1860, que se inaugura el primer hospicio especializado en la enfermedad. El mismo se llamó Asilo de Dementes y se ubicó en la quinta de Miguel Vilardebó, dicho espacio tenía por principal objetivo, dar respuestas a la necesidad de atención a esta población mediante procesos de adiestramiento del cuerpo y la conducta (Núñez, 2016).

La apertura del Manicomio Nacional (luego denominado Hospital Vilardebó) en el año 1880, tenían como principales funcionarios, a las hermanas de la caridad, que se encargaban de la atención de los enfermos y el médico cumplía una función secundaria. Dicha apertura, sumado a su posterior cambio de nombre decretado por el Poder Ejecutivo, puede ser considerado el primer gran impulso modernizador del país, ratificado por el pasaje de la esfera religiosa a la estatal laica (Núñez, 2016). En ese proceso de transición y sustitución de la caridad a lo estatal, de las hermanas por los médicos y las terapias caracterizadas por la violencia, por lineamientos de intervención profesional en salud (Barrán, 1994), y con el primer presidente médico en el hospital en 1905, se da la derrota materializada del catolicismo en el campo de la salud y al año siguiente, se prohibieron los emblemas religiosos en los centros, sustituyéndose por el escudo nacional.

que su psiquismo se sumerja cada vez más en la enfermedad. Adquiere hábitos de orden y recupera la maleabilidad perdida" (Arduino, Ginés, 2002; p.121)⁵.

En 1923, se crea la Sociedad de Psiquiatría de Montevideo propulsando la rama medico-psiquiátrica, funcionando en el Hospital Vilardebó, en 1929 la revista de psiquiatría que plasmaban en sus páginas, material tanto nacional como producciones extranjeras (Barrán 1992) y con la Cátedra de Psiquiatría se legitima la intervención en la rama de la medicina desde la especificidad de la psiquiatría, dándoles autonomía a los médicos y mejorando la atención terapéutica.

En 1973 se produce el golpe de Estado por parte de las Fuerzas Armadas, instaurándose por un período de doce años, una dictadura cívico militar. Y en resistencia a ella, los movimientos sociales se intensifican, para luchar por la defensa de los derechos humanos y dignificación de la Salud Mental (Fernández, 2015).

En 1983 se inaugura el Hospital Psiquiátrico Musto, el cual cierra sus puertas trece años después, en un hecho que conmociona el país, tras varias muertes de pacientes por hipotermia (Techera, Apud, Borges, 2009).

En 1984, la Sociedad Psiquiátrica del Uruguay señalaba que la Colonia albergaba 2400 pacientes, la mitad de ellos en la Colonia Santín Carlos Rossi (Techera, Apud, Borges, 2009). Luego de la reapertura democrática (1986), se crea el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) aprobado por el Ministerio de Salud Pública (MSP). En dicho documento, se hace énfasis en el proceso de rehabilitación psicosocial de los usuarios, contando en la actualidad con catorce centros en el interior del país y cinco en la capital, coordinados por la Comisión Intercentros (ASSE), direccionando la Atención Primaria en Salud hacia la comunidad, “la creación de unidades de salud mental en los hospitales generales y la promoción de nuevos modelos de asistencia” (Techera, Apud, Borges, 2009; p.108). Pastorino (1999; p.10) destaca que el Plan se basaba en aspectos expuestos en la Declaración de Alma Ata como son, la “descentralización, coordinación, primarización de la asistencia, participación de la comunidad, interdisciplinariedad e intersectorialidad”, los cuales conforman los lineamientos de todas las reformas del Plan, hasta la fecha.

⁵ Tal es así que para 1927, el director de la Colonia Etchepare en su trabajo “Asistencia de los alienados en la Colonia”, propone que la institución no debería exceder los 1200 internados y producir sus propios alimentos en el rubro agrícola. Diez años después, siguiendo esta línea de pensamiento, Isidoro Mas de Ayala (psiquiatra y ensayista) señala la nocividad de la inactividad e importancia del trabajo en la persona con problemas de salud mental. En ese entonces, la colonia ya contaba con talleres de rehabilitación, al que asistían 150 pacientes (Techera, Apud, Borges, 2009)

De León (2017) plantea que la ruptura con el modelo asilar debe de estar acompañado por un diseño de atención, que pueda sustentar el grado de vulnerabilidad de la población objetivo.

Frente a esa situación:

Las soluciones solo pueden provenir de un amplio movimiento colectivo que incluya a todas las fuerzas sociales organizadas y vinculadas con la Salud Mental y a todos los recursos existentes en la comunidad. [...] Ante el modelo individual, aislado e incoordinado, es necesario proponer un modelo concentrado en áreas de población que utilice colectivamente los esfuerzos de todos los técnicos en Salud Mental y aplique todos los recursos terapéuticos disponibles [...] El Centro de actividad debe dejar de ser el hospital, asilo o consultorio clínico, mutual o privado para pasar al Centro de Salud Mental, estructura de atención que integre en forma unitaria a los grupos interdisciplinarios (Giorgi *apud* Pastorino, 1999; p.12).

Por consiguiente, el nuevo paradigma debe tener como eje central, internaciones breves e integralidad en la asistencia proporcionadas por el desarrollo de estrategias de rehabilitación psicosocial cuyo enfoque es comunitario. Siguiendo esta línea, se puede pensar al Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) como respuesta al histórico proceso de marginación que vive el enfermo mental en el país. Consecuentemente, De León (2013, p.155) plantea que:

El tratamiento farmacológico como estrategia principal que se complementa con la de encierro, o se pueden implementar los mismos centros desde un paradigma de salud mental comunitaria, que implica cambiar la concepción de asistencia psiquiátrica (a cargo del médico) a la de atención a la salud mental comunitaria (a cargo de un equipo, de la comunidad y de la propia persona afectada), teniendo la internación como una última alternativa garantizada desde una perspectiva de Derechos Humanos.

En este punto del documento se puede deducir y dejar en evidencia el proceso de descentralización y desconcentración de la población usuaria, en donde, el primer nivel de atención no sólo se centró en la salud en general, sino que pudo ser expandido a la salud mental. En definitiva, “desde fines de la década del 80 descentralizar fue un principio enunciado y sentido desde diferentes sectores y niveles en el país. La jerarquía que tenía para la ciudadanía el desarrollo local y la descentralización administrativa y de recursos, quedó plasmada en la reforma constitucional de 1996” (Romano et al, 2007; p.140).

En fin, la desmanicomialización y desinstitucionalización se encuentran estrechamente relacionadas debido a que pretenden lograr un cambio cultural generando un sistema de salud en donde mediante el rol activo de las/os profesionales, las familias y las/os usuarias/os se

avance en el proceso de rehabilitación (Cohen, 2009) dentro de la comunidad y no al interior de instituciones cerradas como lo es el hospital psiquiátrico.

Por su parte, De León (2017, p.51) expresa que:

Existe entre lo antimanicomial y la desmanicomialización una complementariedad, donde lo antimanicomial es la acción de descomposición de las relaciones de poder y la desmanicomialización la construcción sustantiva de nuevas relaciones, donde las personas con padecimiento psicosocial no están ubicadas en relación de dependencia.

Desmanicomializar es dignificar la atención en salud mental y dentro de los propósitos se encuentra evitar la internación de los usuarios con trastorno mental, potenciar sus habilidades, contribuir a habilitar la vida en sociedad, fomentar la autonomía, entre otras. En donde la Rehabilitación Psicosocial (categoría que se trabajará más adelante) es utilizada como una de las principales herramientas que contribuyen a cumplir los mismos.

El Plan Nacional de Salud Mental de 2011, tiene como objetivo, brindar atención psicoterapéutica individual, familiar, grupal, realizar intervenciones grupales, proporcionar atención psicoterapéutica individual y/o grupal.

Dentro de lo relevante de este Plan (2011, p.5) se destaca:

- Las acciones de las áreas de prevención y promoción en Salud Mental, que contribuyan a vencer la discriminación de la que son objeto las personas con trastornos mentales y la detección precoz de las patologías, priorizando las acciones tendientes a evitar el surgimiento de las mismas
- La atención de personas con trastornos mentales, con énfasis en la rehabilitación, superando el modelo tradicional discriminatorio, cautelar y asilogénico, procurando un nuevo modelo, evitando el hospitalismo, integrándola a su medio.

Lo descripto se ve reflejado y se encuentra normativizado en la Ley N°19529 de Salud Mental (2017), cuyo Artículo N°17 expone que el ámbito de atención debe ser preferentemente comunitario “en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario”. Siguiendo esta línea, se puede decir que mediante los equipos comunitarios de profesionales especializados, se lleva a territorio la intervención, permitiendo un contacto directo con la población y descentraliza la atención en salud. Los mismos refieren a la atención de la patología en sí misma, pero no solo a ella, sino que abre un abanico hacia acciones de prevención y promoción, vinculándose con la población del área geográfica en la que se encuentren y un pleno dialogo con otros actores del área local. Por consiguiente, Romano (2007, p.144) plantea que:

La denominación y la conformación de “Equipo” propugnan el trabajo interdisciplinario, implican estilos de comunicación y funcionamiento que tienden a mayor horizontalidad y promueven un cambio por lo menos a nivel teórico hacia un modelo de atención bio-psico-social. En el período al cual se hace referencia el modelo asistencial se centraba en la consulta médica y las relaciones interprofesionales se vinculaban a la indicación y cumplimiento de la misma, con pocas instancias de intercambio o trabajo conjunto y con la comunidad.

De acuerdo a lo planteado, el Trabajo Social como profesión que interviene con y para las/os usuarias/os, en su proceso considera necesario “potenciar y construir redes de sostén que permitan a las personas afectada su singularidad y subjetividad y al mismo tiempo brindar la educación y herramientas adecuadas para superar las dificultades y así ejercer plenamente una ciudadanía vedada hasta el momento” (Techera, Apud, Borges, 2009; p.44).

CAPÍTULO 2

Rehabilitación Psicosocial y Trabajo Social

Este capítulo se encuentra estructurado en dos grandes momentos, por un lado, se define Rehabilitación Psicosocial desde la perspectiva de la Salud Mental y por otro, cómo la profesión del Trabajo Social se inserta en las instituciones que trabajan esta temática, exponiendo la modalidad interventiva de la misma en este campo.

2.1. Rehabilitación Psicosocial

2.1.1. La dimensión Psicosocial en Salud Mental

Según plantea Fernández (2009), en la esfera psicosocial es difícil detectar si los problemas sociales son origen o consecuencia de los procesos mentales. Siguiendo la línea de la autora, en la esfera psicosocial se puede visualizar teóricamente dos dimensiones: la dimensión psico que genera elementos de internalidad, cuyo eje depende del individuo; y, por otro lado, la dimensión social, generando factores de externalidad, en donde el eje no depende rigurosamente del sujeto.

2.1.2. ¿Qué se entiende por Rehabilitación Psicosocial?

Pitta (1996) plantea que la Rehabilitación Psicosocial en su sentido instrumental, hace referencia al conjunto de medios (programas y servicios) que se desarrollan con el fin de facilitar la vida de las personas con problemas de salud mental severos y persistentes.

De acuerdo a la Declaración de Consenso WAPR/WHO (1996, p.1), el concepto de Rehabilitación Psicosocial fue evolucionando a lo largo del tiempo, considerada en un principio como prevención terciaria⁶ a ser entendida como “un cuerpo de conocimiento sobre los modos de organizar servicios y métodos sujetos a la validación empírica, y se ocupa de la prevención y/o reducción de la discapacidad asociada a trastornos mentales y conductuales”.

En tanto, entienden a la Rehabilitación Psicosocial como:

O processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade... o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva

⁶ Como ya se mencionó en el capítulo anterior, comprende todas aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación, cuya finalidad es reducir el deterioro que causa la enfermedad mental, además de contribuir a la re-adaptación del sujeto a la vida en sociedad, luego de su mejoría. Más vale rehabilitar que cronificar (Amarante, 2006)

e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (*apud* Pitta, 1996; p.26).

Por su parte, para la OMS, la Rehabilitación Psicosocial es entendida como el conjunto de “atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes de cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários” (*apud* Pitta, 1996; p.29)

No obstante, Del Castillo (2011, p.85) siguiendo la línea de la Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay (2005) expresa que la rehabilitación puede definirse como “el modelo terapéutico integrado basado en el “paradigma psicosocial” que apunta a la mejor calidad de vida del paciente, su familia y su comunidad”. Modelo terapéutico, cuyo tratamiento tiende a que la persona con problemas en su salud mental severos y persistentes, pueda tomar conciencia de sus necesidades en interacción con su medio familiar y social; y a su vez, avanzar hacia esa meta implica fortalecer su autonomía, sus capacidades y su potencial en salud. Por lo cual, la recuperación sugiere la construcción de un proyecto de vida, elegido por la propia persona y toma de conciencia de su condición como ciudadano (Del Castillo, 2011).

En el Artículo 21 de la Ley N°19529 de Salud Mental en el Uruguay (2017), se establece que:

Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tendrán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital

En la literatura, se puede encontrar varias definiciones sobre rehabilitación psicosocial e interpretaciones, pero como expresa Techera, Apud y Borges (2009, p.43):

La rehabilitación debería apuntar a sostener importantes vértices que se ven afectados en una persona con enfermedad mental y que constituyen derechos universales. Por ejemplo, una casa donde vivir, un trabajo para sostenerse, o la posibilidad de disfrute y placer. Las estrategias en este sentido apuntarían a rescatar la singularidad y subjetividad de las personas.

2.2 Trabajo Social en la órbita de la salud

En Uruguay a fines del siglo XIX y principios del XX, bajo el proyecto político e ideológico Batllista, se da inicio al proceso modernizador, en donde se consolida la medicalización de la sociedad (Barrán, 1992). Entendiéndose por medicalización, al proceso que se consolidó entre 1900-1930, como la “expansión de los parámetros tanto ideológicos

como técnicos, dentro de los cuales la medicina procede saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios” (Mitjavila, 1998; p.2).

Es así, que a partir del año 1900, la sociedad uruguaya dentro de su proceso de modernidad, el disciplinamiento de los cuerpos deja de estar a cargo de los “brutales e inequívocos” como el policía y el cura, para darle paso a los sutiles e inadvertidos, maestros y médicos, poderes que partían de la libertad y la razón (Barrán, 1992).

La vida en la sociedad comienza a cambiar, la salud pública (saneamiento, red de agua potable) comienza a tener gran importancia, intentándose reducir la morbilidad y controlar las epidemias, encontrándose en el saber médico un rol esencial para vigilar y disciplinar, especialmente a los estratos más pobres de la población; siendo, “en ese complejo proceso no sólo de instauración de políticas sociales fuertes sino además de ampliación de los procesos de medicalización de la sociedad, es que comienza a gestarse un proceso de profesionalización del Servicio Social” (Ortega, 2003; p.150).

La Salud Pública en Uruguay a partir del año 1910, toma como referencia al modelo francés, resultando que en el sistema “clientelístico” implementado, determina que los problemas sociales quedaran a mano de los partidos políticos, proveyendo sin necesidad de visitas, ni de apoyo técnico, como venían haciendo las llamadas Visitadoras Sociales, hasta el momento; explicándose de esa forma, el retardo en la profesionalización de técnicos en áreas sociales (Acosta, 1987). En consecuencia, el Trabajo Social entre otras profesiones se fundamentan en el papel que se le asignan a los procesos de producción y reproducción de la vida social, caracterizándose por pertenecer a instituciones sociales y por ello, se encuentra en el centro de las tensiones, conflictos y de los engranajes sociopolíticos, así como también culturales que intervienen en la organización de la vida de los individuos en sociedad (Ortega, Mitjavila, 2005).

Las autoras plantean que durante el período neobatllista, el Servicio Social, inicia un proceso de institucionalización en ascenso, caracterizado como profesión de mujeres, subordinado jerárquica y técnicamente a otras profesiones del campo médico-sanitario; pudiéndose visualizar, que la profesión en Uruguay nace asociada a estrategias disciplinadoras, constituyéndose de esa manera parte del proceso de medicalización de la sociedad, ligadas al área de la salud.

En resumen, el Servicio Social tiene dos marcas de origen, una referida a la construcción ligada a la constitución del campo sanitario y la otra, a una identidad constituida en la

afirmación de la importancia de los factores psicosociales para la salud, que le da el fundamento como una profesión orientada al trabajo con los individuos y las familias⁷.

Acosta (1998), manifiesta que en los años cincuenta comienza una crisis, provocada por el agotamiento del proceso de industrialización por sustitución de importaciones, poco después del final de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Es en el proceso de reconceptualización del Trabajo Social, donde se pretende cambiar el lugar de la profesión en la división socio-técnica del trabajo, así como los supuestos teóricos y meta-teóricos en que se basa el Servicio Social hasta el momento. Es por ello, que en el año 1960, en el proceso de re-pensar a la profesión, resulta una estructura curricular, en donde se visualiza la ampliación del campo de competencias del asistente social, reflejándose de ese modo:

las consignas del preventivismo que campeaba en los países de la región, basado en una visión más científico-técnica del conocimiento sobre lo social (sociología, demografía, estadística, etc.), en una fuerte valorización del papel educativo del asistente social (pedagogía, métodos educacionales), en la focalización del individuo y la familia como factores etiológicos de los problemas sociales (Servicio Social de Caso, Caracterología, Psicología del Niño y del Adolescente, etc.), en la territorialización de las políticas sociales concebidas por la doctrina panamericanista (Organización de barrios o sectores), en la judicialización (Nociones generales de Derecho y procedimientos judiciales; Código del Niño y legislación social conexa) y, en mayor medida aun, medicalización de lo social (nociones de medicina asistencial y preventiva, maternología, puericultura, higiene bucal, nutrición y dietética) (Ortega, Mitjavila, 2005; p.220).

2.3. Proceso de formación del Trabajo Social en Uruguay

En este apartado se realiza una breve reseña histórica de la formación del Trabajo Social como profesión, partiendo de la concepción de la Escuela del Servicio Social del Uruguay (ESSU), hasta la normativa que impera en la actualidad, Plan 2009.

Para Zaffaroni (1980; p.56), el Plan de la ESSU, concibe al Servicio Social como la actividad profesional que “en forma intencionada y utilizando determinadas técnicas de intervención en diferentes niveles -individuos, familia, grupo o comunidad- (...) y a partir de un conocimiento determinado, produce modificaciones a corto, mediano y largo plazo”.

En la Escuela de Servicio Social del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social (ESS), el objetivo general se encuentra estrechamente ligado a la ideología Batllista⁸. Siendo

⁷ De esta forma, entre los antecedentes de los Asistentes Sociales, se encuentran los denominados inspectores no médicos quienes proporcionaban a pacientes recomendaciones, pautas de comportamientos, control de los gastos de las familias, entre otros, visualizándose en las intervenciones se realizan sobre las condiciones sociales de los individuos, más que sobre su cuerpo (Zaffaroni, Solari, 1980)

el Servicio Social, la joven ciencia que tiende al bienestar social integral, cuyo cometido es hacer alcanzar un nivel de vida a los individuos, grupos, colectividades, en donde se satisfagan sus necesidades⁹.

En 1966 se crea el plan de estudio para la Escuela Universitaria del Servicio Social (EUSS), el cual se pone en práctica dos años después. Este plan aspiró a formar profesionales polivalentes, con una perspectiva de desarrollo integral, bajo los lineamientos de estado de bienestar social. El cometido era, formar profesionales técnicamente competentes con base científica, que pudiesen estudiar y evaluar las problemáticas sociales, orientándose en la filosofía de servicio.

En 1989 se crea la Facultad de Ciencias Sociales, siendo la licenciatura en Trabajo Social una de las carreras impartidas en la órbita de la facultad, en donde se promovieron y ejecutaron dos Programas de formación para sus estudiantes y futuros profesionales:

En el Plan de Estudio 1992:

El Trabajo Social es una disciplina cuyo objetivo es la intervención en la resolución de los problemas sociales de los individuos, familias, grupos, unidades territoriales, organizaciones, movimientos sociales, en relación a su calidad de vida y a sus potencialidades no resueltas, contextualizados en el marco de las relaciones sociales. Su intervención se realiza a nivel tanto disciplinario como interdisciplinario. Su objeto refiere a la dimensión social de áreas-problemas en diversos planos de la vida humana (Plan de Estudios, Licenciatura de Trabajo Social, FCS, UDELAR, 1992; p.2)¹⁰.

En cuanto el Plan de Estudio 2009, establece que:

⁸ pudiéndose visualizar la importancia sobre los componentes humanistas y solidaristas, los cuales se conectaban con los principios de democracia social, poniéndose a cargo de la sociedad, más precisamente del Estado, las prestaciones de los servicios sociales, derecho inalienable de la población “asistida”.

⁹ Desde esta perspectiva, se realiza un “Conjunto de trabajos coordinados metódica y científicamente realizados por un equipo de agentes competentes, técnicamente preparados, pero con vocación para el trabajo social e infundido en una mística común (...) colocar al hombre y su familia en condiciones normales de existencia dentro de su medio (...). Prevenir los males sociales y evitar su retorno (...). Bregar para conseguir la estructuración de la sociedad humana basada en la comprensión y armonía de los integrantes de los distintos cuadros sociales (...), definiendo así las fases que considera esta Escuela que abarca la asistencia social, como son la paliativa, curativa, preventiva y constructiva- desde lo educativo (Zaffaroni, Solari, 1980; p.68-72)”

¹⁰ Entre los objetivos perseguidos, se pretende que el estudiante y futuro profesional pueda desarrollar la capacidad de conocer y comprender la realidad nacional en la cual se encuentra inmerso en forma científica en su dinamismo y unicidad. A su vez, deberá desarrollar habilidades para crear, así como utilizar métodos, técnicas e instrumentos que le permitan colaborar en el nivel en que se actué en el proceso de transformación social. El Trabajador Social, deberá desarrollar una actitud investigativa, tanto a la hora de investigar el objeto como la práctica propia de su disciplina, así como también, generar responsabilidad sobre las realización de las acciones en referencia a la población con la cual se encuentre trabajando, además de generar espacios de trabajo multidisciplinarios.

El trabajador social interviene profesionalmente en la interacción de tres modelos: investigativa, socio-pedagógica y asistencial; transversalizadas por una dimensión ético-política. Es un profesional informado, crítico y propositivo con capacidad para desarrollar procesos de intervención e investigación a través de la integración de componentes teórico-metodológicos de las Ciencias Sociales y de la disciplina en particular.

En resumen, la profesión se ha ido construyendo a lo largo de la historia, respondiendo a circunstancias económicas, políticas, sociales y culturales, siempre con un mismo objetivo: el bienestar de los sujetos (Aquín, 1995); en donde se trabaja con la persona y se moviliza recursos.

2.4 Trabajo Social en el campo de la Salud Mental

2.4.1 La particularidad de la intervención en lo Social

“Pensar lo social en términos de intervención implica la construcción de un punto de encuentro entre sujeto y cultura donde los aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demanda ligadas a la cuestión social” (Carballeda, 2012; p. 38); pudiéndose contactar que las mismas en el campo de la salud se relacionan con las características que atraviesa la sociedad.

Carballeda (2012) plantea que lo social en términos de intervención se puede pensar en tres órdenes. Por una lado, la acción “interventiva” de los trabajadores sociales que se desenvuelven y entrelazan con los diferentes dispositivos de Protección Social. Por otro, como un segundo orden, el referido a aspectos intrínsecos de la profesión que se vinculan con la intervención en el entramado social, que rodean, contribuyen y generan desde la singularidad del sujeto interviniente el encuentro entre este, la sociedad y la cultura desde lo micro, en cada circunstancia singular. Por último, el tercer orden, termina de delimitar “lo social” del campo profesional del Trabajo Social, observándose con mayor intensidad en la últimas décadas, la estrecha relación entre las nociones de necesidad y problema social, vinculándose la profesión en su construcción histórica como disciplina dentro del paradigma ligado a la resolución (a través de dispositivos de protección) de las necesidades sociales de la población, resultantes de sistema en que se encuentra inmerso, que clasifican y determinan.

En el campo de la Salud Mental, la cuestión de los problemas sociales y las necesidades se hacen más visibles que en otros campos debido a las incertidumbres, vulnerabilidad y exclusión del diario vivir del sujeto. En consecuencia, toda construcción de demanda de

intervención en lo social, atraviesa otros campos, como por ejemplo, el conflicto con la ley o el carácter material y simbólico de la aplicación de políticas sociales (Carballeda, 2012), como puede ser en esta ocasión la pensión por discapacidad.

2.4.2 Trabajo Social y Salud Mental: modalidades de intervención

Uno de los principales desafíos que tienen las/os profesionales que ejercen su labor en el campo de la salud mental, es trabajar con las/os usuarias/os en clave de derechos humanos.

La salud mental es un problema cuyas causas y consecuencias exceden a la psiquiatría, porque su superación (la mejora de las condiciones de vida del sujeto) comprenden un pensar desde diferentes profesiones, desde una perspectiva de trabajo interdisciplinario, en donde el Trabajo Social tiene mucho que aportar.

En el marco de este estudio, se seleccionaron dos autores que presentan desde su concepción las diferentes formas de intervención que tiene el profesional.

Becerra y Kennel (2008), plantean que las acciones a desarrollar en las instituciones que trabajan la salud mental son:

1. Acciones promocionales: este tipo de acciones se dan a través de tareas de educación sanitaria en el establecimiento y por fuera de ella.
2. Acciones preventivas: este tipo de acciones se deben dar a través de la participación de todas las estructuras comunitarias, ya que las mismas se llevan a cabo a través del trabajo con grupos. El objetivo es el fortalecimiento inespecífico de la personalidad como la prevención específica del riesgo por medio de las técnicas de grupo.
3. Acciones Asistenciales: son resultante de prestaciones otorgadas por el centro de salud, cuyas acciones se dan por dentro y fuera de los muros (hospitales psiquiátricos). Además se actúa en la atención de los problemas sociales detectados en las emergencias psiquiátricas (depresión, intentos de suicidio, brotes psicóticos, entre otros).
4. Acciones de Rehabilitación: se puede trabajar la rehabilitación en dos modalidades. Por un lado, en forma individual, en donde se pretende obtener aptitud social, una conducta acorde, además de aceptación y tolerancia entre el individuo y su medio. Este tipo de acciones comprenden al paciente, su ámbito familiar y comunitario. Por otro lado, se puede trabajar la rehabilitación y la resocialización del paciente en establecimientos “ad hoc” y otras instituciones comunitarias.
5. Acciones de investigación: es importante que el profesional participe de planeamientos, ejecuciones y de todas las investigaciones sociales que se programen y efectúen, ya que es considerado imprescindible como parte del quehacer profesional, además ello le permite

mantener una postura crítica.

De acuerdo a lo planteado por estos autores, la tarea de la/el asistente social solo consiste en comprobar y completar la anamnesis de las/os enfermas/os, pero paulatinamente, su acción fue ampliándose hasta participar en la solución de los incalculables problemas planteados por las/os usuarias/os.

Por consiguiente, uno de los objetivos del Trabajo Social en esta área consiste en crear las condiciones que permitan que las personas con patología psiquiátrica puedan aceptarse a sí mismas, potenciar todos los aspectos “sanos” de su persona (habilidades) y contrarrestar aquellos considerados “insanos”, además de mejorar su relación con los otros.

Por su parte, Claramunt (2012) propone cuatro dimensiones que las/os trabajadoras/es sociales deben tener en cuenta a la hora de intervenir¹¹:

La dimensión investigativa, cuya producción de conocimiento refiere a estudios sobre las características de los sujetos de intervención, los problemas sociales sobre los que actúa y sobre el quehacer profesional especialmente en el campo de las políticas sociales.

Esta dimensión se manifiesta de diferentes formas en la práctica del profesional, implicando el desarrollo de estudios acerca de la realidad en la que interviene.

La autora alude a que ese tipo de dimensión, se expresa como un proceso sistemático, que incorpora elementos teóricos y empíricos a la reflexión, analizando sus interconexiones, buscando una reconstrucción del objeto de intervención. La misma es parte del proceso del quehacer profesional, en donde el Trabajador Social, deberá problematizar todo aquello que naturalizamos y aceptamos como sociedad, “desmitificando sus contenidos, apuntando en definitiva a desocultar las relaciones entre naturaleza, hombre y sociedad” (Claramunt, 2009; p.94).

La dimensión asistencial del Trabajo Social, es el componente del accionar del mismo, asociado a la existencia y otorgamiento de servicios, prestaciones y recursos. El profesional actúa como intermediario, gestionando la vinculación entre los prestadores de los servicios y aquellos que son los destinatarios de las prestaciones; además de poder orientarlos en los diferentes espacios de trabajo del mismo.

Si se piensa el desempeño en el terreno de lo asistencial, se debe de tener presente algunas cuestiones. Por un lado, el desarrollo del componente asistencial de la profesión, implica el

¹¹ Las dimensiones que propone la autora no son específicas de la Salud Mental, son referidas a cualquier intervención. Pero fue seleccionada entre otros autores, por ser trabajada por diferentes profesores de FCS a la hora de pensar la intervención profesional.

acceso a recursos para la reproducción social y biológica del asistido, como pueden ser los subsidios monetarios, de salud, alimentación, de vivienda, servicios públicos, entre otros. La facilitación del acceso a los recursos y servicios, tienen estrecha relación a los derechos de las/os beneficiarias/os en su calidad de ciudadanas/os, componente central para la intervención de las/os Trabajadoras/es Sociales. Por otro lado, el profesional puede actuar apuntando a mejorar la calidad de los servicios y programas sociales, una intervención humanizada del acceso, considerando al usuario como persona y sujeto de derecho, y no como un número de expediente.

La dimensión socioeducativa refiere a la capacidad de incidir y transformar de algún modo las formas de pensar y de actuar de las personas con las que se trabaja.

En tanto, García (*apud* Claramunt, 2009) expresa, que la dimensión socioeducativa para el profesional es un componente que en el accionar posibilita la generación de aprendizajes socialmente compartidos, permite a los sujetos analizar su realidad, plantear alternativas de cambio, rutas de salida a la situación¹².

La dimensión ético-política, atraviesa a las demás dimensiones, debido a que el componente político del accionar profesional, lleva a tomar posición a partir de reflexionar en torno de algunas interrogantes. Esta dimensión refiere a la discusión acerca de los valores que orienta la intervención del Trabajador Social y lo sitúa en relación de poder que se presentan en su campo de actuación. El debate sobre ética y política, trasciende a la profesión, pero repercute directamente, y lleva a repensar a la política y la práctica del Trabajo Social.

En la órbita de la Salud, y en particular en el campo de la Salud Mental, las/os trabajadoras/es sociales, deben de reflexionar sobre el desarrollo de su práctica, ya que como menciona Sánchez (2015) las demandas de las/os usuarias/o y el tipo de estructura institucional en donde se inserta el profesional, configuran un escenario que puede resultar contradictorio.

En fin:

Si el Trabajo Social no puede leer cuál es la estructura particular que lo determina, resulta difícil considerar no ingresar a prácticas profesionales facilitadoras de una instrumentalización de los procesos de trabajo, que por el disciplinamiento institucional que traspasa su malla profesional, puede hundirlo en prácticas reificadas (Sánchez, 2015; p. 58).

¹² Desde esta perspectiva se estimula el proceso de movilización de los sujetos, de tal modo que problematicen su situación, identificando y analizando los factores que los atraviesan (factores económicos, sociales, políticos y culturales), incidiendo en su problemática, por tanto, se deben definir alternativas de acción viables de acuerdo a sus necesidades e intereses, contando con información y formación requerida de antemano, para su consecución.

CAPÍTULO 3

El enfoque profesional: la respuesta a algunas interrogantes

En este capítulo se recopila la voz de cuatro profesionales del Trabajo Social que vienen desempeñando su labor en el área de la Salud Mental, específicamente en Rehabilitación Psicosocial en los departamentos de Maldonado y Montevideo.

El análisis de las entrevistas giran en torno a tres ejes: el primero hace referencia a cómo es entendida por ellas la Salud Mental, la Rehabilitación Psicosocial y su devenir histórico. El segundo eje refiere al rol del Trabajo Social en instituciones de Salud Mental-Rehabilitación Psicosocial y las modalidades de intervención a la cual la/el profesional se enfrenta en su quehacer, en los respectivos centros. Por último se analiza si con la Ley N°19529, existe un cambio en sus tareas.

3.1. ¿Qué entiende usted? Concepción profesional sobre Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial

Si se parte de la concepción que tienen las diferentes profesionales del Trabajo Social sobre la definición de Salud Mental, se puede deducir que van en la línea de pensamiento de la OMS; pero a su vez, como muchos de los interesados en la temática, suelen criticarla.

La Salud Mental es parte constitutiva del campo de la Salud integral y por tanto, en la literatura como en las entrevistas realizadas, la concepción que se tiene sobre ésta es abstracta, integral e incluso es planteada como un ideal.

Por consiguiente, si la OMS (2001, p.1) define Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” ,y a la Salud Mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad” (2004, p.14), entonces como plantea una de las entrevistadas, “(...) la salud mental integra el campo de la salud global”.

Afirma una de las entrevistadas que la salud mental debería ser sentida y vivida como “un derecho de todos los seres humanos porque todos tenemos salud mental o deberíamos acceder a eso” (Entrevistada N°2). Continuando esta línea de pensamiento, otra de las entrevistadas plantea, que la Salud Mental es “tener conciencia de sus capacidades (...), poder afrontar las vicisitudes de la vida cotidiana (...)”, para poder “participar activamente en la comunidad”, algo tan necesario como el relacionamiento, sentirte útil, sentirse perteneciente, el

reconocimiento de tu persona, tener vínculos no solo familiares sino también de afinidad activo, sentirte digno. En fin, “se aspira a que la persona llegue dentro del contexto en el que vive con todas estas variables a la mejor situación posible” (Entrevistada N°2), siendo parte constitutiva del engranaje social.

Por consiguiente, “pensar en salud mental, es pensar en una salud, que no pasa solamente por el ámbito individual sino por el comunitario, y una salud que requiere de la intervención de variadas disciplinas porque es un sistema complejo (...) que tiene que ver con lo físico, con lo psíquico, con lo ambiental (...), poder desarrollarte autónomamente” (Entrevistada N°4), además de otros factores aludidos con anterioridad.

Y eso requiere, (...) de la intervención no solo del campo social, sino del campo médico, del campo psicológico y de variados campos que no se tienen en cuenta en la salud pero esta lo económico y están los derechos de gozar de una vida plena en todo sentido (...), que pasa por el derecho (...) al sistema complejo de ciudadanía que la salud integra y que no puede estar separado (Entrevistada N°4).

Fernández (2009) plantea que no se puede pensar lo físico, lo mental y lo cultural como instancias divididas sino como instancias fuertemente soldadas, ya que la persona deviene del sistema simbólico del que es parte, en donde se desarrolla y socializa. Es por ello que trabajar sobre la misma requiere del protagonismo de muchos técnicos, profesionales que tengan este enfoque, en donde la Rehabilitación Psicosocial emerge como la principal estrategia para abordar la Salud Mental.

De las entrevistas a estas profesionales se desprenden tres aspectos que son indispensables a la hora de abordar la salud mental desde la rehabilitación psicosocial, las cuales se desarrollarán a continuación, siendo el punto de inflexión el objetivo final por el cual trabajan: autonomía, vida digna, derecho, gozar de la ciudadanía.

Dos de las entrevistadas entienden a la Rehabilitación Psicosocial como estrategias de abordaje que se desarrollan en conjunto con las personas con trastornos mentales severos y persistentes cuya gravedad limita el desarrollo de las actividades del día a día. Por consiguiente, la rehabilitación psicosocial es pensada como el medio para que la persona pueda lograr un equilibrio, lleve una vida lo más digna posible y que pueda tomar sus propias decisiones, ser autónomo, sostener su entorno, comunidad y ser la mejor versión de sí mismo.

Una de las entrevistadas plantea, que para su obtención se requiere de:

(...) técnicas que no son las biológicas, (...) donde interviene lo terapéutico pero desde otros aspectos, dese la palabra, desde lo afectivo desde:: el poder ayudarlo a tomar una decisión lo

mas informado posible, entonces la rehabilitación también es ese complejo en donde no solo esta lo biológico, lo biológico es importante pero también intervienen otras herramientas que también la persona pueda justamente recobrar de alguna forma, este:: y entre comillas te digo, una vida lo más normal posible (Entrevistada N°2).

En tanto, otra de las profesionales entrevistadas, entiende a la rehabilitación psicosocial como andariveles que llevan a la persona a la autonomía y ciudadanía¹³, manifestando que “el ser humano tiene el derecho de poder vivir como un ser humano, no como un asistido, ni como un usuario sino quitándole todo eso, como una persona”. Siguiendo esta línea, como parte constitutiva de la autonomía se plantea que la persona logre “no ser un ser dependiente de políticas que lo transformen en un ser asistencial”, y tenga un efectivo acceso a “estudiar si es su vocación, de trabajar si es que lo quiere, de formar una familia, de tener una vivienda”; que quizás para la mayoría de las personas son cosas tan simples, y para ellos en ocasiones tan impensable de poder concretar (Entrevistada N°4).

La autonomía suele ser definida como la “capacidad de controlar, afrontar y tomar, por iniciativa propia, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida cotidiana” (Art. 2, Ley 39/2006). Para Malacalza (2000) el sujeto, en todo proyecto de autonomía conlleva en forma simultánea el intento de conquistar la libertad, igualdad y justicia, dentro de los límites impuestos por las sociedades humanas, que son significaciones sociales imaginarias. Por consiguiente, dentro de los centros de Rehabilitación Psicosocial, “el paciente es una persona a ser considerada en su individualidad, valorizando los cambios que se dan, cambios que son conquistas a ser alcanzados” (Ornellas, 2007; p.3).

A la hora de trabajar, todas concuerdan que es difícil ,y si bien se puede observar un avance en cómo ha sido tratada la salud mental a lo largo de la historia en el país, donde coexisten un modelo biológico y hospitalario en donde el centro es la enfermedad ,y otro que tiende a ser comunitario, que concibe a la persona como un ser biopsicosocial, aún falta mucho por hacer, ya que como plantea una de las entrevistadas, “los ojos del otro hacia el sujeto determina

¹³ “La ciudadanía, como la salud, es un concepto complejo y discutido (...).La ciudadanía es, por lo general, lo que agrupa a los individuos en una comunidad política —en particular, una nación— y lo que mantiene ese sentido de pertenencia sobre la base de un pasado y un futuro compartidos, duradero y significativo para sus partícipes (..) La ciudadanía democrática, como estatus que otorga unos derechos, incluye los derechos humanos universales, pero, al mismo tiempo, es localista, ya que depende de la pertenencia a una comunidad nacional. Definida y garantizada en el marco político y legal del Estado, la ciudadanía, que implica tanto dominación como atribución de poder, está inevitablemente inmersa en una dinámica de inclusión y exclusión” (Oosterhuis, 2018, p.518). <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n134/2340-2733-raen-38-134-0515.pdf> 2/8/19

mucha cosa negativa”, como es el temor, desinterés, mitos, prejuicios, tabúes que giran en torno a las patologías psiquiátricas y en el mayor de los casos provoca que el individuo no pueda moverse, e incluso el acceso a prestaciones sociales, en ocasiones es vivido por el sujeto como un sufrimiento, ya que ser beneficiario de una política focalizada lo determinará aun más frente al resto (Entrevistada N°4).

La Rehabilitación Psicosocial, también puede ser entendida como “la habilitación de todos aquellos aspectos sanos de una persona”, que debido a las condiciones patológicas se han visto “comprometidas o se han descendido o han tapado todos aquellos indicadores sanos”. Además agrega, que han habido avances, ya que anterior a la Ley N°19529, hacer Rehabilitación era concurrir una cantidad de días al centro para mantener entrevistas con los psiquiatras, psicólogos y realizar laborterapia (Entrevistada N°3). En cambio hoy en día, en palabras de la entrevistada:

La rehabilitación parte desde el momento en que tu pides ayuda y ese técnico ya te está proyectando a ti para reinsertarte sea para un tratamiento, para después bueno ver que otras áreas tiene que fomentar y entonces bueno es muy amplio y se empieza ya con el primer contacto, cuando ese paciente o el familiar pide ayuda y se logra un ida y vuelta en esa entrevista, ya podemos pensar que son los primeros pasos de una rehabilitación y después se verá si es en un centro, si es integrándote a una red social, a un club, (...) un espacio terapéutico (...) después (...) se va armando un proyecto. (...) Entonces bueno, esta bueno que en el proceso de rehabilitación tú hagas un diagnóstico inicial cuando lo conoces y que ese diagnóstico va cambiando y bueno es bueno que transite por muchas actividades que el escoja y vea en la que se sienta mejor, que potencia todo lo sano de él (Entrevistada N°3).

Además, plantea que en rehabilitación se deben tener en cuenta tres indicadores; de los cuales, en dos de ellos sus colegas seguramente concuerdan. No obstante, el tercer punto, puede ser motivo de debate, reflexión y cuestionamiento, si es observado desde una perspectiva científica y académica.

El primer indicador refiere al conocimiento de su persona y aceptación de la enfermedad, que pueda visualizar su FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), ya que ello le permitirá construir su identidad. En fin, saber quién es y en donde está parado. El segundo indicador es tener mínimo un referente activo y que pueda acompañar el proceso, pensándose habitualmente en la familia¹⁴, pero no siempre es así, dando paso a la persona que te ha

¹⁴ Entendida por Anthony Giddens (1999) como un grupo de individuos relacionados uno con otros por lazos de sangre, matrimonio o adopción, que forman parte de una unidad económica. La familia es considerada por Lasch (1995) el refugio ante un mundo despiadado

acompañado en momentos importantes en la vida y aún sigue presente. Y lo tercero es la espiritualidad, que es aquello intangible y que le permite a la persona creer, por fuera de un mundo tan tangible (Entrevistada N°3).

3.2. El rol del Trabajador Social y su intervención en Rehabilitación Psicosocial

De las entrevistas realizadas se pueden visualizar varios puntos de inflexión, uno de ellos es en relación a las tareas. Las mismas, pueden que varíen en su número, pero sus actividades definen de una u otra manera su rol en la institución. Otro de los puntos, es la importancia de integrar equipos de trabajo, en donde en ocasiones existe un desfase entre teoría y práctica. Por otro lado, siempre dependiendo del lugar en donde se inserte la/el profesional, y del equipo humano (otros profesionales, talleristas, usuarios) las derivaciones y demandas realizadas suelen ser muy concretas, por lo que se intentará dar respuesta desde una mirada crítica y reflexiva al por qué de ello.

Las Trabajadoras Sociales expresan en las entrevistas ya sea de forma implícita o explícita, que el rol en el área suele construirse debido a que la sociedad cambia y de la misma manera, la formación profesional. No obstante, la posición que ocupa el Trabajo Social dentro de las instituciones puede deberse a su relación con los orígenes y estructura socio-política organizacional. En tanto, dos de las entrevistadas, expresan que al encontrarse desde sus orígenes profesionales dentro del área, no tuvieron menores inconvenientes para el desempeño de sus labores.

En el caso de una de las profesionales entrevistadas, se debe a una reconstrucción y reestructuración, por el cierre del pabellón psiquiátrico, la apertura de la casa de medio camino, y la unidad de Salud Mental, como respuesta a la reforma psiquiátrica en el país, y en compromiso con la Ley en Salud Mental, tal como se mencionó en el primer capítulo. Funcionando en dicha ciudad, una especie de proyecto piloto para ASSE, en donde la posición y rol que ocupa tiende a tomar mayor relevancia. Con el cierre del pabellón psiquiátrico y la atención de las/os usuarias/os en estos nuevos espacios, se rompe con el modelo asilar como institución de cura, tradicional, vertical y jerárquico (Amarante, 2006).

En tanto, otras de las entrevistadas expresa que en el centro donde trabaja la profesión se encuentra aún intentando colonizar el campo de saber.

Weisshaupt (1988) visualiza en la institución la mediación del propósito socio-político de hegemonía de una clase, es la base segura del funcionamiento de la sociedad, por la regulación de los comportamientos de los disímiles agentes sociales. Siguiendo la línea de pensamiento del autor, y relacionándolo con el último centro mencionado, se puede observar

claramente que la subordinación de su práctica implica la disociación de los objetos de la profesión y de la organización institucional. Lo que caracteriza las instituciones prestadoras de servicio en las cuales el trabajador social se presenta como agente subordinado, es la existencia de un espacio funcional, al mismo tiempo condición y consecuencia de la prestación de ese servicio. El cliente del Trabajo Social es aquel que escapa a la racionalidad institucional de la organización en la cual se sitúa la/el profesional. Por consiguiente, se considera que el Trabajo Social tiende a ocupar un rol subordinado en términos del autor.

El campo de la Salud Mental históricamente ha estado constituido mayoritariamente por profesionales de la psicología y psiquiatría, desarrollando el trabajo social, acciones principalmente de carácter asistencial.

La entrevistada plantea que en una reunión de profesionales de diferentes instituciones, ella siendo parte de otra institución, uno de los psicólogos del centro en el que se encuentra actualmente desempeñando su labor, le expresa que “le parecía innovador que el programa hubiese salido de un departamento de Trabajo Social”, ya que para el “intervenía cuando ya las otras profesiones no tenían nada que hacer, entonces bueno, ve con el Asistente Social (...) a ver si te da alguna solución”. Consecuentemente expresa, “pero bueno, no es ese el rol del Trabajador Social, es muy difícil construir ese espacio en la instituciones”, cuyos profesionales piensan de esa forma (Entrevistada N°2).

Esto puede deberse a que,

Dentro del campo académico, las disciplinas “profesionales” tienen un sesgo vinculado a las preocupaciones sobre el “qué hacer” y el “cómo hacer” las cosas más que sobre “por qué son de un modo u otro”. Este énfasis en los qué y los cómo más que en los porqué, nos ha valido muchas veces ser ubicados en –y/o ocupar nosotros- un lugar subalterno en el concierto de las disciplinas. También se expresa el lugar asignado en la disputa entre las ciencias duras y exactas vs. las blandas y sociales; las puras vs. las aplicadas; las profesiones tradicionales como la abogacía y la medicina, para las cuales el sentido común aun reserva el título de Doctor, vs. las mas nuevas, “con menos trayectoria y por lo tanto con menos prestigio (Peralta *apud* Rozas, 2007; p.127-28)

Por su parte, Bentura (2011, p.37) plantea que, otro de los motivos puede deberse a que “(...) en el campo de lo médico sanitario existe un lenguaje técnico muy específico que los Asistentes Sociales no necesariamente manejan, lo que los pone en inferioridad de condiciones frente a los demás profesionales que compiten en el campo”.

Por otro lado, puede deberse a que en dicho centro se desconozca el rol, la función o las competencias de la profesión, o solo se encuentren interesados en las intervenciones puntuales de corte asistencial que han acompañado a la profesión desde sus orígenes, pues “la historia nos condena (...) y es mucho más que ello” (Entrevistada N°2).

Entre las tareas que realiza, se encuentra la planificación, ejecución, y evaluación de las estrategias, entrevistas, la realización de un proceso en donde se trabaja y acompaña al usuario/a (tiende a ser más frecuente en los grupos terapéuticos cuya población tiene recursos económicos bajos, y lazos familiares y de afinidad casi nulos, que suelen favorecer a la progresividad de la patología), se trabaja con su entorno próximo, familia, comunidad, que en ocasiones se encuentran sumamente desgastados y en caso de que no hayan referentes activos, se trabaja desde la ausencia de los mismos fortaleciéndolos:

Trabajando en la autonomía de la persona, (...) el trabajo de las habilidades sociales, autogestión para cuestiones de la vida como pueden ser trámites (...) trabajar esto del estigma, (...) desde una perspectiva de derechos, intentar naturalizar- desnaturalizar estas cuestiones, promover la circulación social por distintos espacios (Entrevistada N°1).

Otras acciones que no son tan directas en relación al sujeto son: “el aprovechamiento de los recursos, (...) el trabajar también con esos distintos espacios para que los reciba, (...) el coordinar con distintos actores, instituciones de la comunidad, con la familia, el trabajo en psicoeducación con la familia, el afrontamiento de situaciones de crisis” (Entrevistada N°1), coordinar actividades, grupos como puede ser el terapéutico, coordinación de las reuniones de equipo, creación de protocolos y las entrevistas de recepción de las/os usuarias/os, entre otros.

Autores como Busto y Mantilla (2002), ponen en la mesa una pregunta bien interesante y es: ¿qué lugar ocupa lo social en la razón de ser de la enfermedad mental e incluso en el proceso de su tratamiento? Las/os Trabajadoras/es Sociales a la hora de intervenir debe hacerlo desde una postura crítica, debe cuestionarse la lógica de poder-saber que tiende a auto-construirse como imposibles de cuestionar, porque no hacerlo tiende a anular la libertad y la capacidad no solo de aquella población objetivo de atención en salud mental, sino de todos los que tengan participación en dichos procesos.

En fin, es por ello que las/os Trabajadoras/es Sociales, como ya se ha mencionado en varias oportunidades, apuestan a la reflexión propia de la disciplina, que permitan consensuar y construir con la/el usuaria/o o la institución la forma de intervención y la demanda inicial (Espinosa, 2010).

En varios fragmentos de la entrevista a una de las profesionales, la misma manifiesta que las derivaciones que le realiza la institución en donde desempeña su quehacer, se resuelven mediante la modalidad de intervención asistencial, en donde son pocas las ocasiones en que logra hacer un proceso con la persona. Es por ello, que la mirada del trabajo social debe convivir entre la diversidad y el conflicto. “No debemos convertirnos en meros persuasores de los mandatos médicos sin acompañar un proceso de análisis donde se sopesen los pasos desde el lugar de la realidad del usuario, su tiempo, su cuestionamiento, su dolor, sus inseguridades, sus derechos y sus opciones” (Failache, Salgado, 2002; p.69).

Las entrevistadas hacen énfasis en todo momento en que se debe priorizar a las personas, las cuales son sujeto de derechos y es por eso que se las asesora, acompaña, se las informa sobre diferentes recursos sociales, en donde la autonomía no sea solo parte del discurso, sino realizar acciones que fomenten la misma en la práctica, tendientes a modificar en forma consensuada con el sujeto su vida cotidiana. Ello implica, conocer a la persona, generar un vínculo de confianza, “no es decirle lo que tiene que hacer” (Entrevistada N°2). “No son presos de destino, sino constructores de historia. No los aprememos nosotros, ni nos aprememos a nosotros mismos” (Malacalza, Fuentes *apud* Rozas, 2007; p.22).

En resumen, si retomando lo planteado por Amarante (2006) en referencia a las modalidades de intervención en Salud Mental y lo contrastamos con la reforma psiquiátrica del país, haciendo foco en los centros de rehabilitación psicosocial, se puede observar que se transita por un cambio de paradigma, que tiene una concepción que tiende a lo comunitario y una atención más humanizada. Siguiendo la línea del autor, dentro de las características que se rescatan de las entrevistas, se encuentra el acceso al trabajo, la conformación de grupos en donde puedan interactuar, generar pertenencia, fortalecer lazos, realizar talleres¹⁵ como por ejemplo teatro, el cual tiene un efecto terapéutico.

Si bien se pueden observar grandes avances en las modalidades de atención e intervención en la Salud Mental, en donde los centros de Rehabilitación toman mayor visibilidad, estamos muy lejos de la propuesta de Amarante de la antipsiquiatría que tiende a la deconstrucción del saber médico sobre la locura e incluso las entrevistadas no la mencionan.

En cuanto a las modalidades de intervención de las Trabajadoras Sociales en centros de Rehabilitación, las instituciones suelen demandar acciones de carácter asistencial. Retomando

¹⁵ “(...) dispositivo de trabajo con grupos, que es limitado en el tiempo y se realiza con determinados objetivos particulares, permitiendo la activación de un proceso pedagógico sustentado en la integración de teoría y práctica. El protagonismo de los participantes, el dialogo de los saberes, y la producción colectiva de aprendizajes, operando una transformación en las personas participantes y en la situación de partida”. En resumen, “(...) al taller se entra de una forma y se sale de otra”, (...). Hay un “aprender haciendo” y un “hacer aprendiendo” (Cano, 2010, p.10).

a Claramunt (2009), esta dimensión se asocia a la existencia y otorgamiento de los servicios, prestaciones y recursos. En este caso el acceso a una vivienda, a una pensión, contribuye a sus derechos como ciudadano. Otra de las dimensiones que se plantean en las entrevistas es la socioeducativa, la cual consiste en los procesos que se desarrollan con el fin de incidir y transformar de algún modo la forma de pensar y vivir de la persona, en pro de una vida digna. Esta dimensión, según las entrevistadas se considera prioritaria a la hora de intervenir en centros de Rehabilitación Psicosocial. Por último, se considera relevante mencionar la dimensión socio-política, no nombrada por estas, debido a que es, la que atraviesa a las demás dimensiones; refiere, acerca de los valores que orientan la intervención, permitiendo repensar la política y la práctica profesional.

Alayon (*apud* Rozas, 2007; p.9-10) expresa que esta joven profesión a partir de los años sesenta evidencia grandes cambios en relación a la orientación, formación y prácticas, por lo que como se observa en las entrevistas, siguen desempeñándose trabajadoras/es sociales que tuvieron diferentes formaciones. “Este simple recordatorio ya nos permite identificar una significativa diversidad de perfiles y orientaciones, que coexisten en el campo profesional”. En suma, “(...) un modo de entender la profesión sería reconocer que el Trabajo Social es lo que los trabajadores hacen en sus prácticas concretas, más allá de las conceptualizaciones teóricas o de la imagen que uno pueda tener de lo que es o debería ser la profesión”.

Por otro lado, a las/os profesionales se les asignan horas de trabajo, las cuales dependiendo de las instituciones, deben coordinarse entre el trabajo con las/os usuarias/os, las familias y las diferentes reuniones. En ocasiones, las horas asignadas pueden ser pocas para la cantidad de tareas y en el caso de una de las entrevistadas, tiene una hora para trabajar sobre las derivaciones, lo que resulta poco tiempo para realizar un proceso con el usuario.

Siguiendo esta línea, Faleiros (1992, p.37) sostiene que “no es la práctica del Trabajador Social en sí misma la que ha sido privilegiada en las instituciones y, por esto, él se ubica como actor complementario y actuando en el mantenimiento del orden institucional determinado por los agentes privilegiados”, como lo son el psiquiatra y psicólogo.

Las cuatro entrevistadas coinciden en que las derivaciones de los profesionales suelen ser carácter asistencial. Por su parte, tres de ellas plantean, no estar de acuerdo en realizar este tipo de intervención, en cambio una de las profesionales afirma, en que hay ocasiones que deben hacerse. No obstante, en Rehabilitación Psicosocial es imprescindible acciones de intervención que tiendan a la psicoeducación, permitiéndole al usuario potenciar sus habilidades y adquirir autonomía, en tanto, en las familias, a comprender la magnitud de la enfermedad y como proceder. También es necesaria la intervención en la sociedad, en donde

se informa, promociona y promueve la importancia que tiene la Salud Mental. Según una de las profesionales, los convenios y protocolos contribuyen a este tipo de acciones.

Como plantea la entrevistada y se vislumbra en el resto de las entrevistas, a la profesión le queda mucho por hacer en este campo, pero por suerte, “se está revirtiendo eso de la mirada más biológica en salud mental”. El Trabajo Social se viene abriendo camino, integrando equipos de trabajo, dejando de ser una profesión auxiliar como ha sido en sus orígenes, sino como una profesión autónoma dentro del equipo (Entrevistada N°4).

La forma más eficaz y eficiente de trabajar en rehabilitación psicosocial es el trabajo en equipo, cada uno desde la especificidad de su disciplina. Entendiéndose a este como “aquel grupo de profesionales de una misma y/o diversas disciplinas que se integran para trabajar en conjunto para el logro de un objetivo o fin determinado” (Sevilla, 2004; p.1). Las entrevistadas consideran que la mirada del otro y el diálogo profesional contribuyen al aprendizaje, y si bien es parte constitutiva de la profesión, no es tarea fácil. Por otro lado, el trabajo en equipo en Salud Mental es considerado de relativa importancia luego de promulgada la Ley. En Rehabilitación Psicosocial se conforman equipos para trabajar sobre el proyecto terapéutico de la persona, el cual es diferente para cada individuo por sus singularidades y construyéndose en base a sus interés. No obstante, las instituciones forman grupos en donde se imparten diferentes talleres, por cuestión de recursos humanos y económicos, en el que el usuario deberá transitar.

De las entrevistas, se desprende que en rehabilitación psicosocial se debe trabajar multi e interdisciplinariamente, priorizándose este última sobre la primera.

En la literatura, existen diferentes producciones sobre las formas en que se puede trabajar en equipo, escogiéndose algunos autores que aportan en la elaboración de la monografía. Mourão (1997), manifiesta que la forma de trabajo en equipo dependerá de los grados sucesivos de cooperación y coordinación de las disciplinas profesionales. Entre su clasificación encontramos la multidisciplinaria que resulta de la coexistencia de varias disciplinas trabajando sin tener relación entre sí, por lo que los profesionales de diferentes áreas trabajan aisladamente, prácticamente sin cooperación e intercambio de información, a no ser un sistema de referencia y contra referencia.

Esta forma de trabajo se puede visualizar cuando una de las Trabajadoras Sociales en la entrevista plantea que la relación con los demás profesionales en el centro donde desempeña su quehacer es sumamente fragmentada: “el psiquiatra por un lado, (...) los coordinadores de los grupos que en general son psicólogos, después están los talleristas (...), conmigo no hay interacción ninguna” (Entrevistada N°2). Además añade que en caso de haberlo, solo es para

preguntar sobre algún recurso, o derivación de un usuario, sin existir un espacio de intercambio sobre la situación y mucho menos sobre una elaboración de estrategia de trabajo. Por otro lado, en el departamento de Maldonado como parte del trabajo en equipo se crea el sistema único de registro, el cual permite tener acceso a la información de las/os usuarias/os que transitan por los diferentes espacios de atención a la Salud Mental.

La interdisciplinariedad auxiliar, sucede cuando se utiliza los aportes de una o más disciplinas para el dominio de una disciplina en particular, posicionándose como campo receptor y coordinador de las demás. Muchas de las prácticas usuales de colaboración entre profesionales de la salud mental terminan siendo auxiliares y el trabajo social desde sus orígenes ha contribuido a esta modalidad, especialmente en el campo de la medicina.

La interdisciplinariedad suele entenderse como estructural, recíproca, de enriquecimiento mutuo, tendiente a la horizontalidad en las relaciones de poder entre los campos implicados.

Ramírez de Mingo (1992, p.127) expresa que:

El trabajo interdisciplinar no es la yuxtaposición de disciplinas, ni la mera discusión de tareas entre diferentes profesionales. Es un enfoque o concepción de trabajo. Es, por tanto, algo más que un método o una técnica, posibilitando una visión global de las cuestiones, que son siempre complejas en cualquier situación humana y social, haciendo posible una planificación conjunta del trabajo a todos los niveles e integrando las aportaciones de las diferentes disciplinas-profesiones en una respuesta global más rica en matices, más adecuada en los diferentes aspectos de la situación

En consecuencia, el autor define como equipo interdisciplinario o llamado también interprofesional, como el conjunto de profesionales de diferentes disciplinas que tienen un objeto común, en un plano horizontal en relación a las relaciones de poder y a la hora de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de las intervenciones que puedan hacer, cada uno desde su campo del saber (desde la especificidad de su disciplina) y capacidad para organizar sus actuaciones de acuerdo a las características y prioridades del problema.

Por consiguiente, en tres de las entrevistas se visualiza el trabajo en equipo interdisciplinario. Una de las entrevistadas plantea que su equipo se encuentra constituido por trabajadora social, psicólogo y psiquiatra, y desde el momento en el que concurre el usuario y/o la familia a la primera entrevista los encuentra a los tres. En Maldonado se implementa el comité de recepción el cual se encuentra conformado por psicólogo y psiquiatra o psicólogo y trabajador social, pero en el cotidiano, dependiendo de las tareas a abordar, se trabaja

interdisciplinariamente en tríos o duplas. Por otro lado, la profesional restante, solo realiza trabajo interdisciplinario con una psicóloga, con la que hace dupla en la comunidad terapéutica.

No obstante, todas ellas coinciden en que esta modalidad de trabajo es el camino por el que se debe transitar, el cual es difícil, pero trabajar así “es la única forma de crecer como profesionales y que el trabajo con los usuarios sea un proceso armónico, con buenos resultados” (Entrevistada N°3), además plantean que las reuniones de equipo, dependiendo del dispositivo, suelen realizarse semanal o mensualmente, propiciándose allí el espacio, para repensarse y repensar las prácticas, e inclusive modificar los proyectos terapéuticos de las/os usuarias/os.

Por último y no menos importante, las trabajadoras sociales con más años de experiencia, enfatizan en que el equipo se encuentra integrado por todos aquellos que desempeñan tareas en el centro, desde la cocinera, la limpiadora, los talleristas, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, porque todos de alguna u otra forma, favorece el proceso de rehabilitación de la persona, en donde cada uno aporta una mirada diferente, o en su espacio sucedió algo que puede contribuir al mismo.

Ramírez de Mingo (1992) expresa que las principales dificultades que el Trabajador Social tiene que enfrentar al integrar equipos multidisciplinarios es, lograr modificar opiniones y actitudes preconcebidas e inadecuadas que le asignan roles de: paternalista (su población objetivo son personas de bajos recursos y excluidos socialmente cuyas intervenciones son asistenciales; suelen pensar que se actúa por intuición y sin técnicas de trabajo; suple deficiencias administrativas en el equipo), y burócratas (entre ellos se encuentran realizar trámites administrativos, a usuarios o funcionar como “guía de recursos humana”). Por dichas razones también se pone en juego en muchas ocasiones, el status del Trabajo Social en su integración en los equipos interdisciplinarios.

Para ir finalizando este segundo eje, Bentura (2006, p.15) plantea que:

El Trabajador Social, a nuestro entender debería tener una importante formación teórica que le permita establecer las mediaciones necesarias para intervenir sobre la realidad, a partir de la comprensión de por qué y sobre qué se actúa. Es necesario, entonces, pensar, en formar un profesional que pueda posicionarse de manera diferente superando el lugar de subordinación y mero instrumento administrativo que muchas veces ocupa la profesión

De todas formas, la autora plantea que la profesión, viene transitando un proceso favorable de emancipación de la larga historia de subordinación con respecto a otras disciplinas, en este

caso la psiquiatría y psicología, logrando para así la autonomía necesaria que le permita intervenir en la realidad social desde un lugar de igualdad.

3.3. El Trabajo Social en el marco de Ley N°19529

Este último eje podría tornarse un poco ambicioso, debido a que la ley es reciente y resulta imposible una evaluación de la misma en relación a la profesión. Por consiguiente, la intención es poder visualizar, si luego de aprobada la misma, las tareas se han ampliado o modificado.

Tres de las entrevistadas expresan que sus tareas no se han ampliado o modificado luego de aprobada la Ley N°19529, ya sea porque el centro venía trabajando en esa línea desde antes o porque aun la profesión está construyendo su camino en la institución.

En cambio, otra de las profesionales entrevistadas plantea que anterior a la ley su intervención era prácticamente a demanda, resultándole imposible poder pensar en procesos y posterior a ésta, la institución en la que desempeña su labor profesional inició un proceso de reforma que va en la línea de la Ley de Salud Mental, lo que le permite: incorporarse a un equipo, pensar, crear y evaluar en conjunto proyectos individuales para el trabajo con las/os usuarias/os, trabajar en los dispositivos de seguimiento domiciliarios, la casa de medio camino, trabajar en red, participar en el comité de recepción (este permite definir la demanda y orientar al usuario/a) en tanto la ley pone por escrito los derechos y la tendencia a la desinstitucionalización.

Una de las críticas actuales radica en que la ley se encuentra aprobada, no así los recursos y mecanismos para llevarla adelante, de todas formas, se encuentra en proceso de reglamentación y se está trabajando en un Plan Nacional de Salud Mental.

Para trabajar desde una concepción biopsicosocial con un enfoque comunitario y humanizante dentro de las posibilidades que se tengan, resulta imprescindible, según plantea una de las entrevistadas, trabajar en red, ya que los recursos son limitados. Un ejemplo de ello, es en relación a lo habitacional, en donde las casas asistidas cuentan con pocos cupos, y por otro lado, no todas/os las/os usuarias/os y familias cuentan con recursos económicos para solventar la cuota.

La profesional expresa que:

El rol del trabajo social, la ley y todo esto que estamos hablando tiene que dirigirse a la persona, pero tiene que dirigirse a la sociedad, tiene que dirigirse a la conciencia del ámbito político, de el ámbito académico de la formación; si no se tocan esas cosas no cambia, porque estas pensando de forma paternalista, pensando en el técnico y el usuario, y no es ese el

binomio en cuestión, no es el usuario. Es, primero el usuario es una persona, que tiene que tener derechos y para poder gozar de esos derechos tiene que haber en el ámbito académico una formación adecuada. Esto de la interdisciplina hay que enseñarlo y vivirlo. El asunto de la política con su plan yo no me he puesto a mirar los programas de todos los partidos a ver que dicen de la salud mental, serían interesante, ir a la barra del legislativo y decirles, ¿señores ustedes saben que son los ámbitos de rehabilitación y que es la desinstitutionalización, cuales son los derechos y de que se trata la ley? Si no hay respuestas sociales reales, ¿de qué estamos hablando? Hay mucho para hacer, pero bueno (Entrevistada N°4)

De las entrevistas realizadas se desprende que, es importante introducir y trabajar la temática de la Salud Mental en todos los ámbitos de la sociedad, debido a que resulta impensado que desde el ámbito sanitario se resuelva todo.

Las trabajadoras sociales entrevistadas proponen instancias psicoeducativas, o como plantea Claramunt (2009) acciones socioeducativas, con el fin de hacer visibles las necesidades de esos otros, generar conciencia ciudadana y promover sus derechos. Por tal motivo, consideran de importancia que el trabajo intersectorial, “no sea un slogan o un artículo de la ley”, y para ello, se necesita del compromiso todas las instituciones (Entrevista N°1).

Por otro lado, mencionan que son pocas las horas que los centros destinan a la profesión, al igual que el número de contratados, para todas las tareas que se deben realizar. En tanto, una de las entrevistadas sugiere la idea de incorporar la dedicación total con sueldos dignos y acordes al trabajo en el área, debido a que habitualmente luego de cumplidas las horas de trabajo, se sigue trabajando por fuera, por ética y respeto a las/os usuarias/os.

De las entrevistas a las profesionales se desprende que el trabajo que desempeñan y las horas de contratación no condicen con la ardua tarea que tienen y los ingresos que perciben por ella.

Por último, considerando el discurso de las entrevistadas se cree pertinente introducir en el ámbito académico una materia en relación al trabajo social, la salud mental y los derechos humanos, que le permita al profesional a la hora de egresar ser más competitivo en dicho campo.

CONSIDERACIONES FINALES

La intención de este documento es exponer de manera reflexiva, la importancia del quehacer profesional de las/os trabajadoras/es sociales a la hora de integrar un equipo interdisciplinario que trabaja en el campo de la Salud Mental-Rehabilitación Psicosocial.

Durante el proceso de elaboración de la monografía se presentaron varios obstáculos. El primero fue definir con exactitud el objeto de estudio y de qué manera abordarlo.

El segundo, fue en relación a la muestra. En un principio se pretendía realizar entrevistas a Trabajadoras/es Sociales de Montevideo y área metropolitana, pero dos de los centros con quien se mantuvo comunicación, no contaban en la actualidad con un profesional trabajando. Por lo que la muestra termina por delimitarse a cuatro profesionales, dos que desempeñan actualmente labor en centros de rehabilitación psicosocial en Montevideo y otras dos en el departamento de Maldonado.

Al trabajar con dicha muestra, se proyectaba que podrían existir diferencias en relación a como desempeñan el rol y la posición que ocupa la profesión en los diferentes departamentos, así como también, por formar parte de dos esferas diferentes como lo son la pública y la privada.

La diferencia entre las entrevistadas en relación a los planes en que se formaron (pudiendo ser uno de los determinantes para el ejercicio profesional) y los espacios en donde desempeñan su labor, podría representar una fortaleza para el trabajo.

No obstante, se considera que las entrevistas no arrojan elementos importantes de diferenciación en relación a los aspectos mencionados, más que en relación a la historia del Trabajo Social con comentarios como: “a veces se requiere alguna cosa asistencial y no niego cuando las tenemos que hacer” (Entrevistada N°4), o “la historia nos condena” (Entrevistada N°2). La primera profesional mencionada, no niega realizar acciones asistenciales en aquellos casos de carácter urgentes, por ser uno de los ejes en su formación; en cambio, la segunda profesional se forma en el Plan 92, en donde se tornan relevantes otras modalidades de intervención, como por ejemplo la socioeducativa.

Las entrevistadas perciben a la salud mental como parte de la salud integral de la persona y como plantea Fernández (2009, p.37-38):

En realidad, la salud mental es mucho más que la mera ausencia de enfermedades mentales, es una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a la crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida.

La salud mental se podría pensar como uno de los componentes de la salud integral de las personas y dentro del cambio en el modelo, resulta imprescindible pensar acciones en salud mental, en donde la ley “impone una responsabilidad que no es propia ni exclusiva de un sector, ni tampoco de un saber. Es una responsabilidad colectiva tanto como una deuda pendiente que se trasluce en la palabra y la visibilización de las personas con discapacidad” (Palacios, Iglesias, 2017; p.21). Mediante la ley se pretende exponer la importancia, de que incluso una pieza del engranaje social pueda recuperar su condición de persona, ser sujeto de derecho, y es ahí en donde el Trabajador Social comienza a tener relevancia, ya que es una profesión que defiende y promueve los derechos humanos. En tanto, la ley de Reglamentación del Trabajo Social Uruguayo aprobado en agosto del presente año, pone de manifiesto en el Artículo 3 que la profesión

Promueve la dignidad y el desarrollo humano, la participación y el acceso real a los derechos y bienes sociales, materiales y culturales producidos socialmente sin discriminación basada en género, edad, orientación sexual, origen étnico-racial o socioeconómico, filiación religiosa o política, discapacidad, ni de ninguna otra índole

Por tal motivo, el/la trabajador/a social como parte de un equipo interdisciplinario que aborda los problemas de la salud mental en centros rehabilitación psicosocial, según plantean Morales y Pereyra (2017), deben hacerlo a través de un paradigma social-expansivo, que rompa con la estructura individual-asilar-restrictivo-biológico, en donde las personas sean parte activa de la comunidad y puedan construir entornos más saludables, basada en una práctica real de una problemática real. Se puede observar, a partir de las entrevistas, una resistencia al interior de los equipos, y en donde la multidisciplina se puede confundir con interdisciplinariedad. Por tal motivo, “no basta con cerrar los manicomios si no erradicamos la lógica manicomial de nuestras cabezas, de nuestra cotidianeidad, de nuestra universidad” (Morales, Pereyra, 2017; p.220). Así como plantea Castejón en una conferencia en Anfiteatro del Hospital de Maldonado (2018), la Salud Mental “no es cosa de locos, es cosa de todos”.

Por otro lado, es imprescindible en la construcción del rol del trabajo social,

Reconocer en la práctica la funcionalidad al sistema como parte de nuestra identidad profesional, nos permitirá saber muchas veces la posición en que estamos situados, tanto en la lógica del poder como de los límites y alcances posibles de nuestra praxis. La autocrítica profesional y no una cuasi-excursión teórica nos permitirá hilar a través de nuestra propia experiencia las contradicciones cotidianas a las que estamos sujetos (Carballeda, 2008)

Por consiguiente, la/el profesional va construyendo su rol dentro de la organización, pudiéndose detectar que en algunos espacios su papel se encuentra más reconocido que en otros. De todas formas, siempre tendrá que repensar su intervención desde un sentido ético, no perdiendo en el quehacer profesional el cómo y para quién se interviene. La persona es el eje de un proyecto terapéutico y constructores de proyecto de vida, en donde la persona “debe ir adelante y nosotros acompañando” (Castejón, 2018).

El Trabajo Social como profesión que tiene una mirada social, puede detectar situaciones que quizás un profesional de otra disciplina no consideró y que contribuye en el proceso de rehabilitación de la/el usuaria/o. Por ejemplo, cuando logra desde su entrevista social visualizar que la/el usuaria/o viene siendo acompañada/o en su proceso por una historia de violencia, que puede estar potenciando su patología al no ser abordada.

Por consiguiente, el Trabajo Social es tan importante como las demás profesiones que se desempeñan en el área de la Rehabilitación Psicosocial, cuyo trabajo debe hacerse interdisciplinariamente y en plena horizontalidad.

La profesión en un gran número de instituciones, viene realizando una gran tarea para colonizar campos de saber que han sido históricamente atribuidos a otras disciplinas, sin imponerse a éstas. Pues, como plantea Burke, “el peor error es no hacer nada por pensar que es solo poco lo que se puede hacer”. Se considera que una de sus principales fortalezas, es que es una profesión que todo el tiempo se está haciendo preguntas, las cuales permiten visualizar rutas de salida en su proceso de intervención.

El Trabajador Social es un profesional facilitador y asesor de recursos, pero no es la profesión que suplanta las actividades de otros técnicos. Es un profesional con una “contribución única y sustancial basada en la naturaleza social del problema” (Páez *apud* Aquín, 1995; p31).

En tanto, si en rehabilitación psicosocial se trabaja con los usuarios/os con el objetivo de potenciar sus habilidades, fortalecer su autonomía y fomentar sus derechos, entonces, las acciones de las/os trabajadoras/es sociales deben ir más allá de lo asistencial, desarrollando en su intervención, otros tipos de acciones como puede ser la socioeducativa, y en caso de que sea necesaria una intervención de carácter asistencial, una de las entrevistadas plantea, que la demanda debe de provenir de la/el usuaria/o y no por parte la institución, porque ello contribuiría a su proceso de rehabilitación.

Por otro lado, Sosa (2010, p.20) plantea que el trabajo social en salud mental “apunta a trascender los parámetros del mundo “normalizado” a través de la búsqueda de alternativas viables en pro de la inclusión que se promueva en la heterogeneidad, reconociendo y

aceptando diferencias”. Trascender el mundo normalizado implica reconocernos a todos como iguales, como personas, cada uno con sus diferencias, pero en fin, todas personas que integran una misma sociedad. Por consiguiente, se debe hacer esfuerzos para que la enfermedad no genere la etiqueta de loco, de peligroso, que lo vulnere y estigmatice.

Por ejemplo, la pensión por discapacidad, es considerada un beneficio que contribuiría a una vida digna permitiendo mediante ese ingreso, por ejemplo comer y vestirse; pero, este beneficio también puede ser causante de estigma a una población que ya se encuentra vulnerada por problema en su salud mental.

Por otro lado, es importante que las/os profesionales que trabajan en el ámbito de la salud y específicamente en Salud Mental, puedan ser cuidadas/os, en fin, “cuidar a los que cuidan”, no solo por la carga horaria que tiene el trabajo social, la cual se considera poca y la/el profesional sigue trabajando luego de salir de la institución (Entrevistada N°3).

Por último, como ya se mencionó en el capítulo anterior, se sugiere que dentro de la malla curricular en Facultad se incorpore alguna materia que tenga relación con el Trabajo Social, la Salud Mental y Derechos Humanos, que permita que la/el profesional por su formación, no se sienta en desventaja ante las demás profesiones que trabajan en el campo. De todas maneras, se considera que:

(...) para el campo específico del Trabajo Social, es preciso formular proyectos profesionales (...). Lo que sostenemos es la necesidad de formular alternativas que aseguren una práctica profesional autónoma, que nos brinde la capacidad de comprender, de definir los problemas y de delimitar la intervención, y que nos permita, asimismo, desarrollar una acción (...) Es decir, que conduzca a hacer efectivos, como decíamos antes, derechos que ya constan en las normas, pero que siguen siendo virtuales. Desde este punto de vista, las instituciones no solamente son un lugar de desempeño profesional, sino que también deben ser objeto de la reflexión y de la práctica de los trabajadores sociales” (Alayon *apud* Rozas, 2007; p.15).

Para finalizar, se considera que los objetivos planteados en la introducción son abordados y cumplidos a lo largo del documento.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, L. (1998) Modernidad y Servicio Social: Un estudio sobre la génesis del servicio social en el Uruguay. 240 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-graduação. ESS/CFCH - UFRJ, Rýo de Janeiro. Orientador: Marilena Jamur.
- Acosta, L. (1987) Acción del servicio social en los programas de salud a nivel
- Alòs, M. (1997) “Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental” Expresidenta del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya.
- Amarante, P. (2006) Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Buenos Aires, Argentina: Madres de Plaza de Mayo.
- Antonini, F., Alba, F., Guida, S., Poles, N., Suarez, S. (2010) Trabajo Social y Salud Mental. La intervención profesional en el campo de la salud mental. Argentina.
- Aquín, N. (1995) Acerca del objeto del Trabajo Social”, en: Revista Acto social IV/ N°10. Universidad Nacional de Córdoba.
- Arduino, M; Ginés, A. (2002) Noventa años de la Colonia Etchepare. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 66, N°2. 2002. <http://www.mednet.orq.uy/spu/revista/oct1998/paq37.htm>
- Alday, M., De Batti, N, Nicolini, G (2001). El Trabajo Social en el Servicio de Justicia. Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina
- Becerra, R., Kennel, B. (2008) Elementos básicos para el Trabajo Social en Salud Mental. 1ed. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Barrán, J. (1992) Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo I La cultura bárbara en el Uruguay (1800-1860). Tomo II El disciplinamiento (1860-1920). Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1993) Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900. Tomo 2, La Ortopedia de los Pobres. Ed. Banda Oriental, Montevideo.
- Barrán, J.P. (1994) Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos, Tomo 11, La ortopedia de los pobres; Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.
- Batthyány, K., Cabrera, M. (2011) Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial. Universidad de la República.
- Bentura, C. (2009) La sutil y aparente “ingenuidad” del concepto de riesgo en el campo de la salud. Revista Fronteras N°5. Montevideo.

- Bentura, C. (2011) Salud y trabajo social: ¿un campo social envejecido? Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Busto, C., Mantilla, M. (2002) Primeras jornadas de la residencia de Trabajo Social: Reconstruyendo diez años de historia. En Revista Margen Numero 26
- Cano, A. (2010). La metodología de Taller en los procesos de Educación Popular. (Ficha Educación Popular)
- Carballeda, A. (2012) La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunas interrogantes y perspectiva Margen N°65 (<https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf> (3/6/18))
- Carballeda, A. (2008) La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. Margen n°48 <https://www.margen.org/suscri/margen48/carbal.html> (1/9/19)
- Casarotti, H (2007) Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en Uruguay. Revista de psiquiatría del Uruguay. En: http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/07_asm.pdf
- Claramunt, A. (2009) El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones hacia la definición de una cartografía de la protección en la actualidad. Revista Fronteras N°5. Montevideo
- Claramunt, A. (2012) La formación continua de los trabajadores sociales en debate: trayectoria, límites y desafíos. En: <http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wpcontent/uploads/sites/5/2015/07/Fronteras-Claramunt.pdf> (Agosto, 2018)
- Cohen, H. (2009) Salud mental y derechos humanos: vigencia de los estándares internacionales. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1ª. Ed.
- De León, N. (2017) (coordinador) Salud Mental, comunidad y derechos humanos. Psicolibros. Montevideo. Uruguay.
- Del Castillo, R. (2011) Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay.
- Failache, M y Salgado, M. (2002) Trabajo Social y VIH - Sida. El transitar hacia un equilibrio cotidiano. En Revista de Trabajo Social N° 24. Montevideo, Uruguay.
- Faleiros, V. (1992) Trabajo Social e Instituciones. Editorial Humanitas. Buenos Aires.
- Fernández, B (2009) Complejidad social y salud mental. Montevideo, Ed. CSIC, Universidad de la República.
- Fernández, B (2015) Texto, Pretexto y Contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay Progresista. Ediciones Universitarias UCUR

- Goffman, E. (1970) Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Argentina, Amorrortu.
- Goffman, E. (1970): Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, V. (2009) Salud Mental y posicionamiento ético de la profesión. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo.
- Giddens, A. (1999) Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas. Taurus, Madrid.
- Lasch, C. (1995) Refugio en un mundo despiadado. Reflexiones sobre la familia contemporánea. Editorial Gedisa
- Malacalza, S. (2000) La autonomía del sujeto dialogo desde el trabajo social. Espacio Editorial
- Mourao, E. ("1997) Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental". En: Serviço Social & Sociedade. Brasil. N° 54.
- Mitjavila, M. (1998) El saber médico y la medicalización del espacio social. Documento de Trabajo N° 33. UDELAR. FCS. Departamento de Sociología, Montevideo.
- Morales, F., Pereyra, M. (2017) Actualización de la normativa sobre salud mental en Uruguay. En: Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Editorial Psicolibros Universitarios.
- Núñez, V. (2016) Un análisis exploratorio de las formas de atención a la enfermedad mental en Uruguay (1860-1940). Montevideo, Uruguay.
- Oosterhuis, H. (2018) Locura, salud mental y ciudadanía: del individualismo posesivo al neoliberalismo. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n134/2340-2733-raen-38-134-0515.pdf> (2/8/19)
- Ortega, E. (2003) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista Tesis de maestría. Montevideo
- Ortega, E. y Mitjavila, M. (2005) El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica. Revista Katálysis, vol. 8, núm. 2. Universidad Federal de Santa Catarina.
- Ortega, E. (2008) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Ediciones Trilce. Montevideo.
- Ornellas, M (2007) Rehabilitación psicosocial en salud mental: construcción de estrategias. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.15 no.4 Ribeirão Preto

- Palacios, A., Iglesias, M. (2017) La convención de los Derechos de las personas con Discapacidad. La Salud Mental y los Derechos Humanos. ¿Logros para mañana? En: Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Psicolibros. Montevideo, Uruguay.
- Pastorino, G. (1999). El necesario desafío del trabajo interdisciplinario en el campo de la Salud Mental mediante la conformación de equipos con la inclusión de Trabajadores Sociales. Trabajo final de la Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Sin publicar, presente en Biblioteca. Montevideo, Uruguay
- Paulín, M., Arrondo, A. (2005) Rehabilitación Psicosocial. Fortalecimiento de la autonomía de las personas con padecimiento mental. IV Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos. Asociación Madres Plaza de Mayo.
- Ramírez de Mingo, I. (1992) El Trabajo Social en los Servicios de la Salud Mental. Madrid: EUDEMA.
- Romano, S; Novoa, G; et. al. (2007) El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. Revista de Psicología de Uruguay
- Rozas, M (coord.) (2007) La profesionalización en Trabajo Social. Rupturas y continuidades, de la Reconceptualización a la construcción de proyectos ético-políticos. Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Sánchez, S. (2015) La práctica del Trabajo Social en salud: Medicalización o reivindicación de derecho. El caso de siete hospitales públicos en ciudad de La Plata. Tesis de Maestría. La Plata, Argentina.
- Sevilla, K. (2004) Intervención en Equipos Interdisciplinarios, Multidisciplinarios y Transdisciplinario: Reconstrucción de experiencia profesional
- Sosa, M. (2010) Salud mental: la importancia del abordaje interdisciplinario a través de los equipos comunitarios de salud mental. Problemas y potencialidades. Tesis de grado.
- Techera, A.; Apud, I.; Borges, C. (2009) La sociedad del olvido. Edición CSIC-Universidad de la República.
- Valles, M. (1997) Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Barcelona, España.
- Weinstein, L. (1988) Salud y Autogestión. Ed. Nordan, Montevideo.
- Weissaupt, J. R. (1988) As funções sócio-institucionais do serviço social São Pablo, Cortez Editora.
- Zaffaroni, C., Solari, D (1980) Elementos para un perfil profesional del trabajo social: Uruguay. Ediciones Celats. Lima, Perú.

FUENTES DOCUMENTALES

- Ley N° 19529 de Salud Mental en Uruguay (2017) <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017> (29/5/2018)
- Plan de Estudios (1992) Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social, Licenciatura de Trabajo Social.
- Plan de Estudio (2009) de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Extraído de: <http://cienciassociales.edu.uy/ensenanza/grado/licenciatura-en-trabajo-social/> (22/02/18)
- Organización Mundial de la Salud (2013): “*Salud mental: un estado de bienestar*”. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ (Revisado 20/02/2018)
- Ley 39/2006 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990> (20/08/19)
- Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud (2011). Departamento de programación estratégica en salud, áreas de ciclo de vida. Programa Nacional de Salud Mental. Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Integrado de Salud. Montevideo, disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental_0.pdf.
- OMS Ginebra 2004 “Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, practica”
- WARP y OMS (1996). *Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR / WHO*. Recuperado de: <http://docplayer.es/13959050-Rehabilitacion-psicosocial-declaracion-de-consenso-wapr-who-contexto-definicion.html> 21/2/1018
- OMS (2001) Documentos básicos. 43ª. Edición. Ginebra.
- Código de Ética del Trabajo Social en Uruguay (2015). Recuperado de <http://www.adasu.org/prod/1/46/Codigo.de.Etica..pdf> 23/6/2018
- Castejón (2018) Apuntes de Jornada de trabajo sobre Salud Mental. En Hospital de Maldonado.
- Proyecto de Reglamentación del Trabajo Social Uruguayo <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/D2018050937-009757194.pdf>