



Ciencias Sociales
Universidad de la República
URUGUAY



**Trabajo
Social**

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

Monografía Final de Grado

***Reflexiones sobre la Salud Mental y sus
transformaciones en Uruguay***
***-El lugar que ha ocupado el Trabajo Social en esta
área de estudio-***

Estudiante: Flavia Figueredo

Tutora: Prof. Mag. Celmira Bentura

Montevideo, Uruguay

Noviembre de 2020



AGRADECIMIENTOS

A mi familia que fue y es un pilar importante en este recorrido académico, en especial a mis padres por la motivación y el apoyo incondicional.

A mis amigas, mis hermanas de la vida, por acompañarme en todo el proceso motivándome cada día para que no me rinda y logre el objetivo.

A mis amigas/colegas, especialmente a Sabri, Noni, Mica, que son lo más lindo que me dejó Sociales, porque sin este equipo no sé qué hubiese sido de mis prácticas, siempre al pie del cañón, apoyándonos unas a las otras, aprendiendo y conociéndonos día a día. Gracias, y más gracias.

A Mari H., otra amiga que me dejó la Facultad, la que siempre me preguntaba cómo iba, con la que compartí momentos de plena felicidad y otros no tanto; aquella con la que pase horas y horas estudiando porque lo íbamos a lograr y lo logramos colega, estoy tan orgullosa y feliz de poder compartirlo juntas. Gracias por ser incondicional en este proceso.

A mis colegas y funcionarios del Hospital Vilardebó, lugar donde realice las prácticas pre profesionales, donde me acompañaron, aconsejaron, sugirieron, y de quienes aprendí el que hacer de esta hermosa carrera que elegí y elijo.

A Celmira, por su aliento y sus recomendaciones.

ÍNDICE

Introducción -----	1
Presentación del tema de estudio -----	4
CAPÍTULO I: Binomio Salud-Enfermedad desde una perspectiva histórica	
Una aproximación a los conceptos Salud-Enfermedad-----	8
Historia de la locura-----	11
El rol de las instituciones en la actualidad-----	14
CAPÍTULO II: La Salud Mental en Uruguay	
Recorrido histórico de la Salud Mental-----	19
Programa Nacional de Salud Mental (PNSM)-----	24
Nueva Ley de Salud Mental N°19.529-----	27
CAPÍTULO III: El Trabajo Social y la Salud Mental en Uruguay	
Recorrido histórico conceptual del Trabajo Social-----	29
Rol del Trabajador Social en el área de la Salud Mental-----	34
Reflexiones Finales -----	38
Referencias bibliográficas -----	41
Fuentes consultadas -----	44

INTRODUCCIÓN

El presente documento constituye la Monografía Final de Grado requerida curricularmente para la obtención del título universitario de Licenciada en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

La temática que se desarrollará a lo largo de este estudio versa sobre una revisión histórica bibliográfica en el campo de la Salud Mental trazando sus diferentes concepciones y transformaciones a lo largo de la historia. A partir de ello, interesa indagar acerca del lugar que ha ocupado el Trabajo Social en esta área de estudio.

El interés por este tema surge en el marco de la práctica curricular pre-profesional: *Protección social, Instituciones y Prácticas Profesionales* desarrollada durante los años 2017 y 2018 en el Hospital Vilardebó, centro de referencia en el campo de la Salud Mental en nuestro país. En aquella oportunidad, quien suscribe desarrolló funciones en el Departamento de Trabajo Social de dicha institución compartiendo experiencias cotidianas con los Trabajadores Sociales. Es a partir de allí, que se comienza a conocer la dinámica del Hospital psiquiátrico, además de las transformaciones que ha tenido la Salud Mental en nuestro país. En el día a día, se pudo captar mediante discursos de los técnicos cómo esta ha ido evolucionando con el pasar del tiempo, ya sea en relación a la concepción que se maneja en este tipo de instituciones hasta sus diferentes formas de intervención. Teniendo en cuenta lo planteado hasta el momento es que surge el interés por este tema de estudio con el propósito de generar un espacio de análisis y reflexión acerca de la Salud Mental a partir de sus diferentes concepciones y transformaciones a lo largo de la historia, teniendo en cuenta además los avances que se han desarrollado en relación a esta área, como por ejemplo la reciente implementación de la Nueva Ley N° 19.529, la cual se cree ha consolidado un proceso de cambio que ya se venía dando desde hace mucho tiempo atrás.

Para este estudio, se considera pertinente utilizar datos producidos por diferentes instituciones de referencia en el campo de la Salud Mental, como son los elaborados por el Hospital Vilardebó y otras organizaciones vinculadas al área. También se tomaron los aportes realizados por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)

acerca de los cambios desarrollados en cuanto a la atención de la Salud Mental, y una selección de material bibliográfico con el fin de profundizar aún más en los aportes brindados por las fuentes anteriormente mencionadas.

Por último, se cree pertinente señalar que se realizó una búsqueda exhaustiva de antecedentes que aborasen las diferentes concepciones y transformaciones sobre la Salud Mental a nivel mundial y específicamente en Uruguay, hallándose diversos estudios que tratan este tema de investigación.

A pesar de ello, se intentará en esta monografía generar un nuevo insumo de conocimiento en relación a la Salud Mental apostando a una mayor visibilización de la misma desde el Trabajo Social, analizando por tal motivo el rol que tiene esta disciplina y cómo interviene sobre la misma.

Para ello, se cree relevante tomar en cuenta los aportes realizados por Adela Claramunt (2009) quien plantea que esta disciplina presenta varias funciones siendo una de ellas la investigativa. La misma es un recurso importante para la producción de conocimientos, ya que tiene como principal objetivo, contribuir a la comprensión de la realidad social. En este sentido, el técnico mantiene una “actitud investigativa”, la cual implica prestar atención y tiempo al registro, a la sistematización de los procesos y a la reflexión sobre el trabajo realizado. De esta manera, se definirá a esta monografía final de grado teniendo en cuenta que la práctica profesional se encuentra ligada a la producción de conocimiento; sustentada en una teoría, la que a su vez orienta las acciones a definir.

El trabajo se encuentra estructurado en tres capítulos, el primero de ellos, se titulará *El binomio Salud-Enfermedad desde una perspectiva histórica* el cual plasma el recorrido conceptual de los términos salud-enfermedad indagando en su devenir histórico. El segundo capítulo: *La Salud Mental en Uruguay* profundiza sobre ello apuntando a la especificidad en nuestro país, destacando algunas instituciones de referencia en este campo como es el caso del Hospital Vilardebó. El último capítulo denominado: *El Trabajo Social y la Salud Mental en Uruguay* expone un breve recorrido histórico sobre la génesis del Trabajo Social en nuestro país y su vinculación

en el ámbito de la Salud y específicamente de la Salud Mental, teniendo en cuenta además, la pertinencia de la disciplina en dicha área.

Finalmente, se plantean algunas reflexiones a las cuales se ha arribado luego de haber abordado a la Salud Mental en Uruguay.

PRESENTACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

En la presente Monografía Final de Grado se reflexionará y analizará acerca de la Salud Mental y sus principales características a partir de sus diferentes concepciones y transformaciones a lo largo de la historia. Específicamente, se indagará sobre el lugar que ha ocupado y ocupa el Trabajo Social en esta área de estudio. Se tendrá en cuenta para dicho análisis la experiencia desarrollada en Uruguay y el abordaje realizado por algunas instituciones de referencia en el campo de la Salud Mental de nuestro país como es el caso del Hospital Vilardebó, los Centros de Rehabilitación Médico Ocupacional y Psicosocial (CEREMOS), entre otras.

Las transformaciones ocurridas en el ámbito de la Salud Mental se han ido construyendo a lo largo de la historia en diferentes épocas, teniendo en cuenta el tiempo y el espacio. La Salud Mental, es una disciplina surgida a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX. “(...) esta se institucionalizó como precaución social, como higiene del cuerpo social en su totalidad (...)” (Foucault, 2000, p.115) produciéndose a partir de ello una distinción que clasificaba lo “normal” y “anormal”, lo “corregible” y lo “incorregible”.

De este modo, los denominados “normales” se destacan por acatar las reglas impuestas por la sociedad, actuando conforme a lo esperado, siendo parte de ella y no quedando excluido mientras que los llamados “anormales” no pueden dar cumplimiento a lo anteriormente nombrado. “(...) la institución es la sanción que tiene la función de llevar al anormal a la normalidad: es por lo tanto el lugar -dentro de la norma- para las desviaciones de la norma” (Castellanos, Martin, Moledda, Taucar, 1998, p.24-25).

Se perseguía un proceso de normalización de la sociedad entendiendo a la norma en términos de Foucault (2000), como portadora de poder, la cual trae aparejado un principio de clasificación y de corrección. Los diagnósticos psiquiátricos y la institucionalización buscaban discriminar lo normal de lo patológico identificando ciertas características, síntomas y rasgos de la personalidad clasificando a las personas dentro de un grupo o clase. “Es así como se instituye la función del hospital psiquiátrico

(...) lugar de diagnóstico y de clasificación” (Foucault, 1990, p.72), considerándose esta institución como un centro de referencia en el área de la Salud Mental.

A este tipo de instituciones Goffman (1970) las denomina instituciones totales. En relación a ello, el autor describe a la misma como: “Un lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro, una rutina diaria, administrada formalmente” (p.13). En este sentido, las actividades se comparten, homogeneizándose a la población, allí tienen una misma rutina y responden a un plan institucional permaneciendo internados.

En cuanto al abordaje de la temática Salud Mental en Uruguay, esta está atravesando transformaciones en el marco de la nueva Ley de Salud Mental N°19.529 promulgada el 9 de agosto del año 2017, expresándose en ella un cambio desde una perspectiva de derechos, dejando varios temas en el debe según refieren actores de referencia en el campo.

Dicha Ley se basa en una perspectiva de derechos humanos y dignidad de las personas, destacándose entre sus puntos más relevantes, el establecimiento de una fecha límite para el cierre de las estructuras asilares y monovalentes previéndose ello para el año 2025. Esto queda expresado en el Artículo 38 el cual indica: “El Poder Ejecutivo establecerá en la reglamentación de la presente ley el cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes (...)”, previéndose que sean estas últimas sustituidas por un sistema de estructuras alternativas como son los centros de rehabilitación e integración psicosocial. Otro de los puntos a destacar de dicha Ley es la indicación de que la internación de los usuarios se haga en salas generales y no en salas “psiquiátricas”. En estos puntos se denota una intencionalidad de la Ley dirigida hacia la rehabilitación de la enfermedad favoreciéndose así la inclusión social de los mismos.

La nueva Ley de Salud Mental además de intentar promover la inclusión e inserción social del paciente, pretende abordar a la patología psiquiátrica desde otro lugar, desde el ámbito de la salud y no desde la enfermedad, cuestionándose de este modo el papel que ha ocupado la Salud Mental en nuestro país. Por tanto, hoy en día la mirada sobre esta realidad se está transformando, percibiéndose múltiples cambios los

cuales intentan reinsertar al paciente psiquiátrico a la sociedad apostando a su rehabilitación.

Por tanto, a partir de todo lo desarrollado hasta el momento, surgen las siguientes preguntas que guiarán esta monografía: ¿Cuáles han sido las diferentes concepciones que existen acerca de la Salud Mental a lo largo de la historia?, ¿Cuáles son las transformaciones más importantes que ha tenido la Salud Mental en Uruguay?, ¿De qué manera se ha ido transformando la concepción del paciente psiquiátrico?, ¿Cómo interviene el Trabajador Social en el área de la Salud Mental?. En suma, para dar respuesta a estas preguntas se plantean los siguientes objetivos.

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar y reflexionar sobre la Salud Mental y sus principales características a partir de sus diferentes concepciones y transformaciones a lo largo de la historia, focalizando la mirada en la intervención del Trabajo Social en esta área de estudio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Explorar la concepción salud-enfermedad a lo largo del tiempo.
- Analizar los cambios y transformaciones que ha tenido la Salud Mental en Uruguay y especialmente la concepción del paciente psiquiátrico.
- Conocer acerca de la intervención del Trabajador Social en el área de la Salud Mental.

Siguiendo esta línea de acción, desde el punto de vista metodológico, se considera pertinente en esta monografía abordar la temática desde un enfoque cualitativo. Según Taylor y Bogdan (1984) este tipo de metodología produce datos descriptivos, a partir de lo expresado por las personas ya sea de manera verbal o escrita así como también la conducta observable de las mismas. En este sentido, se tiene en cuenta que el investigador toma a las personas, escenarios o grupos como un todo siendo insumos

para la investigación desarrollada. Sumado a esto, se entiende que este tipo de enfoque es de naturaleza flexible, evolucionaria y recursiva.

Como técnica de investigación se utilizará en esta monografía el análisis de contenido, a partir de documentos producidos por la sociedad para estudiar un tema determinado, en este caso el proceso de transformación de la Salud Mental a nivel internacional y en nuestro país.

Los documentos hacen referencia a soportes materiales de hechos, fenómenos y manifestaciones de la realidad social, los cuales existen independientemente de la acción del investigador. Además, estos se reconocen como fuentes de observaciones sociales con un carácter secundario, abordando el resultado de la percepción e interpretación de los fenómenos sociales de manera escrita. En esta oportunidad, se tomará en cuenta datos producidos por diferentes instituciones de referencia en el campo de la Salud Mental de Uruguay, como es el elaborado por el Hospital Vilardebó, los Centros de Rehabilitación Médico Ocupacional y Psicosocial CEREMOS y demás. Sumado a ello también se utilizarán aportes realizados por ASSE acerca de los cambios desarrollados en cuanto a la atención de la Salud Mental. También se realizará un análisis bibliográfico profundizando aún más en los aportes brindados por las fuentes anteriormente nombradas sobre la temática en cuestión.

CAPITULO I: EL BINOMIO SALUD-ENFERMEDAD DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA

En este primer capítulo, se analizará el binomio salud-enfermedad desde una perspectiva dialéctica, definiendo a la salud como un estado pleno presente en las distintas etapas de la vida del individuo y no como la mera ausencia de enfermedad. Sumado a esto, se realizará una revisión histórica acerca de cómo ha sido percibida la enfermedad mental a lo largo del tiempo hasta la actualidad. Por último, se abordará el rol que tienen las instituciones en el presente y las nuevas alternativas para el abordaje de la Salud Mental.

Una aproximación a los conceptos de Salud y Enfermedad

Parafita (2010) plantea que el análisis de las diferentes concepciones de salud y enfermedad desarrolladas a lo largo de la historia, permiten comprender el porqué de la implementación de determinadas prácticas referidas a la Salud Mental.

Se cree importante en primer lugar, afirmar que la salud se define por su opuesto la enfermedad, por tanto no se puede considerar un concepto sin el otro. La salud y la enfermedad no son estados aislados y diferentes, sino que ambas categorías biológicas y sociales coexisten en una unidad dialéctica conformando un binomio.

Organizaciones tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen a la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹

Por otro lado, dicha Organización también expresa que la enfermedad es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos.

¹Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p.100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. (Organización Mundial de la Salud, s.f, p.1).

En relación a esto, Amico (2005) plantea que ambas concepciones, salud y enfermedad, son construcciones sociales y por tanto varían socio históricamente. Por tal motivo, estos dos conceptos son difíciles de definir debido a que ambos cuentan con un carácter valorativo, estando condicionados por representaciones sociales. Estas últimas, manifiestan una manera de pensar, de interpretar nuestra realidad cotidiana y una forma de conocimiento social. Las representaciones sociales forman parte de un proceso de elaboración cognitiva y simbólica que orienta el comportamiento, relacionando lo simbólico con la conducta. De esta manera, es que entra en juego el carácter valorativo el cual expresa que en función de cómo se interprete cada concepto (salud y enfermedad) será la valoración que se le atribuirá a los mismos.

Se puede decir además, que las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y comportamentales utilizados para designar a una persona como sana o enferma, varían según las representaciones sociales existentes. Por tanto, el hecho de que una persona sea considerada como enferma no solamente depende de las alteraciones anteriormente nombradas sino también de las valoraciones que la sociedad tiene sobre estas personas. Es así que, cada cultura estipulará determinados patrones que definirán cuando un sujeto se encuentre sano física y psicológicamente y cuando no.

Desde luego, (...) las personas pueden cambiar de comportamiento, y si el cambio va en la dirección aprobada por la sociedad es llamado cura o recuperación. Así pues, lo que la gente llama enfermedad mental como tal, no existe. Lo que hay son conductas, conductas anormales. (Castel, 1980, p.8).

Siguiendo la línea de pensamiento del autor anteriormente nombrado, se puede decir que la enfermedad mental es una construcción social, existiendo determinados factores o patrones culturales los cuales indican si una persona está sana o no.

Por otro lado, se piensa a la enfermedad o al trastorno mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en los que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Ello

dificulta la adaptación de la persona al entorno cultural y social en el que vive creando alguna forma de malestar subjetivo.²

Algunos ejemplos de este tipo de enfermedades pueden ser, la esquizofrenia, los trastornos de personalidad, trastornos paranoides, psicosis, depresiones crónicas, entre otras las cuales dificultan o impiden el desarrollo de las capacidades funcionales estandarizadas con respecto a diversos aspectos de la vida cotidiana. Ello puede afectar con mayor frecuencia áreas como la higiene personal, el autocuidado, el autocontrol, las relaciones personales y familiares, la recreación y el ocio, el desarrollo de la autosuficiencia económica por su participación en el desempeño laboral, el que muchas veces se torna difícil de sostener.

Por lo tanto, se puede decir que la persona que tiene una enfermedad mental no sólo se encuentra bajo una situación de vulnerabilidad en cuanto a sus condiciones psíquicas, sino que también existen otro tipo de dificultades que forman parte de la vida cotidiana del individuo. La persona, no sólo aprende a tomar conciencia del trastorno que posee sino que también aprende a convivir con este, teniendo en cuenta que forma parte de una sociedad, influyendo esta sobre la misma.

La OMS (s.f) afirma que: "No existe la salud sin la salud mental" y además que "la salud mental es primordial para el desenvolvimiento humano, social y económico de las naciones y esencial para otras áreas de políticas públicas como son la asistencia social, los derechos humanos, la educación y el empleo" (p.3). La Salud Mental es un factor principal para la vida del ser humano impactando por tal motivo en todas las esferas de la misma.

Es importante realizar un pequeño recorrido histórico sobre cómo ha sido percibida la enfermedad mental a lo largo del tiempo, para poder comprender a la Salud Mental en las diferentes épocas y cómo en cada una de estas la mirada hacia el enfermo psiquiátrico ha ido cambiando.

²No es fácil establecer una causa-efecto en la aparición de la enfermedad mental sino que son múltiples y en ella confluyen factores biológicos (alteraciones bioquímicas, metabólicas, etc.), factores psicológicos (vivencias del sujeto, aprendizaje, etc.) y factores sociales (cultura, ámbito social y familiar, etc.) que pueden influir en su aparición. Recuperado de: <https://avifes.org/enfermedad-mental/>

Historia de la Locura

En el Nuevo Testamento, la locura se consideraba como una posesión de los malos espíritus a los que había que desplazar del cuerpo del enfermo para curarle. En aquella época, la locura era asociada con la divinidad y el demonio, por lo tanto los que se ocupaban de ella eran los hechiceros y los exorcisadores (Delgado, Huletche, 1998, p.58).

En la Edad Media esta idea de que los trastornos psíquicos eran asociados a problemas mágicos-religiosos siguió intacta. Según Foucault (1990) la locura pertenecía a las quimeras del mundo considerando necesaria su atención cuando adoptaba una forma extrema o peligrosa.

En la época mencionada anteriormente, la Iglesia, tenía un enorme poder y por tanto cualquier desviación se comprendía desde un sentido teológico: el cual consideraba que el comportamiento diferente en las personas que se apartaban de las normas instituidas del grupo era explicado mediante la posesión diabólica y la locura (Abraham, Bernal, Rodríguez, 1998, p.150).

Con el Renacimiento, los locos dejaron de ser endemoniados y pasaron a ser objetos de la ciencia médica. De este modo, se está en presencia de lo que se denominó la “Primera Revolución Psiquiátrica”, la cual se inició con el Renacimiento y se extendió hasta la Revolución Francesa. En ese entonces, se dejó de considerar como poseído al loco transformándolo en una persona peligrosa, por lo cual debía ser internado como los criminales o los mendigos (Delgado, Huletche, 1998, p.58).

En el siglo XVII comenzó a decaer el poder de la Iglesia y la cosmovisión religiosa del mundo dando lugar de este modo a la superioridad de la razón y a la experiencia. En este sentido, surge el pensamiento científico y el conocimiento se fusiona con el poder del hombre: “Ciencia y poder humano coinciden”, de allí que el saber es poder (Abraham, Bernal, Rodríguez, 1998).

El pensamiento científico dio lugar a que la razón del hombre se sobrevalorara. De esta manera, el loco era considerado un alienado, esto es, una persona carente de

razón, siendo esta última condición elemental para definir la naturaleza humana y distinguirla de las demás especies vivas. Por tal motivo, el loco no era admitido como ciudadano. Esto generó su aislamiento, encerrándolo en un Hospital no por caridad o represión sino para recibir un imperativo terapéutico (Amarante, 2009).

Losada (1998) retoma los aportes realizados por Foucault para señalar la coincidencia estructural de la medicina y de la economía que acontece en el siglo XIX dando valor al trabajo como fundamento de la riqueza y por tanto equivalente de salud, de este modo los autores manifiestan que la locura era asociada a una forma de improductividad.

En palabras de Castel (1980):

(...) el loco desentona. Carente de razón, no es sujeto de derecho: irresponsable, no puede ser objeto de sanción; incapaz de trabajar o de “servir”, no entra en el circuito reglamentado de los intercambios, esta libre circulación de hombres y mercancías en la que sirve de matriz la nueva legalidad burguesa. Foco de desórdenes, hay que reprimirlo más que nunca, pero según un sistema de punición distinto del establecido por los códigos para aquellos que han transgredido las leyes voluntariamente (p.25).

Como expresan Castellanos et al. (1998) la locura es el resultado de un orden social que la crea. Estos autores la definen como una perturbación la cual regula los mecanismos que la aíslan y la perpetúan, creando en torno a ella instituciones que le son funcionales modificándolas cuando dejan de serlo. Por lo tanto, “Si la enfermedad puede ser entendida como condición de quien se pone fuera de la norma, la institución es la sanción que tiene la función de llevar al anormal a la normalidad” (pp.24-25).

Foucault (1990), plantea que:

La práctica del internamiento a comienzo del siglo XIX coincide con el momento en que la locura era percibida menos en su relación al error que en relación a la conducta regularizada y normal. En este momento la locura aparece no tanto como

una perturbación del juicio en cuanto a una alteración en la manera de actuar, de querer, de sentir, de adoptar decisiones y de ser libre (...) (pp.70-72).

Se puede observar que en la época capitalista se hizo necesario mantener ese nuevo orden social-económico existiendo una tendencia a la homogeneización de las conductas. Es por tal motivo, que los locos eran percibidos como seres perturbadores los cuales debían ser encerrados evitando así el desorden social, dando como resultado el tratamiento de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico.

Siguiendo a Amico (2005) el surgimiento del manicomio se puede ubicar a fines del siglo XIX sostenido por los valores de la modernidad y bajo la influencia sociocultural del positivismo. Este Centro es definido por el autor anteriormente nombrado como un instituto terapéutico y de control, de rehabilitación y segregación que se consolida a través de la terapia y de la rehabilitación en manos del poder médico. De todos modos, cabe agregar que no siempre se produce ello, esto significa que si bien en muchas oportunidades se logra una compensación del usuario, no siempre se produce una rehabilitación, ya que además del trabajo que realicen los técnicos, influyen otro tipo de factores como por ejemplo la contención familiar con la que se cuente y la situación en la que se encuentre el individuo.

Foucault (1997) expone que las instituciones y los Hospitales psiquiátricos crean una maquinaria del control de la conducta, haciendo que la mayoría los usuarios que permanecen institucionalizados en ellas cumplan con la normativa del Centro, compartiendo una misma rutina, se los diagnostica, se les brinda la medicación recetada por el técnico, en resumen se los homogeiniza.

Siguiendo esta línea de análisis, Amico (2005) plantea que con el diagnóstico psiquiátrico realizado a los usuarios en este tipo de instituciones, el loco es reconvertido en enfermo mental y sometido a un tratamiento médico, incluso en contra de su voluntad ya que la psiquiatría era, y en cierto modo es omnipotente frente al paciente. Ello hace que en varias oportunidades el discurso del paciente psiquiátrico no sea tomado en cuenta por tornarse incoherente, sirviendo su palabra para verificar y reafirmar su diagnóstico.

Estos diagnósticos y tratamientos que se mencionaron anteriormente, tienen lugar en las instituciones disciplinarias denominadas por Goffman “Instituciones Totales”.

El rol de las Instituciones en la actualidad

Continuando esta línea de análisis, Goffman (1972) define a las Instituciones Totales como un “Lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, asilados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (p.13). Por tanto, se puede concluir que en el Hospital Psiquiátrico el individuo desarrolla todos los aspectos de su vida. El día a día se lleva a cabo en compañía de un gran número de extraños, a quienes se les da el mismo trato y de quienes se requieren que realicen las mismas acciones. También, las actividades que el individuo desempeña allí están programadas e implementadas por un equipo de técnicos bajo las reglas y objetivos que parten desde la institución.

Dicho esto, se puede considerar que se asiste a un manejo de las necesidades de los usuarios mediante la organización burocrática de una institución, logrando que un conjunto de personas puedan movilizarse en masa bajo un personal supervisor (técnicos, funcionarios y demás) cuya actividad no es la orientación ni la inspección sino más bien la vigilancia por el hecho de haber ingresado a este tipo de centro.

La conducta humana pierde espacio en estas instituciones de control dando paso a la visión mediatizada por la palabra, a la observación simbólica a través del discurso técnico. Un claro ejemplo de ello, es el examen médico, el cual se convierte en una mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar al sujeto.

Esta mirada normalizadora y de vigilancia es similar a la implementada por el panóptico, idea desarrollada por Jeremy Bentham, el cual era considerado como un mecanismo aplicable al control del comportamiento de los presos en las prisiones.

El panóptico es una forma de estructura arquitectónica diseñada para cárceles y prisiones. Dicha estructura suponía una disposición circular de las celdas en torno

a un punto central, sin comunicación entre ellas y pudiendo ser el recluso observado desde el exterior. En el centro de la estructura se alzaría una torre de vigilancia donde una única persona podía visualizar todas las celdas, siendo capaz de controlar el comportamiento de todos los reclusos. Sin embargo, estos no podían ser nunca conscientes de si eran vigilados o no, dado que dicha torre estaba construida de forma que desde fuera era vista como opaca, no sabiendo donde estaba o que hacia el vigilante (...).³

En definitiva, de esta manera se pretende generalizar un comportamiento considerado “normal”, castigándose a las desviaciones y premiándose el buen comportamiento.

En la torre del panóptico se unen el poder y el saber (...), los estudia, los observa, los trata técnicamente, en especial disponiendo el espacio donde deben situarse, espacio vigilado pero también espacio de convivencia, de trabajo, de instrucción y de ocio y afectos.⁴

Se agrega a esta idea de Bentham, los aportes realizados por Foucault (1997) quien plantea que el asilo psiquiátrico y todas las instancias de control individual funcionan de doble modo: el de la división binaria y la marcación (loco-no loco; normal-anormal); y el de la asignación coercitiva de la distribución asistencial (quién es, dónde debe estar, cómo se caracteriza, cómo ejercer sobre él una vigilancia constante) (p.203).

Esto puede significar teniendo en cuenta lo analizado previamente, que de acuerdo a las valoraciones que de nuestras conductas haga la sociedad, es el lugar donde nos correspondería estar, en este caso, dentro o fuera del Hospital Psiquiátrico. Como se expresó anteriormente la sociedad clasifica qué conductas se definen como “normales” y quien no cumpla con las normas impuestas quedaría por fuera de la misma.

³La teoría del panóptico de Michel Foucault sobre cómo el poder político y económico nos controla sin que seamos capaces de advertirlo. Recuperado de: <https://psicologiyamente.com/social/teoria-panoptico-michel-foucault>

⁴La teoría del panóptico de Michel Foucault sobre cómo el poder político y económico nos controla sin que seamos capaces de advertirlo. Recuperado de: <https://psicologiyamente.com/social/teoria-panoptico-michel-foucault>

Para Castel (1980) un sujeto que entra en el ámbito de la psiquiatría casi siempre es un estigmatizado social. Esta estigmatización que se ejerce sobre el enfermo mental está completamente recubierta por la situación que este sufre en cuanto a que es objetivado por una relación de poder. Se entiende al estigma como un atributo, resultado de un proceso de interacción social, el cual desacredita produciendo efectos negativos en la identidad social de sus portadores (Goffman, 1970). Se reconoce, por tanto, al diagnóstico psiquiátrico como un estigma que portan las personas que lo padecen. Este estigma no es estático, sino que por el contrario es dinámico, temporal y fluido. Se genera y se construye a partir de las relaciones interpersonales con una dinámica propia, en un contexto dado y en una realidad determinada. (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009).

Complementando esta idea, Goffman (1970) plantea que cuando un usuario ingresa a un Hospital Psiquiátrico no sólo su posición social dentro de la misma institución difiere de la que ocupaba fuera, sino que además, tendrá que aprender y entender que cuando ingrese nuevamente al mundo exterior no volverá nunca más a ser la misma persona de antes. Este fenómeno es denominado por el autor como status proactivo.

Cuando dicho status proactivo en palabras de Goffman (1970) es desfavorable, puede hablarse de un estigma, ocultando los ex internos su pasado por la institución. Cuando los pacientes psiquiátricos son estigmatizados encuentran generalmente una dificultad en el exterior en varias esferas de su vida como por ejemplo para obtener un empleo, para integrarse nuevamente en el sistema, para deconstruir la idea que tiene la sociedad sobre ellos, para adaptarse nuevamente a convivir con otros pero en un diferente entorno, es decir, fuera de la institución en la que estaban hospitalizados.

El autor explica que este fenómeno es consecuencia del cambio cultural que ocurre en la vida cotidiana del individuo, derivado de la eliminación de determinadas oportunidades de comportamiento y la impotencia de poder asimilar los cambios sociales del exterior (fuera de la institución). De allí, que si la estadía del usuario es larga, ocurre lo que se denomina como “desculturación”, es decir un desentrenamiento que lo incapacita temporalmente para desempeñar su vida cotidiana al momento de egresar de la institución.

A partir de la década del 60 aproximadamente se comienza a poner en tela de juicio, de manera más radical, la intervención sobre “la locura” hasta el momento desarrollada. La anti psiquiatría, término creado por Cooper, sirvió para designar un movimiento político intelectual de impugnación radical del saber médico, desarrollado entre 1955 y 1974 en los Estados Unidos. La psiquiatría y el psicoanálisis se habían institucionalizado como saber regulador de la normalidad y la anormalidad. Es desde allí que se empieza a cuestionar fuertemente el saber psiquiátrico y sus prácticas, procurando fundamentalmente reformar los manicomios y las relaciones que se producen en su interior poniendo en cuestión la noción misma de “enfermedad”. Este movimiento además, promueve el cierre de los manicomios proponiendo a la psicoterapia como alternativa al encierro (Bentura y Mitjavilla, 2006, p.2).

Esta discusión persiste en la actualidad cuestionándose el cierre de este tipo de instituciones ya que existen incertidumbres sobre qué hacer con las personas que se encuentran en estos centros, a dónde van a ir una vez egresados, en qué condiciones egresan y si realmente están preparados para vivir en sociedad, puesto que amoldaron su vida entorno a dicha institución.

Más allá de las incertidumbres que puede causar el cierre de los centros psiquiátricos se produce una transformación en los mismos, conformándose equipos comunitarios de Salud Mental y Centros Diurnos para la rehabilitación de estas personas apostando de este modo a la inclusión de las mismas a la sociedad.

La rehabilitación psicosocial cobra relevancia en la actualidad siendo considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible (...). La rehabilitación apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades (...) potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

La integración de las personas con alguna enfermedad mental a la comunidad, y la concepción de estas como sujetos de derecho se ampliarán en el siguiente apartado, en

donde se abordará la Salud Mental en Uruguay, teniendo en cuenta las diferentes transformaciones que esta ha tenido y en relación a ello, el impacto que se produjo con la implementación de la Nueva Ley de Salud Mental N° 19.521 en el año 2017.

CAPITULO II: LA SALUD MENTAL EN URUGUAY

En este capítulo, se realizará un breve recorrido histórico acerca del abordaje de la Salud Mental en nuestro país para de este modo poder comprenderla en la actualidad. Se analizarán también las diferentes etapas que ha atravesado la asistencia psiquiátrica junto a los modelos sobre los cuales se sustentan cada una de ellas. Siguiendo esta línea de análisis, se destacarán algunas instituciones de referencia en el campo de la Salud Mental en Uruguay como es el caso del Hospital Vilardebó.

Recorrido histórico de la Salud Mental

En el período colonial, el cual se extendió hasta comienzos del siglo XIX, las personas con alguna enfermedad mental se encontraban en nuestro país de la misma manera que en el resto del mundo: “vagando por las calles, viviendo de la mendicidad y siendo recluidos en prisión cuando cometían actos antisociales” (...) (Casarotti, 2007, p.154). En ese entonces, aún no se tenía conciencia de la enfermedad mental y de lo que esta implicaba, por lo que dichos actos considerados antisociales no eran visualizados como una consecuencia de la enfermedad, los cuales podían llegar a generar una distorsión social, impactando ello en la convivencia ciudadana.

La fundación del Hospital de Caridad en el año 1788, posteriormente denominado Hospital Maciel, tuvo como uno de sus primeros pacientes a un enfermo mental. Una vez que ingresaban a esta institución eran tratadas a partir de una acción religiosa y humanitaria, teniendo la internación una finalidad más de cuidar que de rehabilitar. Sumado a esto, a partir del año 1817, se crean espacios en esta institución dedicados especialmente para estos pacientes interviniéndose sobre estas situaciones.

En relación a ello, y para el cumplimiento de la atención psiquiátrica hacia las personas con alguna enfermedad mental, se crea el “Asilo de Dementes” en el año 1860. Y una vez duplicada la población, veinte años después se inauguró el Manicomio Nacional, el cual en el año 1910 fue nombrado Hospital Vilardebó. Las responsables de la atención allí fueron inicialmente las Hermanas de la Caridad y posteriormente médicos orientados hacia el estudio de la alineación mental. Acosta (1999) señala que los tratamientos utilizados en aquella etapa fueron el calabozo, el castigo físico y el

cepo, considerando estas formas como las únicas vías capaces de devolver la cordura al enfermo mental.

Estas instituciones con finalidades en un principio caritativas serán en el siglo XX medicalizadas; teniendo en cuenta que en esa época la medicalización era entendida como “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 (...)” (Mitjavila citado en Menéndez, 1997, p.2). En esta línea de análisis, la autora anteriormente nombrada señala que una de las funciones sociales de la medicalización se desarrolló a través de la función normalizadora propia del saber médico. Por lo que para ser medicalizadas las personas deben ser tipificadas en términos de normalidad – anormalidad. Por lo tanto, normalizar implica proponer modelos de conductas específicas frente a la enfermedad, pero también respecto a la salud. Este fenómeno supone la práctica y el entendimiento de las relaciones sociales del cuerpo a través de los fenómenos médicos.

A partir de la última década del siglo XIX y durante los primeros treinta años del siglo XX, culminó la modernización entendida esta como el proceso de evolución demográfica, tecnológica, política, social y cultural del país. Barrán (1992), entiende que en dicha etapa surgió el agotamiento del viejo Uruguay “comercial, pastoril y caudillesco”, generándose hacia el novecientos un nuevo modelo económico y social imponiendo la presencia de sentimientos, conductas y valores diferentes a los que habían modelado la vida de los hombres en Uruguay hasta por lo menos 1860 “(...) una nueva sensibilidad aparece definitivamente ya instalada en las primeras décadas del siglo XX (...) esta sensibilidad del Novecientos que hemos llamado “civilizada” disciplinó a la sociedad” (Barrán,1990, p.11).

Esta nueva sensibilidad tuvo gran influencia del pensamiento positivista basado en las ciencias naturales, el cual se encontraba representado por la medicina y el progreso económico predominando en ello la construcción de instituciones modernas.

La sensibilidad civilizada se encuentra relacionada con la separación definitiva entre la esfera estatal y la Iglesia, generándose de este modo la secularización del Estado. La creación del Estado moderno tuvo como principal aliada a la medicalización,

dejándose de lado la idea del encierro como castigo comenzándose también a instalar acciones terapéuticas y rehabilitadoras. Barrán (1992) sostiene que:

Entre 1900 y 1930 la sociedad uruguaya, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó. Esa medicalización sucedió en tres niveles, (...) el nivel de la atención, o sea el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad; el nivel de la conversión de la salud como uno de los valores supremos de la sociedad, el cambio en la mentalidad colectiva que en parte antecedió a la medicalización; y el nivel de la asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico (p.57).

En referencia a la medicalización, otro de los autores que se cree pertinente destacar para el análisis de dicho proceso es Castel (1980) quien plantea que: “Medicalizar un problema es más desplazarlo que resolverlo, pues no se hace más que autonomizar una de sus dimensiones, trabajarla técnicamente y ocultar así su significación socio política (...)” (p.211). Aquí se puede observar una postura diferente a la planteada por Barrán (1992) ya que no se percibe a la medicalización como un dispositivo terapéutico el cual pueda lograr una rehabilitación de la persona, sino que por el contrario desde la perspectiva de este autor se produce un desplazamiento del problema, no atacándolo directamente.

Además, expone que es a través de la institución médica, que el hospital psiquiátrico operando con un modelo aislar de atención, encierra a todos aquellos individuos que por diferentes patologías no son funcionales a los modelos dominantes, interrumpiendo al aparente orden social existente. Sumado a esto, los hábitos y las costumbres de la población pasaron a ser objeto de intervención social-médica, teniendo el poder médico un status privilegiado en la sociedad.

En el Novecientos, Barrán (1995) señala que “Los psiquiatras hallaron las causas del desorden mental en el avance de la civilización y el urbanismo y sus exigencias desmedidas al hombre (...)” (p.126). Los psiquiatras fomentados por el control higienista del Estado, tomaron al alcoholismo como la falta de la alimentación adecuada, la sífilis y todos los vicios las causas de las patologías mentales dando

explicación a estas en las enfermedades físicas del paciente. Por lo que si la causa de la enfermedad mental no era física, el discurso del loco estaba carente de significado, “no había por qué dialogar con él y descifrar sus sentidos ocultos, sino observar su conducta dentro de un panóptico -el Manicomio-” (Barrán, 1995, p.130).

El enfermo mental por tanto, era tomado como objeto de la medicina. Estas personas con patologías mentales eran aisladas para que se evitara el contagio de la enfermedad. De este modo el manicomio era el lugar en el que se ejercía la autoridad médico-burguesa como forma de control social de los marginados y rebeldes del sistema a favor de su disciplinamiento.

En los hospitales psiquiátricos, los sujetos sufrieron todo tipo de violencia, la cual era justificada por los médicos psiquiatras. Estos tenían como cometido el combate de la locura, por lo que “Debían de normalizar al individuo, disciplinar el alma y el cuerpo del mismo con el objetivo de legitimar el orden establecido” (Barrán, 1995, p.36).

Es a partir de esta época que se comienza a vivir la salud y la higiene como una especie de simbiosis, con la finalidad de crear una nueva cotidianidad con dos ideas claves: la higiene y la prevención de la enfermedad. El autor anteriormente mencionado señala que el Estado incorpora en su poder la prevención de la enfermedad; por lo que, el higienismo logra consensos obligatorios ya que contaba con la coerción de la ley y la coacción del Estado. De esta manera, el control higienista, garantiza las condiciones que facilitarían el proceso cultural entendido como medicalización, tomando como eje principal el cuidado del cuerpo.

Por otra parte, y continuando con la misma línea de análisis, en lo que refiere a la esfera política, el Estado uruguayo en el primer Batllismo se encontraba fuertemente determinado por la práctica del higienismo y el proceso de medicalización.

Es en este periodo, que se intenta por primera vez crear un modelo distinto de aislamiento, bajo la concepción del trabajo, entendiendo a este como un “símbolo de todas las virtudes” (Barrán, 1992, p.43), teniendo el cuerpo valor en el sentido económico y político, poniéndose énfasis en la vigilancia de la salud de las personas por

parte del Estado, buscando un trabajador sano que permita la reproducción del sistema productivo.

Continuando con la evolución de la asistencia psiquiátrica, en diciembre del año 1912 se crea la Colonia Etchepare, en la ciudad de Santa Lucía. La misma fue dirigida por Santin Carlos Rossi quien inspirado en modelos europeos, cuestionaba el aislamiento creando un asilo de puertas abiertas el cual combinaba la reforma asistencial con la reforma rural plantada por el Batllismo.

Dicha Colonia permitía ausentarse de esta para ir a trabajar en su jardín o huerta donde debían realizar como parte de sus tratamientos terapéuticos trabajos agrícolas, jardinería, cría de aves, lechería, etc. Bentura y Mitjavila (2006) señalan que en este contexto “el trabajo es visto como un elemento terapéutico que va a permitir desarrollar en los pacientes cierto sentido de orden y disciplina, pero siempre pensando en el sujeto institucionalizado” (p.2). A pesar de ello, puede considerarse esta forma de trabajo como una alternativa al aislamiento haciéndose hincapié en el abordaje terapéutico, las condiciones de vida e higiene, pero no realizándose un cuestionamiento al dispositivo como tal.

En la década del 60, influenciada por los movimientos anti psiquiatría, se comienza a poner en duda el modelo asilar predominante hasta el momento, criticando la intervención en la “locura” y cuestionando el saber psiquiátrico y sus prácticas. La atención al enfermo mental estaba centrada básicamente en una asistencia asilar manicomial la cual dio como resultado una extrema violación de sus derechos humanos debido a la manera en que estos pacientes eran asistidos.

En 1966, el Dr. Pierre Chanoit, consultor de la O.M.S. realizó un informe de la situación de la Salud Mental en Uruguay, describiendo la vida del enfermo mental en el Hospital Vilardebó. A partir de esto, planteaba por ejemplo, que para ese entonces la suma de asilados en este hospital ascendía a una cifra de 1.800 enfermos, lo que a su juicio hacía imposible llevar a cabo una estructura terapéutica favorable ya que era una cifra muy alta para la cantidad de personal con el que se contaba en ese momento y la infraestructura de la institución. Además, que esto conllevaba a generar una descripción

exhaustiva de las condiciones de higiene de los pacientes clasificándola como desfavorable y penosa.

Siguiendo esta línea de análisis en el año 1970, el Hospital Vilardebó en lo que refiere a su atención, no permite el ingreso de nuevos pacientes, por existir sobrepoblación. En consiguiente, se comienza a crear nuevas instituciones de atención, por lo que, en 1983, se crea el Hospital Psiquiátrico Musto ubicado a 14 km del centro de la ciudad. Su población objetivo eran pacientes de corta estadía, transformándose la mirada de la perspectiva asilar permitiéndose solamente una estadía transitoria.

A mediados de los años 80 el ingreso de los pacientes a las colonias respondía únicamente a las incorporaciones por orden judicial. En este año también se incrementaron los egresos a través de programas de Asistencia Familiar enviando pacientes a hogares protegidos, instituciones religiosas o a residencias comunitarias. De esta manera se comienza a tener en cuenta al paciente desde otra mirada, desde el cuidado del mismo, cuestionándose de este modo el modelo manicomial.

Programa Nacional de Salud Mental (PNSM)

En 1986 se formula el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Pública, estableciéndose nuevas políticas sociales de atención a personas con patologías psiquiátricas. Dicho Programa se concibió desde un modelo de Salud Mental comunitaria teniendo sus lineamientos fuertes coincidencias con las disposiciones de la nueva Ley de Salud Mental N°19.529 del año 2017, la cual consolida un proceso de cambio que se viene trabajando desde hace un tiempo en cuanto a la atención de la misma.

El PNSM fue parcialmente instrumentado por ASSE, con la extensión de las unidades de hospitalización en hospitales generales y con el establecimiento de una red de equipos especializados en Salud Mental.

Dicho Plan, se pronunció a favor del desmantelamiento del modelo aislar, así como también proponía como objetivo⁵ principal la rehabilitación y la reinserción comunitaria de las personas que padecen trastornos mentales, por ejemplo a través de dispositivos donde puedan realizar actividades en el día a día que los ayude en relación a sus hábitos, ya sea en el ámbito laboral como cotidiano. Un claro ejemplo de ello, es el taller sala 12 del Hospital Vilardebó, en donde los usuarios que permanecen allí aprenden oficios, como son herrería, carpintería, entre otros apuntando a la recuperación de habilidades socio laborales y a la reinserción comunitaria.

En suma, el PNSM cuestionó los pasos anteriormente realizados en Salud Mental hasta el momento, concluyendo que no se habían contemplado las necesidades específicas del enfermo mental y del arsenal terapéutico disponible utilizándose solamente los psicofármacos en forma desmesurada por parte del personal no especializado.

El PNSM se adelanta a la Declaración de Caracas del año 1990, reafirmando las ideas que se venían manejando, estableciéndose un avance significativo en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con patologías psiquiátricas.

Por otra parte, en el año 1996 el Hospital Vilardebó es redefinido como Hospital de Agudos de referencia nacional, dejando de lado su modelo asilar, reubicando parte de sus internos en las Colonias. Sumado a esto, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en este mismo año pudo desplegar 11 Equipos Comunitarios en Salud Mental en Montevideo y 23 en el resto del territorio nacional, produciéndose la descentralización de la SM a favor de las personas del interior.

Se cree pertinente señalar además, que el momento histórico en que se desarrollan dichas transformaciones en relación a la Salud Mental, y a la mirada que se tiene de la persona con alguna patología psiquiátrica, coincide con un periodo de ajuste estructural en los países de América Latina. El mismo se basó principalmente a partir de las reformas económicas provenientes del “Consenso de Washington” las cuales

⁵Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. Recuperado de: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf>

impulsaron la disciplina fiscal, la reforma tributaria, la liberación comercial y financiera, la privatización, la desregularización y la estabilización. Todo ello, dio lugar a la reorientación de la seguridad social, redefiniendo las políticas sociales subordinándolas a políticas económicas establecidas en esa época.

Los espacios de socialización también sufrieron transformaciones, principalmente la familia, dado que sobre esta recae ahora la responsabilidad de la protección social que anteriormente se hacía cargo el Estado de Bienestar.

Este traslado generó un proceso denominado “desmanicomialización forzosa”, en donde la familia pasa a hacerse cargo del paciente psiquiátrico, sin antes haber contado con una preparación para enfrentar a tal situación. Se puede pensar que dicho proceso se produjo por no contar con políticas y procesos de desinstitucionalización, manteniendo como objetivo principal la culminación del régimen de asilo.

Con la asunción del primer gobierno de izquierda por parte del Frente Amplio se producen transformaciones en relación a la Salud involucrando también a la Salud Mental.

A partir de ello, cobra mayor relevancia los aspectos sociales, creándose así el Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto Nacional de Derechos Humanos y el desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud. El cambio de gobierno se consideró positivo y esperanzador para los colectivos vinculados al área social, impulsando la creación de dispositivos que lograran la inserción social y el desarrollo de espacios de carácter laboral, con el fin de consolidar la autonomía de las personas que padecen alguna enfermedad mental.

En el año 2012 se fundó la Asamblea Instituyente por Desmanicomialización, Salud Mental y Vida Digna conformada por organizaciones sociales, colectivos académicos, universitarios, trabajadores, usuarios y familiares vinculados al campo de la Salud Mental. Esta propone la visibilización de las condiciones de vulneración de derechos, de violencia institucional y de relaciones de poder en las instituciones de Salud Mental. Por lo que, ante esta realidad, dicha Asamblea cree necesario promover prácticas sustitutivas humanizantes, participativas, creativas y transdisciplinarias a

través de una profundización del modelo de atención comunitario, apuntando a partir de ello a la creación de espacios que rompan con el modelo asilar y prioricen la rehabilitación psicosocial.

Nueva Ley de Salud Mental N° 19.529

En el año 2017, nuestro país fue partícipe de la consolidación de un largo proceso de cambio que se viene trabajando desde hace mucho tiempo en relación a la atención de la Salud Mental, expresándose en la nueva Ley de Salud Mental N°19.529, la cual sustituye a la Ley N° 9.581 del año 1936 en donde se reflejaba la falta de atención y de acciones referidas en esta área. La nueva Ley se basa desde una perspectiva de derechos humanos y dignidad de las personas, reconociéndolas de manera integral como un ser biológico, psicológico, social y cultural.

Además, vincula la Salud Mental al efectivo ejercicio de sus derechos; al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y un medio ambiente que sea sustentable para estas personas. La Ley está planteada desde una perspectiva de inclusión social pero también promoviendo la autonomía de la persona con alguna enfermedad mental.

Destaca entre sus puntos más relevantes la fijación de una fecha límite para el cierre de las estructuras asilares y monovalentes en el año 2025; siendo sustituidas estas por un sistema de estructuras alternativas, como son centros de atención comunitaria, dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Otro punto importante es lo referido a la internación de los pacientes, proponiendo que la misma sea realizada en salas generales y no psiquiátricas.

También se hace referencia a la interdisciplinariedad para abordar las diferentes situaciones, generando así una mirada integral del sujeto desde diferentes perspectivas; aportando cada técnico desde su disciplina su punto de vista y su forma de accionar, siendo uno de estos técnicos el Trabajador Social.

En la actualidad se prioriza la creación de estructuras alternativas para las personas con alguna enfermedad mental como son: Unidades de Hospitalización

Psiquiátrica de corta y mediana estadía en Hospitales Generales y Casas de Medio Camino, entre otros dispositivos. En estos casos los objetivos están ligados al proceso de desinstitucionalización de las personas internadas en las instituciones psiquiátricas, así como también la implementación de un plan de reorientación de los recursos humanos y revisión de los procesos asistenciales. Con ello la asistencia apunta a reforzar el compromiso para avanzar en el abordaje de la Salud Mental de acuerdo con las acciones requeridas por la nueva Ley.

No obstante, si bien la nueva Ley constituye un gran insumo, deja cuestiones a seguir trabajando en el campo de la Salud Mental para lograr una nueva mirada acerca de la misma.

CAPITULO III: EL TRABAJO SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN URUGUAY

En este último capítulo, se realizará un breve recorrido histórico acerca del surgimiento del Trabajo Social en nuestro país y su vinculación con el ámbito de la Salud y específicamente de la Salud Mental. También, se explorará en el rol desempeñado por el Trabajador Social en su intervención con pacientes que transitan por alguna enfermedad mental.

Recorrido histórico conceptual del Trabajo Social

Antes de que se produjera la unificación de la carrera de Trabajo Social en nuestro país existieron diversos cursos dictados por la Facultad de Medicina, los cuales fueron los precedentes de lo que es la disciplina en la actualidad. Estos cursos, promovían el rol de la Visitadora Social de Higiene, la Visitadora Sanitaria, la Visitadora Escolar, entre otros, percibiéndose a dichas Visitadoras como auxiliares del cuerpo médico.

También, se brindaron cursos de la misma índole brindados en el Ministerio de Salud Pública, en el Consejo del Niño y posteriormente en la Escuela de Servicio Social. Estos organismos dictaban carreras que se emparentaban con la actual disciplina de Trabajo Social, aunque diferían en sus formas de llamarle. En la mayoría de estos casos, se puede apreciar la vinculación existente de la disciplina con el área de la Salud, ello se podía verificar por un lado, en los planes de estudio, los cuales incluían asignaturas propias de la medicina, y por otro lado también en la inserción laboral de los egresados, desempeñándose estos mayormente en el área de la Salud.

A partir del análisis realizado por Ortega (2003) y coincidiendo con sus aportes se puede mencionar que el Trabajo Social en Uruguay surgió en el ámbito de la salud, subordinada técnica y jerárquicamente a otras profesiones del área sanitaria, como es la medicina. La autora, en relación a ello sostiene:

El Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinadoras que se construyeron como parte del proceso de medicalización de la sociedad. En este sentido se puede sostener que el espacio profesional del servicio social en el Uruguay estaría genéticamente ligado al área de la salud (p.14).

Se buscaba el disciplinamiento de la población por medio de la educación y de la salud, creándose en estas áreas un campo favorable para el desempeño de profesiones, como por ejemplo el Servicio Social. En el marco de este disciplinamiento se consideraba indispensable instaurar una conexión entre las familias (en especial las familias pobres) con las instituciones médicas o educativas, siendo por tal motivo el profesional de dicha disciplina un nexo entre ambas.

Es en este contexto que se comienza a pensar en la pertinencia de la actuación del profesional en Trabajo Social apareciendo la figura de la Visitadora Social (predecesora del Asistente Social) quien debía tomar el papel de nexo entre las instituciones y la comunidad con una concepción de vigilancia del hogar, de las condiciones higiénicas, alimentarias, entre otras “(...) la visitadora social debe conocer las tareas de la enfermera pero debe sobrepasar esos límites de la asistencia con conocimientos sólidos en todas las ramas de la higiene” (Ortega, 2003, p.48).

Siguiendo con la línea de análisis de Ortega (2003), se cree significativo mencionar que en el año 1926 cuando se crea el curso de Visitadora Social, el mismo se encontraba bajo la órbita de la Facultad de Medicina. Las asignaturas impartidas en este curso eran: Higiene escolar, Nociones de patología (especialmente infantil), Higiene social y general, Economía doméstica, Nociones de anatomía y Fisiología. En el año 1927 se fundó la primera Escuela de Servicio Social universitaria en el ámbito del Instituto de Higiene Experimental la cual dependía de la Facultad de Medicina, impartiendo materias que estaban muy ligadas al área de la Salud. De este modo, se visualiza la conexión existente entre el surgimiento de la disciplina con el área de la Salud.

Estos fueron los primeros pasos en el desarrollo del Trabajo Social en Uruguay, aunque en un principio la designación de la disciplina no estuviera del todo clara.

No existía, al parecer, precisión en cuanto a la denominación de la profesión. La solicitud del Consejo de Enseñanza Primaria se refiere a “Visitadoras Escolares” el Consejo de la Facultad de Medicina habla también de “Visitadoras Escolares” al aprobar la colaboración solicitada, pero luego en los documentos del Instituto de Higiene (fichas escolares) se expresa “Visitadoras Sociales” y los títulos otorgados son de “Visitadoras Sociales de Higiene (Ortega, 2003, p.49).

Ortega (2003) plantea que las Visitadoras Sociales cumplían con el rol de inspectoras de las condiciones de salubridad en diferentes áreas. Por ejemplo, dentro del ámbito escolar, proporcionando preceptos sanitarios a maestros y alumnos; y en la esfera familiar por medio de las visitas domiciliarias las cuales tenían la finalidad de instruir acerca de las ventajas que proporciona la higiene. La figura de la visitadora actuaba bajo la órbita del médico, suministrándole valiosa información, "(...) la misma servirá al médico de precioso auxiliar para obtener informes sobre los hábitos y antecedentes del enfermo, influencia del ambiente sobre la enfermedad y, en general, toda clase de datos de interés para la etiología, el diagnóstico o el tratamiento" (p.50). Su rol además de ser el auxiliar del médico, consistía en "crear entre el médico y la familia del enfermo un ambiente de absoluta confianza que facilitara la ejecución del tratamiento indicado, así como la obtención de informes precisos y verídicos, (...)" (p.50).

En la década del 30' con la creación del Código del Niño, se resuelve generar en el Consejo del Niño una División Técnica de Servicio Social, encargándose esta de una nueva formación para las Visitadoras Sociales. En esta órbita el rol de las mismas consistía en:

La organización y regularización de la familia, la investigación de la paternidad, evitar el abandono del niño, contralorear el cumplimiento de los preceptos higiénicos y las prescripciones médicas, enseñar higiene y puericultura, alimentación adecuada y económica, en todas las cuestiones de trabajo, sea para buscarlo a los padres o para evitarlo en los niños, facilitar la orientación profesional, atención y colocación de anormales y enfermos, colocación familiar en los casos de libertad vigilada, asesoramiento al juez de Menores con respecto a la vida del niño y de su familia, lucha contra el analfabetismo y los males sociales, persecución de la mendicidad, en la realización de encuestas, organización de oficinas que traten con mujeres y niños, y en muchos otros casos que no es posible prever (Ortega, 2003, p.59).

En el año 1937 se inauguró la Escuela de Servicio Social del Uruguay (ESSU), la cual contaba con el patrocinio de la Unión Católica Internacional de Servicio Social y de la Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Cruchagra, de la Universidad Católica de Chile. Aunque dicha Escuela tenía una noción caritativa de la profesión debido a que

estaba relacionada con dos instituciones católicas, el Trabajo Social comienza a desplazarse del área de la Salud y de la caridad hacia una mirada más integral.

En 1953 la ESSU, al cambiar su programa de estudio, modifica el título de Visitadora Social por el de Asistente Social. Por lo que, en el año 1959 pasa a ser considerada una carrera de cuatro años de duración teniendo los estudiantes egresados de la misma que: “(...) aplicar técnicas de prevención y educar, al mismo tiempo que debe estudiar las condiciones sociales y económicas del enfermo y tratar de buscar solución a los problemas familiares y económicos que le plantea su enfermedad” (Ortega, 2003, p.89). En suma, el médico necesitaba un auxiliar distinto de la enfermera, que prestara el servicio de visita a la familia y el cual le brindara información acerca de la misma.

En la década del 60' en el Cono Sur (Argentina, Brasil, Uruguay y Chile) se desarrolló el Movimiento de Reconceptualización, el cual apuntaba a reconocer y romper con la identidad histórica hasta el momento atribuida a la disciplina del Trabajo Social. Este Movimiento tenía como principal objetivo realizar una crítica radical planteando lineamientos como, la disconformidad política con el saber académico imperante, la promoción de una deconstrucción del orden establecido en cuanto a la formación teórica y práctica del Trabajo Social, la construcción de un profesional cuestionador y crítico del paradigma dominante y hegemónico y por último intentar promover un cambio de aquel profesional basado en la asistencia social a uno que implemente la acción social, conformado por la reflexión sobre el ser y el quehacer técnico. Todo ello a partir de una formación sólida contando este profesional con la capacidad suficiente para poder definir estrategias de intervención.

Se reconoce la importancia de este suceso, dado que tuvo gran relevancia en el cambio de rol que pasa a tener el Trabajador Social en la sociedad, además de que también se intentó reconstruir la legitimación de la profesión sobre nuevas bases.

No obstante, se puede plantear que dicho Movimiento no reunió los requisitos necesarios para la conformación de un proyecto que sustente los objetivos anteriormente mencionados ya que no se presentaron argumentos sólidos que dieran cuenta de la preocupación por la visibilización de la disciplina desde otro lugar. Por lo tanto, surge la necesidad y el desafío de implementar un proyecto ético político, que plasme estrictamente los cometidos que sustenten los cambios en la acción profesional.

Para ello, se apunta a abordar los siguientes lineamientos: La organización profesional, debido a que se considera imprescindible que existan organizaciones profesionales articuladas y legitimadas por el colectivo, teniendo como objetivo representar a sus miembros en la defensa de intereses como profesionales y trabajadores. Un marco legal profesional; para que la organización y su colectivo gocen de cierta legitimidad y operatividad, siendo necesario considerar dos aspectos: la Ley de Reglamentación del ejercicio profesional, que brinda una definición y una caracterización del Trabajador Social y de las prácticas que los mismos implementan, otorgando a estas ciertas garantías profesionales y un segundo aspecto, que supone la creación de un Código de Ética profesional, el cual explicita los valores éticos y filosóficos de la profesión. Una formación profesional que se resume en: la unificación de los niveles de formación; el establecimiento de Planes de Estudios básicos; el incentivo de cursos de postgrados; y la formación teórica de calidad brindando espacios de reflexión e investigación.

En suma, en palabras de Boron (2005):

(...) es necesario contar con intelectuales de la disciplina, los cuales posean un amplio y complejo manejo de los diversos problemas que caracterizan a las sociedades contemporáneas, que sean no solo rigurosos, sino que además, profundos en cuanto a razonamiento y reflexión, y a la realización de argumentos críticos al momento de su quehacer profesional (p.12).

Ahora bien, en lo que respecta al quehacer profesional, se cree pertinente hacer mención a las diferentes dimensiones del Trabajo Social planteados por Adela Claramunt (2009). Por un lado se encuentra la dimensión socio-educativa, la cual considera que el Trabajador Social debe de indagar en los comportamientos de los sujetos en el contexto de sus vidas cotidianas, sus hábitos, sus formas de pensar, actuar, apostando a que el usuario pueda pensar desde una mirada más crítica su propia realidad. Por otra parte, se haya la dimensión asistencial, la cual según la autora, se encuentra relacionada al otorgamiento de servicios, prestaciones y recursos. En este sentido, el Trabajador Social opera como un intermediario entre el Estado y el sujeto, gestionando prestaciones o servicios siendo un nexo entre la necesidad de un recurso y la satisfacción de la persona que recibe dicha prestación. La tercera dimensión, denominada como investigativa es considerada como un insumo más de la intervención;

en donde se parte de conocer la situación para luego poder intervenir. Por último, la dimensión ético-política, según Claramunt (2009) se centra en los valores que orientan la intervención profesional, como lo son: la libertad, la autonomía, la defensa de los derechos humanos, la importancia de la democracia y de la ciudadanía y por otro lado, la existencia del Código de Ética para el Trabajo Social en Uruguay, por el cual se rige dicha profesión.

En suma, pueden considerarse estas dimensiones como componentes característicos de la intervención profesional debiéndose tener presente en todo momento en el abordaje de determinada situación.

Rol del Trabajador Social en el área de la Salud Mental

Dentro del área de la Salud se cree necesario indagar acerca del rol y la pertinencia que posee el Trabajo Social en la esfera de la Salud Mental, tema central en esta investigación. El saber médico aparece como una disciplina de gran relevancia siendo históricamente el Trabajo Social, un área complementaria de este saber. El Trabajo Social ha ido legitimando su rol procurando su autonomía. Contando para ello con herramientas propias que hacen a su quehacer profesional para el abordaje de las problemáticas sociales.

En el presente las transformaciones surgidas a partir de la Nueva Ley de Salud Mental N°19.529, procura abordar esta temática desde una perspectiva de los derechos humanos promoviendo la integración de diferentes disciplinas y técnicos como es el Trabajo Social.

A modo de ejemplo, y para continuar con este análisis se cree pertinente presentar algunas de las tareas que realiza el Trabajador Social en el área de la Salud, ya sea en Hospitales Psiquiátricos, en Policlínicas, entre otros centros.

En lo que respecta a las tareas que se le adjudican al Trabajador Social en un Hospital, se tomará en cuenta uno de los aportes que realiza Claramunt (1974) quien sostiene que la misión del mismo consiste en acompañar el recorrido del paciente en sus distintas etapas: ingreso y adaptación, tratamiento (preparación del alta, planes para el futuro) y alta definitiva, cuando se produce el egreso del usuario del Centro en relación a la readaptación social.

Además, en conexión a su labor en el Hospital, sus principales contactos fuera del mismo serán los familiares del paciente, el medio ambiente, las organizaciones asistenciales que lo rodeen, entre otros.

Cuando el paciente ingresa al Hospital, el Trabajador Social junto con el resto del equipo (Psiquiatra, Psicólogo, Enfermeros y demás) se ocupa de acompañarlo en este proceso intentando atenuar las intranquilidades que puedan presentarse sobre todo en los primeros días de adaptación al Centro.

Aún así, el campo de más ingerencia es el contacto con los familiares del usuario ya que de éste vínculo dependerá el nivel de rehabilitación social del mismo en conjunto con el accionar del equipo técnico que aborda la situación.

Siguiendo esta línea de análisis, cabe resaltar que la importancia del Trabajador Social radica en recordar el papel primordial que tiene la familia a la hora de la rehabilitación social del paciente y la influencia del medio ambiente sobre la Salud Mental. Por ello, durante el tratamiento no se puede prescindir en absoluto de los grupos en los que se ha desarrollado la vida del paciente ya que estos permitirán comprender mejor la situación por la que está atravesando, más allá de la implicancia que posee la enfermedad en este proceso.

Martí (1976) afirma que en varias oportunidades el psiquiatra no tiene en cuenta de manera suficiente la estructura familiar en el tratamiento, preocupándose principalmente por el análisis de datos objetivos del trastorno mental utilizando para ello exploraciones sistematizadas, estudios específicos, entre otros aspectos. Por tal motivo, el Trabajador Social es el encargado en estos casos de priorizar en aspectos sociales no abordados.

Aún así, Becerra (s.f) plantea que la tarea del Trabajador Social no se limita a realizar entrevistas familiares con la intención de investigar, diagnosticar y explicar la conducta del paciente, o de qué manera intervienen en ella la familia o alguno de sus miembros. Sino que concibe la realización de un tratamiento grupal donde el usuario se comporte como un agente depositario de alguna manera de los problemas de su medio,

éste “(...) actúa como emergente de este grupo enfermo asumiendo el rol de la enfermedad o haciéndose cargo de la patología de la familia en su conjunto” (p.53).

Por otro lado, en nuestro país con respecto al desarrollo del Trabajo Social en el área de la Salud Mental, Da Silva (1989) señala que: “(...) la Asistente Social tiene una función específica, que puede ir desde el aplacar dudas hasta el trabajo de captación de la repercusión de la transformación de la conducta (...)” (p.53).

En el caso de los usuarios con alguna enfermedad mental que se encuentran institucionalizados, en su mayoría la patología se ve agravada por los efectos que causa el aislamiento social por el hecho de encontrarse alejado de su entorno habitual más cercano, produciendo de tal manera consecuencias psicológicas que determinan que el paciente pierda mayormente sus contactos y sus hábitos sociales.

Sumado a lo expresado anteriormente, se cree pertinente agregar que:

(...) la enfermedad mental disminuye las oportunidades sociales de las personas que la sufren, y que, en muchos casos, la principal problemática resultante no es la patología en sí misma, sino la falta de recursos adecuados para personas con unos hándicaps específicos. Todo ello comporta, en la práctica, una disminución de la dignidad de la persona (Arenas, 1997, p.68).

Si bien la Salud Mental en un principio no fue reconocida totalmente como un problema social, se la ha ido abordando de diferentes maneras con el paso del tiempo, visualizándose un gran avance entorno al tema con la implementación de la Nueva Ley de Salud Mental N° 19. 529.

El Artículo N° 17⁶ de dicha Ley expresa la importancia de un abordaje interdisciplinario e intersectorial de este tema el cual estará orientado a la promoción,

⁶Artículo N°17 de la Nueva Ley de Salud Mental N°19.529. El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

reforzamiento y restitución de los lazos sociales. Siendo el Trabajador Social, junto a otras profesiones los promotores de lograr tal cometido.

También el abordaje llevado adelante por el Trabajo Social en el ámbito de la Salud, es realizado en las Policlínicas. En estas se efectúa un trabajo desde un punto de vista comunitario, integrando a la familia e intentando generar redes con otras instituciones de la zona en la cual se encuentre situada, que aporten a la intervención de la situación. En los centros de Salud se atienden diversas demandas junto a otros técnicos, reflejándose nuevamente la importancia del abordaje interdisciplinario.

REFLEXIONES FINALES

Esta Monografía Final de Grado pretendió analizar y reflexionar sobre el abordaje de la Salud Mental en nuestro país desde el ámbito social y específicamente el lugar que ha ocupado la disciplina del Trabajo Social, teniendo en cuenta además sus principales características y transformaciones desarrolladas a lo largo de la historia.

Se comenzó este estudio realizando un breve recorrido histórico acerca de cómo ha sido percibida la enfermedad mental, observándose su evolución en las diferentes épocas. Como se expresó anteriormente en un principio, el concepto de enfermedad mental estuvo asociado al ámbito religioso desde una posesión diabólica o la inspiración divina, después como una manera de desviación social la cual generaba peligro y miedo; luego se buscaron respuestas a la enfermedad desde los orígenes biológicos y por último, se la asoció a aspectos psicológicos y sociales de la persona.

Ha existido un fuerte sentimiento en relación a la enfermedad mental a lo largo del tiempo: el miedo. Muchas veces estas personas son temidas y estigmatizadas debido a que son incomprendidas por parte de la sociedad no adecuándose sus comportamientos a las imposiciones sociales vigentes. A partir de esto, surgen diversas preguntas: ¿La persona con alguna enfermedad mental es la que debe adaptarse al régimen establecido por el resto de la sociedad?, y esta última, ¿Qué rol juega?, entendiéndose que debe pasar por un proceso de transformación y de construcción para poder convivir con el otro.

La sociedad ha buscado la manera de atenuar ese miedo, encerrando en instituciones como son los Hospitales Psiquiátricos, a aquellos sujetos que alteraban el orden establecido, suponiendo que este era el método más eficaz para paliar este tipo de situaciones en ese momento.

Luego, se procedió a estudiar la especificidad de la Salud Mental en nuestro país, destacando algunas instituciones de referencia en este campo como es el caso del Hospital Vilardebó. Si bien este tipo de instituciones han cumplido históricamente un rol importante, en la actualidad, la misma ha experimentado diferentes transformaciones

ya que se está promoviendo el abordaje de la enfermedad mental desde otro lugar, desde una mirada de los derechos humanos y de la integralidad de las personas, lo cual ha sido un proceso que se viene desarrollando a lo largo del tiempo. Aún así, el encierro sigue vigente en la actualidad teniendo en este momento una misión fundamental: aislar, procurando el disciplinamiento de la persona, siendo para el Estado uruguayo durante mucho tiempo la única alternativa existente para el tratamiento de la enfermedad mental. A pesar de ello, tal situación comenzó a ser cuestionada por diferentes corrientes y organizaciones deseándose el cierre de dichas instituciones totales. En relación a lo expuesto, se puede visualizar y reflexionar entonces sobre la impronta que tenía el enfermo mental, donde se lo excluía estigmatizándolo, para que no distorsionase el orden vigente.

Por último, se intentó dar cuenta de la pertinencia de la disciplina del Trabajo Social en el área de la Salud, lugar donde tuvo su surgimiento en nuestro país explorando específicamente en este estudio su intervención en el área de la Salud Mental.

La Salud Mental es uno de los ámbitos en los que el Trabajo Social puede realizar sus aportes generando una práctica activa de la profesión, por medio de estrategias de intervención que permitan atender las diferentes situaciones que puedan presentarse. De este modo y teniendo en cuenta las transformaciones que se han desarrollado en esta área, el Trabajo Social se está reivindicando como profesión cambiando el lugar que este ocupa, obteniendo un rol más independiente.

Como se expresó, el Trabajo Social fue una disciplina subordinada al área médica teniendo en el presente herramientas de intervención necesarias para el abordaje de las diferentes situaciones. Deja de ser el auxiliar del médico, al cual le aportaba insumos para su accionar adquiriendo en el presente un lugar desde la autonomía y reconocimiento en cuanto al desarrollo de sus tareas.

Un claro ejemplo en donde se visualiza la pertinencia del Trabajo Social al momento de abordar las distintas situaciones, es en el marco de la nueva Ley de Salud Mental N° 19.529, la cual propone trabajar desde un abordaje multidisciplinario, donde se pueda conjugar las distintas miradas desde las diferentes disciplinas, siendo una de

ellas el Trabajo Social, enriqueciéndose de este modo la intervención, dado que cada profesión aporta insumos específicos de acuerdo al área de conocimiento.

Finalmente, para concluir este estudio se cree de suma importancia destacar que esta síntesis teórica no pretendió ser una revisión exhaustiva de la Salud Mental, sino una aproximación a un problema social que ha sufrido modificaciones y avances con el paso del tiempo.

También enfatizar que inicialmente se pensó realizar un trabajo de campo, donde se pudiera visualizar mediante los discursos de diferentes técnicos, especialmente de Trabajadores Sociales, su intervención en el área de la Salud Mental teniendo en cuenta las transformaciones que esta ha tenido, sobre todo a partir de la implementación de la Nueva Ley de Salud Mental.

Este tema inicialmente pensado no se pudo concretar dado que se produjo una emergencia sanitaria en el país, la cual dificultó el acceso a diferentes instituciones para la realización de las entrevistas a los técnicos. A partir de ello, se modifica el tema de estudio, apostando a analizar y reflexionar sobre la Salud Mental a partir de sus diferentes concepciones y transformaciones, focalizando la mirada en la intervención del Trabajo Social en esta área de estudio; y frente a los cambios promovidos por la Nueva Ley surge la incertidumbre de cómo continuarán interviniendo los Trabajadores Sociales y qué nuevas funciones desarrollarán los mismos en este nuevo marco legal.

En función a lo planteado surge las siguientes interrogantes, ¿Cómo se abordará a los pacientes psiquiátricos en las policlínicas y otros espacios comunitarios, teniendo en cuenta que muchos de ellos tuvieron que transitar gran parte de su vida institucionalizados?, ¿Cuáles serán las estrategias de intervención desarrolladas por los Trabajadores Sociales en este nuevo escenario?.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-Abraham, A., Bernal, S., Rodríguez, C. (1998) *La función social de la locura: una mirada desde el poder. Capítulo: "De la locura y la marginación social"*. Editorial Espacio: Buenos Aires.

-Acosta, L. (1999) *Consideraciones sobre la historia del Servicio Social*. En Revista Temas de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo.

-Amico, L. (2005) *La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo Social en alternativas de atención*. Editorial Espacio: Buenos Aires.

-Amarante, P. (2009) *Superar el manicomio*. Editorial Topía: Buenos Aires.

-Arenas, O. (1997) *Carta de los derechos y deberes de los usuarios*. Revista de Treball Social, N° 145, Col·legi Oficial de diplomats en Treball Social I Assistents Socials de Catalunya. Barcelona.

-Barrán, J. (1990) *Historia de la sensibilidad en el Uruguay del Novecientos. La ortopedia de los pobres*. Tomo II. Ediciones de la Banda Oriental.

-Barrán, J. (1992) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*. Tomo I. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.

-Barrán, J. (1995) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La intervención del cuerpo*. Tomo III. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.

-Bentura C., Mitjavila M. (2006) *Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya*. Universidad de la República.

-Boron, A. (2005) *Las ciencias sociales en la era neoliberal: entre la academia y el pensamiento crítico*. Centros de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena. Panamá.

-Becerra de Ledesma R., Manrique de Miranda S (s.f) *Una experiencia de integración de métodos en servicio social psiquiátrico*. Selecciones de Servicio Social Vol. Nº 7, Buenos Aires.

-Casarotti, H. (2007) *Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en el Uruguay*. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/07_asm.pdf

-Castel, R. (1997) *La metamorfosis de la cuestión social*. Editorial: Paidós.

-Castel, R. (1980) *El orden psiquiátrico*. Ediciones: La Piqueta. Madrid. -

-Claramunt, F. (1974) *Psiquiatría y asistencia social*. Ediciones: Euramerica. Madrid.

-Claramunt, A. (2009) *El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad*. Revista Fronteras: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales UdelaR. -

-Castellanos, M., Martín, AM., Moleda, P., Taucar, N. (1998) *La función social de la locura: una mirada desde el poder*. Capítulo: Una mirada sobre la repetición y el cambio en la comprensión de la locura. Editorial Espacio: Buenos Aires. -

-Da Silva, J. (1989) *Salud Mental en el equipo interdisciplinario*.

-Delgado L., Huleche A. (1998) *La función social de la locura: una mirada desde el poder*. Capítulo: "Yo soy y no quiero ser". Editorial Espacio: Buenos Aires.

-Foucault, M. (1990) *La vida de los hombres infames*. Editorial: La piqueta. Madrid.

-Foucault, M. (1997) *Vigilar y Castigar*. Editorial Siglo XXI. 26ª edición: México.

- Foucault, M. (2000) *Los anormales*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (1970) *Internados: ensayo sobre la situación de los enfermos mentales*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
- Goffman E. (1972) *Internados: ensayo sobre la situación de los enfermos mentales*. Editorial: Amorrortu. Buenos Aires.
- Losada, R. (1998) *Si hubiéramos vivido aquí*. Universidad de Buenos Aires: Facultad de filosofía y letras.
- Martí, J. (1976) *Psiquiatría Social*. Editorial: Herder. Barcelona.
- Menéndez, M.; Cesaroni, E. (1997) *La práctica profesional en un sector del Hospital*. Dr. A. Korn: un intento de análisis Documento. La Plata.
- Muñoz, M.; Pérez, E.; Crespo, M.; y Guillén, A. (2009) *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense, Madrid.
- Ortega, E. (2003) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad Uruguaya en el período neobatllista*. Montevideo.
- Parafita, D. (2010) *Recorrido Histórico sobre las concepciones de Salud y Enfermedad*. Área de Salud, curso Niveles de Atención en Salud. Facultad de Psicología. Ficha temática.
- Proyecto de Ley de Regulación del Trabajo Social en Uruguay*. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/D2018050937-001151312.pdf>
- Taylor S.J., Bogdan R. (1984) *Introducción a los métodos cualitativos*. Primera edición. Editorial Paidós.

FUENTES CONSULTADAS

-*Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

-*La “Guía de estilo” de FEAFES, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y personas con enfermedad mental*. (s.f, p.1). Recuperado de: <https://avifes.org/enfermedad-mental/>

-*Ley de Salud Mental N° 19.529*. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

-*Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf>

-*Psicología y mente*. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/social/teoria-panoptico-michel-foucault>