



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



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

**Intervención del Trabajo Social con personas usuarias
de servicios de atención psicosocial en salud mental**

Lucia Victoria Aldao Ruidiaz
Tutora: María José Beltrán Pigni

2022

Agradecimientos

Este trabajo está dedicado a todas las personas que estuvieron a mi lado en este hermoso camino de formación profesional, apoyándome en los buenos y malos momentos, gracias por creer en mí e incentivarme a siempre seguir adelante en los momentos difíciles.

Principalmente a mi familia, sin su apoyo esto no hubiera sido posible. A mis padres, por darme la gran oportunidad de estudiar una carrera universitaria y por alentarme día a día a encontrar mi camino. A mi hermana, por ser mi fiel compañera, la que siempre está apoyándome en cada decisión que tomo, aunque sea a la distancia.

A Gonza, gracias por tu apoyo, comprensión, tiempo y dedicación, fuiste quien aportó ese abrazo único cuando todo parecía ir en contra.

A esas amigas que son familia, por la continua motivación, apoyo y cariño.

A mis compañeros de facultad, por las experiencias compartidas, por el apoyo mutuo y por las amistades únicas que me llevo. También a los/las docentes que me brindaron su dedicación, tiempo y conocimientos.

A María José, por su paciencia, disposición, compromiso y aporte de ideas que acompañó y nutrió este proceso.

Y también a la Facultad de Ciencias Sociales, lugar que me aportó significativos aprendizajes de contenido humano, profesional y personal.

¡A todos y todas, gracias!

Índice

Introducción	4
Capítulo 1: Rol del trabajo social en el área de salud mental	8
1.1 Trabajo social y sus orígenes en Uruguay	9
1.2 Trayectoria de la atención a la salud mental en Uruguay	12
1.3 Atención a la salud mental en Uruguay	14
1.4 Trabajo social en el campo de la salud mental	18
Capítulo 2: Trabajo social y su articulación con el campo de la discapacidad	22
2.1 Conceptualizando la discapacidad	22
2.2 Trabajo social y una mirada desde el modelo social de la discapacidad	26
2.3 Discapacidad, salud mental y derechos humanos	29
Capítulo 3: Dispositivos de atención psicosocial y la intervención del Trabajo Social	35
3.1 Del modelo asilar al modelo de atención comunitaria	35
3.2 Modelo comunitario y atención psicosocial en salud mental	38
3.3 Funciones y propósitos de la atención psicosocial	39
3.4 El quehacer profesional en la atención psicosocial	41
Reflexiones finales	45
Referencias	49
Fuentes	55

Introducción

El siguiente documento se constituye como la monografía final de grado, que se presenta como requisito exigido curricularmente por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República para obtener el título de Licenciada en Trabajo Social.

El trabajo, de tipo exploratorio, pretende ser una revisión bibliográfica, en la cual el tema central es la intervención que realiza el Trabajo Social con usuarios/as de dispositivos de atención psicosocial en salud mental. Se plantea como pregunta de investigación: ¿Cuál es la intervención que realiza el/la trabajador/ra social en la vida de los usuarios/as de dispositivos de atención psicosocial en salud mental?

El interés personal por estudiar el tema surgió en el proceso de formación académica. En ella, el desarrollo de la práctica profesional estuvo orientado al campo de la salud mental, dentro de un centro de atención psicosocial, en donde la dinámica permitió generar cuestionamientos y reflexiones sobre el impacto del trabajo social en usuarios/as con un diagnóstico psiquiátrico.

Ahora bien, el trabajo social como profesión inserta en el campo de la salud mental, no centra la mirada solamente en la persona como tal sino también en los aspectos sociales, además de su contexto y su historia como individuo. Esto es así debido a la fundamentación que tiene para la profesión, de esta forma se logra encontrar una mayor comprensión de los problemas a enfrentar. A través del análisis social de la realidad que realiza el trabajo social, es posible observar que los derechos humanos de las personas con padecimientos psíquicos graves, han sido históricamente vulnerados (González, 2009).

En adhesión a lo dicho anteriormente, la implementación de la nueva Ley de Salud Mental (Ley N° 19.529) supuso una extensión en el espacio de actuación profesional, ya que la reforma se realizó desde una perspectiva de derechos humanos. El individuo es visto ahora como un sujeto integral, en donde se integran los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Esta perspectiva de la integralidad complementa lo mencionado en el párrafo anterior, ya que en el Artículo 3 enuncia que “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° 19.529, 2017).

Con lo mencionado en estos párrafos precedentes, fue necesario establecer algunos objetivos que pudiesen orientar la formulación de este trabajo.

Objetivos

Como objetivo general me planteo estudiar cuál es el rol del Trabajo Social en el trabajo con usuarios/as de dispositivos de atención psicosocial en salud mental.

Por consiguiente, los objetivos específicos planteados son los siguientes:

- Explorar cómo el trabajo social interviene con personas usuarias de servicios de atención psicosocial en salud mental. Este objetivo incluye un estudio específico del quehacer profesional en este campo.
- Identificar las estrategias utilizadas por el trabajo social para el trabajo con usuarios/as de dispositivos de atención psicosocial.
- Investigar el estigma preexistente relacionado a las personas que son usuarios/as de dispositivos de atención psicosocial en salud mental y cómo el trabajo social interviene en el problema de la discriminación.

Metodología

En relación a la metodología utilizada se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema, enfocando la atención en los componentes de la intervención profesional del trabajo social en el campo de la salud mental, particularmente con los usuarios/as de servicios de atención psicosocial en salud mental.

Como se ha mencionado, en esta monografía se investigan los dispositivos de atención psicosocial y el desempeño del trabajo social en ellos. Estos comprenden una variedad de dispositivos sanitarios, educativos, sociosanitarios y sociales (adaptados a cada individuo), los cuales, todos unidos, constituyen una red efectiva de servicios que se encargan de promover el fortalecimiento de todo lazo familiar y comunitario (Ordenanza Ministerial N° 1046, 2019).

Se conoce como dispositivo de atención psicosocial a todo servicio, perteneciente a la red de servicios de salud mental (la cual integra la red de salud general), que satisfaga las necesidades de los usuarios/as concurrentes, sea cual sea su estado de salud/enfermedad. Los mismos se encargan de identificar las diversas necesidades que puedan tener estas poblaciones, sin distinciones, y poder brindar una solución próxima a los mismos. Estos dispositivos de atención psicosocial comprenden servicios como equipos básicos del Primer Nivel de Atención, equipos especializados en salud mental, centros de rehabilitación psicosocial, casas de medio camino, centros de acogida, centros de atención psicosocial,

dispositivos de atención móvil, atención en servicios de emergencia, entre otros (Ordenanza Ministerial N° 1046, 2019).

La revisión incluye un relevamiento y análisis de la producción científica al respecto (artículos publicados en revistas, por ejemplo), estudios de tipo exploratorio o descriptivo, tales como, monografías finales de grado.

Se revisarán también documentos institucionales sobre la intervención profesional, tales como protocolos de actuación, informes de trabajo o proyectos de intervención específicos. En este ítem se incluye además, el análisis de leyes o reglamentos que contemplen la intervención del trabajo social en equipos multidisciplinarios.

Marco teórico

El marco teórico se basa en algunas categorías centrales, siendo ellas: trabajo social e intervención profesional, salud mental, discapacidad y derechos humanos.

Se entiende que el trabajo social nace en Uruguay ligado a las estrategias disciplinadoras que formaron parte del proceso de medicalización en las primeras décadas del siglo XX. La profesión nace entonces ligada al campo de la salud (Ortega, 2008). Bentura (2009) añade que si bien el/la trabajador/a social tiene un rol subordinado al interior del sistema, hacia afuera del mismo es partícipe de una estructura de poder ejercida desde el sector salud hacia la población en general. Se puede decir por lo tanto, que el trabajo social está ubicado en el interior de las políticas sociales, las cuales están regidas por la lógica tecnocrática moderna.

Como se mencionó anteriormente, en cuanto a la salud mental en Uruguay, en 2017 se intenta cambiar la atención a la misma, de modo de superar lo establecido en la Ley del Psicópata de 1936. Con esta reforma se intenta priorizar la importancia de erradicar el modelo asilar, planificar e implementar un nuevo diseño de atención de corte más integral, la cual implicaría breves internaciones de la mano de estrategias de rehabilitación y atención psicosocial desde un enfoque comunitario (Techera, Borges, Apud, 2009; Ramírez y Techera, 2021).

Esta nueva mirada al problema de la locura infiere que la persona pueda transitar sus padecimientos en dispositivos comunitarios y ocasionalmente, con breves internaciones en hospitales generales. Se entiende que de esta forma se respetan y defienden los derechos de los sujetos, quienes adquieren su propia autonomía en el proceso (Gonzalez, 2009).

El trabajo social se desempeña en atención directa con las/los usuarias/os de los distintos servicios, en el espacio familiar y en las redes vinculares. Su desempeño está regido

por el marco institucional del que son parte, en una compleja relación entre objetivos y normativas institucionales y objetivos profesionales.

Alós (1997), sostiene que frente a un determinado problema la labor profesional se desarrolla en unísono con la persona, los recursos, la prevención y la promoción, siempre priorizando los derechos humanos. Por ende, se entiende que la atención psicosocial permite que el individuo se integre a la sociedad, mejora su calidad de vida, potencia sus habilidades y aptitudes, así como también disminuye la estigmatización que acarrea la hospitalización, los reingresos a las instituciones asilares y permite el trabajo con la familia y comunidad en conjunto (Gonzalez, 2009).

Organización del documento

El documento está organizado en tres capítulos. En el capítulo 1, “Rol del trabajo social en el área de salud mental”, se aborda brevemente los orígenes del Trabajo Social, para luego exponer a qué cosas aspira lo social con respecto al área de salud mental y cómo se puede contribuir con ella mediante las intervenciones profesionales. Se desarrollan conceptos como Trabajo social y salud mental.

En el capítulo 2, “Trabajo social y su articulación con el campo de la discapacidad”, se trabaja con la noción de discapacidad desde el modelo social y se coloca entonces en esa discusión, la relevancia de los derechos humanos. También, en este mismo capítulo, se aborda en forma sintética, cómo Uruguay fue avanzando en este enfoque de derechos humanos y cuáles fueron los cambios implementados a nivel de políticas sociales en salud mental.

En el capítulo 3, “Dispositivos de atención psicosocial y la influencia del Trabajo Social”, se presenta la definición de atención psicosocial, así como las funciones y propósitos de algunos dispositivos que prestan servicios de atención psicosocial, articulando la información con el rol y relevancia que tiene la profesión en este tipo de atención a la salud mental.

CAPÍTULO 1: Rol del trabajo social en el área de salud mental

En este primer capítulo, en primera instancia, se pretende abarcar brevemente el desarrollo que tuvo el trabajo social en los siglos XX y XXI, para realizar posteriormente un análisis que permita entender la función de la profesión en el campo de la salud mental.

Netto (1992), considera al trabajo social como una profesión que es consecuencia de la división sociotécnica del trabajo, emergente de un determinado contexto histórico y socioeconómico, el cual corresponde a la era del capitalismo de características monopólicas, en donde el Estado interviene en la cuestión social. De ahí se entiende que el cometido principal del trabajo social es atender las manifestaciones de la cuestión social, las cuales se encuentran en las demandas expuestas y recibidas.

Por su parte, Rozas (1998) añade que el trabajo social tiene como objetivo abordar las demandas que contribuyen al “bienestar social”, ya sea desde la formación académica como desde la práctica profesional, siendo ese bienestar, la meta que se debe alcanzar. Es a través de las intervenciones (individuales, grupales y/o comunitarias) que se intenta contribuir y garantizar en una mejora de la calidad de vida de las personas.

Por último, el Plan de Estudios 2009 de la Facultad de Ciencias Sociales entiende que el trabajo social es una disciplina que “construye su espacio profesional a partir de una problematización de las necesidades humanas, los procesos de colectivización y las formas sociales de satisfacción” (p. 42). Se trata de una profesión que se caracteriza por ser interventiva y fundamentada en una teoría social, con la mira colocada en el abordaje de problemáticas sociales para encaminarse hacia la obtención de una mejora en la calidad de vida de los sujetos involucrados y del desarrollo de sus potencialidades no resueltas. El trabajo social utiliza las políticas sociales como su marco de intervención, y ésta puede ser en instituciones públicas, privadas o mixtas.

Claramunt (2009), agrega que la profesión de trabajo social adopta ciertas características específicas para intentar dar respuesta a las derivaciones, especificidades y complejidades que se dan en cada área y práctica de trabajo. Esta autora hace referencia a que el trabajo social como profesión se encuentra constituida por una dimensión de intervención práctica, en donde se pretende a través de un cierto bagaje teórico dar explicaciones de la vida social, intentando así visualizar posibilidades de poder interferir en procesos sociales.

La autora describe entonces cuatro dimensiones, la primera es la *dimensión investigativa de la profesión*, ella se refiere a que el trabajo social concibe la producción de conocimiento científico acerca de los diferentes aspectos de la realidad social, realidad en la

que por lo general interviene. Conceptualiza a la investigación como un insumo para las intervenciones asistenciales y socioeducativas, pero también para aquellos procesos de investigación orientados a la trascendencia de necesidades interventivas inmediatas que intentan comprender la realidad social.

La *dimensión asistencial* es la segunda, y comprende el componente de la profesión que se asocia al otorgamiento de servicios, prestaciones y recursos. La profesión se ubica aquí en los procesos donde se gestiona e intermedia el vínculo entre las organizaciones que prestan esos servicios y los destinatarios de los mismos. Identifica los recursos sociales existentes, sus características, controla los mecanismos de acceso, orienta a las personas que necesiten de estos servicios y recursos, facilita el acceso a los mismos y le hace saber a las organizaciones prestadoras las necesidades de la población.

La tercera es la *dimensión socioeducativa*, la cual refiere a los procesos que tienen por objetivo inicial incidir y transformar de determinada manera las formas de actuar y pensar de la población con la que se trabaja. Los principales énfasis se darán según las orientaciones teórico-metodológicas y ético-políticas de los profesionales.

La última dimensión es la *ético-política*, y su característica principal es que incide y se desplaza por todas las dimensiones anteriormente nombradas que conforman el accionar de la profesión, marcan los valores y los principios que se encargan de orientar la acción y la direccionalidad de toda intervención. La misma posiciona de tal manera al/la trabajador/a social en las relaciones de poder, que éstas están presentes en el campo de actuación.

El trabajo social es una profesión que se encuentra compuesta por estas dimensiones, que se interrelacionan y se retroalimentan entre sí. Interviene en procesos particulares, concebidos en el marco de procesos macrosociales que los producen y transforman. En este mismo sentido, Carballada (2012) nos plantea que las intervenciones desde el trabajo social contienen diversas problemáticas sociales que pueden tener un conjunto de necesidades, y un conjunto de necesidades que contienen problemas sociales.

1.1 Trabajo Social y sus orígenes en Uruguay

El trabajo social es hoy en día una práctica institucionalizada, poseedora de un carácter continuo, permanente y sistemático, socialmente legitimado y legalmente sancionada. Pero en el pasado existieron viejas protoformas que fueron los pilares de la génesis de la profesión, relativo a la filantropía y a la caridad, que si bien han sido superadas gracias al proceso de profesionalización del trabajo social, algunas de ellas han dejado marcas provenientes de estas protoformas que persisten en la actualidad. Si queremos remitirnos a la

génesis del trabajo social, Álvarez-Uriá (1995), nos traslada y nos ilustra el escenario en que la profesión comienza a moldearse, y nos dice que los modelos de intervención social que se han desarrollado desde el siglo XIX hasta el siglo XXI oscilan entre el control social y la solidaridad social, y explica por consiguiente, que estas contradicciones han impactado en el trabajo social generando cierta ambigüedad.

Según Acosta (1998), la génesis del servicio social en Uruguay estaría ligada al proceso de secularización de la sociedad a fines del siglo XIX. Ortega y Mitjavila (2005) plantean que el trabajo social en Uruguay es producto de una profunda reorientación en la gestión de lo social, la cual estaba comprendido por transformaciones en las respuestas sociopolíticas a los problemas sociales, transformaciones en los modelos etiológicos en el campo de la salud, cambios en la institucionalidad con nuevos espacios organizacionales de atención a la salud, en conjunto con un trasfondo de consolidación del Estado de Bienestar y medicalización de la vida social.

Durante el período neobatllista la profesión comienza un proceso de institucionalización creciente, el cual estaba constituido como un profesión de mujeres y por la inscripción jerárquica y técnicamente subordinada a otras profesiones del campo médico-sanitario. Siguiendo a Ortega y Mitjavila (2005), “el Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinadoras dentro del proceso de medicalización de la sociedad” (p. 212). Por lo tanto, la construcción del espacio profesional se encuentra genéticamente ligado al campo de la salud. Asimismo, comienza a surgir un énfasis en el preventivismo, que era una doctrina médica que re-traducía la concepción ampliada de determinación del proceso salud-enfermedad que fuera antes desarrollado por el higienismo del siglo XX. De allí se promueven prácticas de carácter técnico promotor de los cuidados del individuo mediante el desarrollo de acciones asistencialistas y educativas dirigidas a minimizar los padecimientos y los costos de la asistencia especializada (Ortega y Mitjavila, 2005).

Aquí se vislumbra un proceso decisivo de reconocimiento social del perfil profesional de asistente social respecto de otras categorías ocupacionales precedentes y/o asociadas, y a modo de ejemplo se cita al director de un Centro de Salud en el Primer Congreso Nacional de Profesores de Higiene, Medicina Preventiva y Educadores Sanitarias, donde afirmaba que:

Cobra importancia extraordinaria la actuación de ese organismo moderno que es el Servicio Social con su organización de trabajadoras sociales distribuidas estratégicamente a través de la comunidad y con función específica de auxiliar en la resolución de múltiples y complejos problemas que afligen a las familias en la época

en que vivimos. (Primer Congreso Nacional de Profesores de Higiene, Medicina Preventiva y Educadores Sanitarias, 1957, citado en Mitjavila y Ortega, 2005)

Se podría decir, que fue la mirada médica la que dio origen al nacimiento de la profesión, y esto se entrevé con el plan de estudios de la Escuela de Servicio Social del Instituto de Higiene Experimental, en donde se refleja el contenido fuertemente higienista y medicalizado de la formación curricular. Este campo se amplía en 1954, cuando se crea la Escuela de Servicio Social en el Ministerio de Salud Pública, y se vuelve dependiente de la Universidad de las República en 1957 (Ortega y Mitjavila, 2005).

A su vez, nuestra profesión se institucionaliza cuando se reconstruyeron los procesos de profesionalización, es decir, luego de que la profesión atravesara un poderoso Movimiento de Reconceptualización en toda América Latina. Este movimiento surgió a partir de la fuerte crisis de legitimidad que atravesaba la profesión en la década de los 60, su desarrollo permitió la lucha por la liberación y conformación de la autonomía del propio trabajo social, el cual se esforzó por delimitar su campo de acción, investigación e intervención profesional (Netto, 2006). Con este movimiento, la profesión obtuvo su acreditación universitaria, autonomía técnica y organización corporativa. Autores como Netto (2006) y Acosta (2008) (quienes han estudiado en profundidad este movimiento) manifiestan que este movimiento dejó plasmados los precedentes de una tentativa contemporánea de consolidación de una dirección social hegemónica y crítica del trabajo social, lo que conlleva a que en la década de los 70 y 80 del siglo XX se implante la idea de construir un nuevo proyecto ético-político para la profesión. Se intentó que con los valores emancipatorios que inspiraron ética y políticamente a este proyecto, se pudiese alcanzar la meta de establecer una práctica profesional comprometida con la defensa de los derechos sociales y de la democratización de la vida social.

Por último, el papel de la Universidad fue fundamental para conseguir la reivindicación del trabajo social como profesión autónoma. Con la creación de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) en la década del '90 y con un nuevo plan de formación (Plan de Estudios 1992), presenciamos un gran movimiento a nivel formativo y en las repercusiones político-sociales que tendría en el país en cuanto al lugar y a la empleabilidad de la profesión. Se intentó establecer un campo específico y delimitado para el Trabajo Social, para que el mismo no se siga superponiendo a los campos de otras disciplinas de las Ciencias Sociales. Asimismo, agrega Beltrán (2009), que la profesión pasa a ser “concebida como una síntesis de múltiples determinaciones históricas, marcada fuertemente por un origen subsidiario respecto de otras profesiones, y con la influencia de la Reconceptualización y su legado

transformador, a su vez inserto en una nueva coyuntura no solo social, sino en el contexto de las Ciencias Sociales” (p. 16). La Facultad de Ciencias Sociales pasa a otorgarle a la profesión un status de Licenciatura, lo que significó que la misma tenga, de ahí en más, un nuevo lugar en el marco de la división del trabajo, así como también en relación a las otras Ciencias Sociales.

1.2 Trayectoria de la atención a la salud mental en Uruguay

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), se han manejado múltiples definiciones sobre lo que es en sí la salud mental, y que más allá de las opiniones que se hagan al respecto, siempre van a estar influenciadas por las diferencias en las representaciones sociales y los paradigmas dominantes de cada cultura y período histórico. Aún así, sí existe actualmente un común denominador para este concepto, el cual es definitivamente la autonomía, el bienestar subjetivo y el potencial emocional. El bienestar mental es visto como una cualidad positiva a través de la cual una persona obtiene los niveles correspondientes de salud mental que le permiten alcanzar la capacidad de vivir en plenitud y armonía, además de ser portadora de una flexibilidad necesaria para afrontar fracasos, dificultades y desafíos de la vida.

Por lo tanto se puede afirmar, en primera instancia, que la salud mental es un proceso dinámico que se encuentra en construcción permanente, que implica al cuerpo, a las emociones, a todos los vínculos humanos (ya sean sociales, familiares y laborales) y también, la capacidad de poder disfrutar, planificar proyectos y acercarse a las metas planteadas. Es sentirse reconocido por un otro, y que ese otro respete mi individualidad. Es así como la OMS (2004), define 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” (p. 14). Frente a ello, es indispensable que exista un estado de equilibrio entre el individuo y su entorno social, político, cultural y económico, para que de esa forma se pueda garantizar su participación en la vida diaria como parte de la sociedad.

Pichón Riviere (1985) entiende a la salud mental como “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 que articula el pasado, el presente y el proyecto del sujeto” (p. 174-175).

Como última definición relevante, la Ley N° 19.529 de Salud Mental en Uruguay (2017), constituye en el Artículo 2 que:

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. (Ley de Salud Mental 19.529, Art. 2)

Ahora bien, para llegar y concluir la definición de “salud mental” que manejamos en la actualidad, se han tenido que atravesar diversos paradigmas y conceptualizaciones a lo largo de los años, que han ido cambiando según los pensamientos e ideas de cada época. En términos generales, es posible afirmar que se dio un pasaje desde una visión trágica de la locura, hacia una de índole crítica y humanizante. Son Galende (1990) y Amarante (2006), quienes abordan las transformaciones en las nociones de salud y enfermedad mental desde el siglo XVIII en adelante. En ese sentido, se fue procesando un pasaje desde la locura concebida como una enfermedad o desórdenes *de la mente*, hacia una nueva forma de posicionarse frente a ésta, considerando los factores psicosociales que intervienen en la salud mental¹.

De ahí es que se vislumbra la brecha existente entre las definiciones que se manejaban en la época clásica y aun en parte del siglo XX a las que manejamos hoy en día. , mientras que los mencionados autores contemplan y describen una época en donde la “salud mental” era mejor conocida como “patología o enfermedad mental”, hoy hablamos de una mirada más humanizante y cargada de derechos humanos, contemplando las dimensiones biopsicosociales necesarias para que un individuo logre un inclusión social.

Luego de lo desarrollado anteriormente, Galende (1990), menciona que el objeto de la salud mental no era un objeto natural, sino que más bien era un objeto histórico-social, debido a que los problemas comprendidos en el campo de la salud mental forman parte de la producción y de la circulación de valores en las relaciones sociales. Con respecto a esto, y siguiendo los aportes de Amarante (2006), en los tiempos en que se comenzó a tratar el tema de la “locura”, a finales del siglo XVIII, (la cual era vista como un fenómeno médico de especialización psiquiátrica), se entendía que la misma hegemonizaba la lógica de la enfermedad (que antes era patrimonio de sectores religiosos), dándoles una connotación

¹ Para entender las distintas concepciones por las que transitó la noción de salud y enfermedad mental y los modelos terapéuticos asociados a éstas, Ver: Amarante, 2019.

negativa. En ese entonces, los llamados “locos”, en conjunto con los ladrones, leprosos de la época clásica, vagabundos, prostitutas, eran símbolo de amenaza a la ley y el orden social.

Por lo tanto, en un intento de comparar los métodos de protección, atención o intervención que se aplicaban en el campo de la salud mental de la actualidad con los de siglos pasados, Amarante (2006) presenta dos momentos o etapas en que éstos modelos pueden entenderse. En un principio encontraremos un proceso de crítica a las estructuras asilares, los cuales eran los causantes de los altos índices de cronificación. Este momento se caracteriza por la fuerte creencia de que los manicomios eran “instituciones de cura”, por ello era imperioso redimir el carácter positivo de estas instituciones a través de la reforma interna de la organización psiquiátrica. Por otro lado, encontraremos un segundo período enmarcado en la extensión de la psiquiatría al espacio público, con el cual se pretendía promover y prevenir la salud mental, ubicado históricamente cercano a la primera mitad del siglo XX.

Se entiende así que, mientras en la actualidad se vela por una atención y protección del sujeto y su integridad física y mental, a la vez que se promociona el respeto de los derechos del mismo, en siglos pasados, el foco estaba en aislar a los “locos” para que éstos simplemente no amenazaran y pusieran en jaque el orden social.

1.3 Atención a la salud mental en Uruguay

El proceso de incorporación de aspectos que involucran a la salud mental en la agenda pública en la región fue recién con las re-aperturas democráticas, acompañadas de la inclusión de derechos humanos (De León, Techera, 2017). Siguiendo los aportes de Cherro (2004), es alrededor de la década de 1970, cuando en Uruguay comienzan a surgir nuevos modelos y propuestas en el ámbito de la salud. Dos de los hitos que aparecieron en este ámbito fueron, por un lado, la Declaración de Alma Ata realizada en 1978, la cual fomentó la protección y la promoción de la salud, así como también propuso nuevas estrategias de Atención Primaria de Salud y de acciones comunitarias en territorio. Por otro lado, es en 1986 que se crea el Programa Nacional de Salud Mental, documento programático consensuado creado por el Ministerio de Salud Pública, quien convocó tanto a actores públicos como privados para la determinación del programa. El programa implementó un nuevo enfoque en el ámbito de la salud mental así como también un nuevo cambio cualitativo en relación a la atención del enfermo psiquiátrico.

Es aquí donde comienzan a surgir nuevas conceptualizaciones, tales como deshospitalización, integración, coordinación, equipos multidisciplinarios, entre otros, los cuales comienzan a difundirse y manejarse en el ámbito público, funcionando como ejes

sobre lo cuales giran las posibilidades de éxito o fracaso de las nuevas propuestas (Cherro; 2004).

Con el paso de los años se fueron incorporando nuevas medidas y propuestas, si bien no todas se cumplieron en su totalidad, sí sirvieron como impulsos importantes para los años siguientes. Algunas de las medidas que sí cumplieron su cometido fueron, por un lado, la incorporación de los Equipos Comunitarios de Salud Mental, desarrollados en 1996 por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE); por otra parte, se inauguraron nuevos centros de atención que reemplazaron y mejoraron las atenciones recibidas en los hospitales psiquiátricos, como por ejemplo, los centros diurnos o los centros de rehabilitación; y ya entrados los 2000, también se comenzaron a realizar las Jornadas Nacionales de los Equipos de Salud Mental de Montevideo y Área Metropolitana, las cuales generaron gran comunicación entre profesionales, profundización e implementación de nuevas metodologías de trabajo, mayor eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, afianzamiento, madurez y profesionalismo de los integrantes de estos equipos.

Como explica Luengo (2019), en conjunto con la reforma sanitaria del estado uruguayo, se crea en 2007, partiendo de la Ley N° 18.211, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), “esto significa una atención en salud que intenta que coexistan la justicia social, la eficacia sanitaria y la eficiencia económica” (p. 25).

A su vez, Setaro (2010), hace referencia a que los objetivos centrales de este sistema fueron la transformación del modelo hospitalcéntrico, tecnológico y especializado predominante, enmarcado en un modelo nuevo que coloque como base del sistema de atención a la Atención Primaria en Salud (APS) en el primer nivel de atención. Asimismo, esta reforma implicó además la creación de la Dirección de Salud Mental de ASSE en 2008.

En Uruguay encontraremos dos grandes etapas que se encargan del amparo normativo de la salud mental, en un primer momento encontramos la Ley N° 9.581 de Psicópatas, que rigió desde 1936 hasta 2017, y en un segundo momento está la Ley N° 19.529 de Salud Mental, que se decretó en 2017 y sigue en vigencia hasta el día de hoy. A continuación realizaré algunas notas que comparan ambas leyes y los elementos que han tenido cambios más notorios.

En primera instancia creo que es pertinente hacer mención a la propuesta realizada en ASSE (2018) para la implementación de la nueva Ley de Salud Mental, la cual dice que:

La reforma de la salud, iniciada en Uruguay en 2007, promovió la sustitución del modelo de atención a la enfermedad por otro que privilegia la prevención y la

promoción, en base a una estrategia de atención primaria en salud con énfasis en el primer nivel de atención, asegurando la coordinación y complementación de servicios en todos los niveles, la profesionalidad y la transparencia en la conducción de las instituciones, y la participación activa de trabajadores y usuarios. (ASSE, 2018, p.1)

El cambio más concerniente impulsado por la nueva Ley es aquel que ampara el preventivismo, dirá Luengo (2019), “concentrando los recursos en los centros primarios de atención y en la comunidad, e incorporando el área de atención a la salud mental a los centros hospitalarios generales, dando cierre de este modo a los centros monovalentes como lo son las colonias y el Hospital Vilardebó para el año 2025” (p. 28)

Cabe mencionar en un primer momento de las formas en que se denomina esta población, ya que, en ambas leyes, se entiende que la forma en que nos referimos a ellos influirá en la forma en que ellos se ven a sí mismos, así como la mirada que coloca la sociedad sobre ellos. Es en la Ley de Psicópatas de 1936 donde se refleja la concepción de la época al denominar a las personas con enfermedades mentales como “psicópatas”, lo cual influye en la forma en que las personas se comportan y qué concepción tiene la sociedad sobre ellos. Mientras que, en la Ley de Salud Mental de 2017 aparece otro enfoque de la enfermedad; en ella se los denomina sujetos que padecen de un “trastorno mental”, enfatizando la idea de recuperación y de salud. Luengo (2019) añade que, “la denominación despectiva de un grupo de personas, legitimada por el poder médico, e incorporada por el resto de la sociedad deviene en un reconocimiento de inferioridad que desemboca en una situación de estigma para aquellos” (p. 30).

Debido al recurrente estigma en el que se ve envuelta esta población, la Ley 19.529 propone en el Art. 37 “un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas” (2017). Estas estructuras alternativas serán centros de atención comunitaria, dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial. A partir de ello, se refleja que en la Ley de 1936 se encuentran bien delimitados los límites entre la salud mental y la salud general, instaurando instituciones diferenciadas, mientras que en la Ley de 2017 encontramos una perspectiva de salud integral, en infraestructura y atención.

Podemos agregar que esta nueva concepción de sujeto biopsicosocial trajo consigo la idea de interdisciplinariedad. En la Ley 9.581 se planteaba a la enfermedad como una solución exclusivamente médica, y la hegemonía profesional de los psiquiatras era la única

que podían dirigir las instituciones dedicadas a la salud mental (1936; Art. 5). Por otro lado, en la Ley 19.529 surge el trabajo interdisciplinario con gran fuerza y prominencia.

En otras aristas, encontraremos cambios en el vínculo entre familia y salud mental, ya que su concepción y roles han variado entre una ley y otra. La Ley 9.581 impone un abordaje individualista, expresando que “deben proveer a la asistencia de los enfermos psíquicos las familias o los encargados de los mismos y cuando no puedan atender las exigencias del tratamiento, solicitarán los servicios del Ministerio de Salud Pública” (1936; Art. 2). Por otro lado, en la Ley 19.529 se encuentra la importancia de la integración familiar y comunitaria, tanto al tratamiento del paciente como las decisiones del mismo, en pos de facilitar su egreso de las instituciones y su inclusión en la sociedad, la familia tiene un rol de acompañamiento.

En relación al ámbito del trabajo, éste es un elemento sumamente integrador para los individuos en la sociedad, y contribuye en la construcción de ciudadanía. Sin embargo, es un proceso sumamente difícil para quien estuvo institucionalizado o es diagnosticado con alguna enfermedad mental. En la Ley 9.581 no existe referencia alguna sobre el tema empleo, así como el hecho de que no existía ninguna promoción por parte de la sociedad para contribuir a su reinserción. Si bien el tema trabajo no era considerado en esta ley en particular, sí existía otra ley, la Ley N° 11.139 ‘Patronato del psicópata’ (implementada años después, en 1949) en donde se establecían otros programas de laborterapia y otras estrategias de inserción social. A saber, en el Artículo 1 se proclamaba: “Fundar y administrar un "Hogar-Taller" destinado especialmente a aquellos enfermos mentales que no tengan amparo familiar y cuyo estado les permita continuar la cura, realizando trabajos adecuados por los que puedan obtener una remuneración”.

Por su parte, en la Ley 19.529 se contempla el empleo como un elemento primordial para la vida de los usuarios, además, en el Artículo 12 se promueve la creación de políticas de trabajo y las posibilidades de mantenerlas, agregando que “se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación” (Ley de Salud Mental, 2017).

Como último apartado, en relación al tema vivienda, la Ley de Psicópatas no tiene ningún artículo o mención acerca de ninguna política hacia este tema, debido a que en esta época no era concebida como una problemática. La Ley de Salud Mental por su parte, plantea el cierre de las instituciones asilares y el acceso a la vivienda, fomentando un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda “en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo” (2017; Art. 13).

Se entiende así que la nueva Ley de Salud Mental generó grandes cambios de paradigma, ya que pone como asunto central la protección de los derechos humanos, así como un énfasis en la atención integral del individuo.

1.4 Trabajo social en el campo de la salud mental

El trabajo social aparece en el campo de la salud mental valorando la interacción existente entre las experiencias biológicas, psicológicas y sociales del individuo, ya que su objetivo general es intervenir sobre el individuo y el medio en el que se relaciona. El trabajo social actúa a nivel individual, familiar, comunitario y grupal, encargándose así del individuo mismo, las redes y dispositivos grupales en los que se encuentra inserto, las familias, el trabajo en promoción y prevención, la defensa de los derechos, los cuales son determinantes para potenciar las capacidades del individuo y mantener los niveles más altos de calidad de vida posible. (Grupo de Salud Mental del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistencia Social de Cataluña, 2006).

El/la trabajador/a social que se encuentra inserto/a en un equipo de salud mental deberá fortalecer, impulsar y rescatar las habilidades sanas del paciente así como también de su medio familiar y microsocioal, y con ello se intentará establecer un vínculo individuo-familia-medio lo más autónomo y satisfactorio como sea posible.

Las demandas que le llegan a la profesión dependerán y se transformarán según el momento sociohistórico en el que se encuentre la sociedad, es así como éstas estarán siempre atravesadas por una creciente complejidad (Carballeda, 2012).

El campo de la salud mental es un espacio en el que la acción profesional del trabajo social puede aportar estrategias y mecanismos para el abordaje en conjunto de aquellas problemáticas de la población que son manifestadas con el equipo profesional, para realizar las intervenciones desde un abordaje interdisciplinario. Las demandas de intervención social suelen atravesar otros campos, como por ejemplo, el conflicto con la ley o el carácter material y simbólico de la aplicación de políticas sociales (Carballeda, 2012). Rozas (1998) acota que “en la configuración del «campo problemático» de la intervención, se establece una vinculación casi natural entre necesidad y bienestar social como aspectos que expresan su relación con la «cuestión social»” (p. 21).

Para comprender la intervención social, infiere Claramunt (2009), que el trabajo social “como toda profesión se encuentra constituida por una dimensión práctico-interventiva y supone un bagaje teórico-metodológico que permita explicar la vida social y visualizar

posibilidades de interferir en esos procesos sociales” (p. 93). Para interferir e insertarse en esa sociedad, recordamos que el/la profesional debe contar con un marco teórico de referencia que contenga un alto nivel de concreción sobre los fenómenos enfrentados, en conjunto con un desarrollo metodológico-técnico que le permita alcanzar resultados que puedan ser sistematizados. La autora agrega que la profesión tiende a adoptar características específicas que darán respuesta a derivaciones, complejidades y especificidades que están expuestas en cada práctica y área de trabajo. Por lo tanto, como bien planteaba García (2004), la razón de ser de la profesión radica en las demandas sociales que llegan planteando la necesidad de la intervención de una práctica especializada en ciertos tipos de problemas. Es así como el trabajo social logra intervenir profesionalmente sobre los efectos de las contradicciones estructurales de la sociedad.

Busto y Mantilla (2002), sostienen que la intervención debe hacerse desde una postura crítica, y en las instituciones de salud mental se debe cuestionar la lógica de poder-saber ya que usualmente se autoconciben como hegemonías incuestionables, lo que genera una anulación de la libertad y capacidad de los colectivos sociales que participan en ese proceso. Por tanto, desde estas instituciones se establece la demanda de “externación” de las personas que sufren algún tipo de padecimiento mental, y para ello se debe poner en ejercicio la capacidad de diseñar diferentes estrategias de intervención profesional que contemple los derechos de los sujetos sobre los que se trabaja. De aquí podemos sacar dos conclusiones:

En primera instancia, entendemos que el trabajo social debe realizar su intervención profesional desde una atención integral, es decir, debe realizarse un trabajo complementario y no fragmentado con el usuario, según su tipo de diagnóstico y de las determinantes que lo rodean (Gonzalez, 2011). Por tanto, el trabajo debe llevarse a cabo en conjunto con la familia o referente del usuario, en pos de contribuir con el proceso, por ejemplo, participación del tratamiento, conocimiento y proceso de concientización del correspondiente diagnóstico por parte del paciente y de su familia de referencia (Gonzalez, 2011; p. 40).

Alós (1997) expresa que, los/as trabajadores/as sociales desempeñan su ejercicio profesional a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, trabajando en simultáneo con todas ellas, debido a que mantiene relación unas con otras. Esto implica que, ante cierta problemática, la intervención se realizará con el/la paciente, recursos, prevención, promoción y ayuda, articulados con la comunidad y desde una perspectiva de derechos. Los autores Romano, Novoa, Gopar, Cocco, De León, Ureta, Frontera (2007) explican que esta perspectiva integral también implica la conformación de un “equipo”, promoviendo el trabajo interdisciplinario de la intervención profesional, el cual “implica 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” (p. 144).

Por consiguiente, el trabajo social como profesión que interviene con y para los/as usuarios/as, considera necesario en el proceso, “potenciar y construir redes de sostén que permitan a las personas afectadas 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, Borges, Apud, 2009; p. 44).

Como segunda conclusión entendemos, con los aportes de Bentura (2009), 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 públicas regidas por la conciencia tecnocrática moderna” (p. 32). Agrega Travi (2001), que los profesionales insertos en estas instituciones se relegan frecuentemente al ámbito de las políticas sociales encontrándose entre una fuerte dualidad, por un lado, se encuentran presionados por las demandas de los sujetos, y por otro, por la exigencia de las rápidas resoluciones de la población definidos institucional u oficialmente que son catalogados como «urgentes». Es así como el trabajo social quedará incluido en una práctica articulante entre el campo de lo social y la salud mental.

Como un último aporte a esta sección del trabajo social en la órbita de la salud mental, es menester mencionar el componente ético, el cual aparece para ubicar a la profesión, sus posibilidades y limitantes, a la hora de presentar el quehacer profesional en un marco institucional (Gonzalez , 2009). Los/as trabajadores/as sociales operamos en conjunto con los valores humanos, por eso debemos regir nuestro accionar profesional con nuestro Código de Ética Profesional. el cual contribuye al amparo de una práctica ética comprometida y responsable. El código entiende a la ética como:

un espacio de reafirmación de la libertad, por lo tanto, como posibilidad de negación de los valores mercantilistas, autoritarios, utilitarios e individualistas que funden la moralidad dominante en la sociedad capitalista. Como profesionales, tenemos la responsabilidad de defender una ética que reafirme la capacidad humana de ser libres, de escoger conscientemente (..) las alternativas para una vida social digna. (Código de ética, 2001)

Además, uno de sus principios fundamentales es 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" (Código de Ética, 2001).

La ética juega un papel relevante en el accionar profesional si entendemos a la misma desde una perspectiva emancipadora, esta se incorpora en el desempeño profesional para buscar la transformación de las relaciones sociales existentes. Por eso la práctica social está enmarcada en un proceso de cambio, esto es descrito por Rebellato (1989) como “trabajo social transformador”.

En el Artículo 17 se expresa que se debe “reconocer la vulnerabilidad y dependencia de los sujetos, particularmente aquellos en condición o situación de mayor desprotección, discapacidad, exclusión o desposesión, respetando, defendiendo y promoviendo su dignidad y derechos” (Código de ética, 2001). Se desprende de este artículo que se debe efectuar una práctica crítico-reflexiva, es decir, actuando desde una ética liberadora, tenemos que trabajar con la autonomía del sujeto, esto es, contribuyendo a su autogestión, guiando y no anulando al mismo. Siguiendo en esta misma línea, los aportes de Carballeda (2005) explicitan que la intervención implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese “otro” sobre el que se interviene, asimismo, la intervención social es un lugar en donde se construyen creencias, hábitos y modalidades de hacer, así como también un lugar de certezas e incertidumbres. Por eso el compromiso ético se ve involucrado, ya que no solo se interviene en problemas sociales, sino también en función del padecimiento que éstos generan.

Volviendo a la práctica profesional mediada por aquellos fines planteados y perseguidos por la institución, y las tareas que atraviesa el trabajo social, es elemental examinar el posicionamiento que toma la profesión dentro de un orden ya instituido como el de la salud, en donde las limitaciones y posibilidades que se establecen, llevan a cuestionar y repensar la intervención desde un sentido ético, sin perder de vista el quehacer profesional, de “el cómo y para quién” se interviene. Carballeda (2005) clarifica esta idea expresando que:

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 respecto a 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, 2005; p. 5)

En este primer capítulo se abordó, en primer lugar, los orígenes del trabajo social y su posterior desarrollo, especificando cuál fue su trayectoria y qué fenómenos fueron los principales causantes de que esta profesión tomara la fuerza y autonomía que ha obtenido después de muchos años de lucha. Si bien han habido diferentes hitos en su formación, el trabajo social pudo consolidarse y obtener su reivindicación como profesión. Además, se introduce a los lectores en la definición de salud mental, qué elementos comprende y cómo ha sido el camino hasta conseguir la importancia que ha merecido siempre. También se hace un *racconto* de cómo ha evolucionado la atención hacia la salud mental, incorporando una breve diferenciación entre la Ley de Psicópatas y la nueva Ley de Salud Mental. En el último apartado se mencionan algunas características que priman en la intervención social, para adentrarse en el rol que cumple el trabajo social dentro del área de la salud, particularmente en la salud mental. A su vez, aparecen ciertas regulaciones y limitaciones que atraviesan a la profesión y su quehacer profesional, que son los componentes éticos que están interceptados por los derechos humanos y por el Código de Ética profesional del trabajo social.

En el siguiente capítulo nos encontraremos con secciones que brindan una primera aproximación a lo que es el concepto de discapacidad y discapacidad mental, cuáles son sus particularidades y cómo se ve posicionado el trabajo social con respecto a ello, desde una mirada del modelo social, así como también ciertas primicias sobre los derechos humanos de esta población objetivo.

CAPÍTULO 2: Trabajo social y su articulación con el campo de la discapacidad

En este segundo capítulo se intenta adentrar al lector a la conceptualización de la discapacidad, y dentro de ella, qué entendemos por discapacidad mental. Se abordan las definiciones de ambos temas, y se adiciona un apartado en donde se desarrollan temas como la diferenciación entre el modelo social y el modelo médico de la discapacidad, y también, cómo ha sido la evolución de la normativa de derechos humanos, y qué papel ha tomado Uruguay en ese proceso.

Desde el comienzo es necesario mencionar el posicionamiento respecto de los modelos que interpretan la discapacidad, y en este trabajo, se realiza una opción teórica y política por el modelo social. Se entiende que este modelo brinda un marco interpretativo asociado con los derechos humanos y con una visión que privilegia la premisa de la inclusión social y la responsabilidad social respecto de la discapacidad. Junto con ello, ofrece una comprensión que sintoniza con la establecida en el nuevo marco normativo nacional (ley 19.529) así como con los instrumentos normativos del Trabajo Social (Código de ética y Ley de reglamentación profesional).

Más allá de que en el campo de la salud mental persisten visiones asociadas al modelo médico-individualizante, es posible constatar una tendencia hacia intervenciones asociadas al modelo social o miradas críticas respecto de aquellas prácticas ancladas en el sujeto y su padecimiento².

2.1 Conceptualizando la discapacidad

La “Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad” aprobada por la Ley N° 17.330 en el año 2001 en Uruguay, en su artículo N° 1, Numeral 1 expresa lo siguiente acerca del concepto de discapacidad: “El término “discapacidad” significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”. Por su parte, Palacios (2008) sostiene que en la actualidad no se puede pensar en la discapacidad sin tener en cuenta la cuestión de los derechos humanos, pero está claro que eso no fue así siempre. Para darle luz a la evolución que ha tenido el concepto de discapacidad es necesario hacer un breve recorrido histórico para conocer los distintos

² Para introducirnos en esta discusión y analizar tendencias al respecto, se puede ver: Cecilia Silva, Lucía de Pena, “La asistencia de la salud mental en collage” en La Diaria, publicado el 7 de julio de 2021 y anteriormente, Cecilia Silva, Celmira Bentura, María José Beltrán “Cerrar? ¿Para ir a dónde? Sobre el escenario de reglamentación de la Ley de Salud Mental” en La Diaria, publicado el 3 de octubre de 2018.

modelos que concibieron a la misma, tomando como referencia dos que se destacan en la región, que son abordados por diferentes autores y que son conocidos como el *modelo médico* y el *modelo social*.

Vallejos (2011), señala que el modelo médico es el que individualiza la discapacidad, y además, esta última es considerada como “un atributo del sujeto, que se determina desde el saber profesional, con predominancia del saber y el criterio médico” (p. 3). Aquí consideran al cuerpo como pura organicidad, ya que despojan su historicidad y su sociabilidad. La autora añade también que la enfermedad y la deficiencia son hechos meramente universales y clasificables. La autora añade que la discapacidad es un problema personal, por lo tanto, las causas se originan en el mismo individuo, sin que haya ninguna referencia a la estructura social.

En adhesión, la Office of Development Primary Care (2018) (ODPC), entiende que el modelo médico ve a la discapacidad como un defecto del individuo, el problema es de la persona, está dado en el cuerpo de los sujetos. Agrega también que “la discapacidad es una aberración en comparación con los rasgos y características normales. Para tener una alta calidad de vida, estos defectos deben curarse, repararse o eliminarse por completo” (p. 1). Se entiende así que la reparación deberá ser responsabilidad del cuerpo concreto, de aquel que se sale de la norma natural. En consonancia, son los profesionales de la atención de salud y los profesionales de los servicios sociales quienes tienen el poder exclusivo de corregir o modificar estas condiciones, es decir, son ellos quienes toman las decisiones sobre la vida de los sujetos. Las políticas públicas que toman lugar aquí son de corte asistencialista, y los tipos de prestaciones son predominantemente institucionales. La utilidad social de estos sujetos reside en ser objetos de la industria médica, ya que su círculo de participación social está diseñado, preferentemente, en instituciones segregadoras. No existe protagonismo de las personas en situación de discapacidad ni en la vida cotidiana ni en las organizaciones.

En relación a este modelo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIDD), desde una construcción colonial³, definieron el concepto de “discapacidad” de la siguiente manera: “Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.” (1980, p. 3).

³ Míguez, expresa que la construcción colonial “es la razón interiorizada, las formas de conocimiento que se rigen por las lógicas impuestas desde el norte global (Europa)”.

Aunque el modelo médico haya sido una forma útil para comprender la enfermedad y la pérdida de funciones, la comunidad de personas en situación de discapacidad rechaza esta corriente, y apoya el nuevo Modelo Social. Como plantea Palacios (2008), el modelo social mantiene que las causas de las discapacidades son preponderantemente sociales, y no religiosas o científicas. Adhiere que las limitaciones individuales no son las raíces del problema, sino que por el contrario, lo son las limitaciones de la propia sociedad, ya sea para prestar servicios apropiados y/o para asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean tomadas en cuenta en el orden social.

El modelo se encuentra íntimamente vinculado a la asunción de ciertos principios y valores intrínsecos a los derechos humanos y, según Palacios e Iglesias (2017), “aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros” (p. 16).

Este modelo sostiene también que las personas con discapacidad aportan en igual medida a la sociedad que el resto de las personas, ya que toda vida humana es igualmente digna, y ello está estrechamente relacionado a las formas de inclusión y aceptación de diferencia que tienen las sociedades. Por ello, la toma de decisiones sobre la vida de los sujetos está centrada en la autonomía de los mismos. En este modelo, las políticas públicas tienen un enfoque de derechos humanos y las prestaciones son predominantemente orientadas a la autonomía. La rehabilitación está orientada a la vida independiente ya que los sujetos son ciudadanos con derechos que deben ser respetados. Este modelo exige que se ponga fin a la discriminación y a la opresión sobre las personas con discapacidades mediante cambios en la educación, la adaptación y el diseño universal.

Estos cambios aparecen en todos los aspectos de la sociedad, como “la forma en que los arquitectos incorporan el diseño universal y las características de accesibilidad en los planes de construcción, cómo los gobiernos consideran nuestros derechos y necesidades al aprobar nuevas leyes, cómo se incluye a las personas con discapacidades en la educación y cómo los médicos abordan la atención de sus pacientes con discapacidades complejas” (ODPC, 2018, p. 2). Existe un esfuerzo por deconstruir las líneas demarcatorias de la normalidad socialmente instituida, pues no refleja la realidad de la mayor parte de la población. Lo que se intenta es evitar o eliminar la discapacidad, ya que con ello lo único que se logra, según Kafer (2013), es “eliminar la posibilidad de descubrir formas alternativas de

estar en el mundo, excluir la posibilidad de reconocer y valorar nuestra interdependencia" (p. 83).

La discapacidad es definida desde este modelo como “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006, p. 1).

El modelo social establece un cambio radical producido en las miradas que se colocan sobre la discapacidad, y si bien esto ha sido una evolución, aún podemos encontrar formas que persisten en la actualidad para nombrar a las personas en situación de discapacidad que los coloca en lugares de aislamiento, discriminación, tristeza y angustia, ya que no se han eliminado del todo, sino que por el contrario, son reproducidas en la vida cotidiana a través de su interpelación en la vida cotidiana de otros.

Como se menciona en el trabajo de Angulo, Díaz, Míguez, Gómez, Planel, Aguilera, Montañéz, Minteguiagaet (2015), “el modelo social reconoce a los sujetos como sujetos de derecho, con posibilidades de ampliar sus derechos, mientras que el modelo médico remite a los sujetos como objetos de asistencia, los cosifica para su reparación, los ubica en una condición de desigualdad natural” (p. 15).

Como dice Sartre en sus textos sobre el existencialismo, “el individuo está condicionado por el medio social y se vuelve hacia él para condicionarlo; él es -y no otra cosa- lo que hace su realidad” (2000; p. 63). Por eso se debería considerar medular la intersubjetividad, ya que cada uno de los seres humanos crecen con el otro en lo colectivo, como sujetos plurales, únicos y diversos. Considero pertinente aquí traer los aportes de Honneth, quien expresa que “la vida social se puede llevar a cabo a través de un reconocimiento recíproco, ya que los sujetos sólo pueden acceder a una autorrealización práctica si pueden concebirse a partir de la perspectiva normativa de sus compañeros de interacción, en tanto que sus destinatarios sociales” (1997; p. 114). Esta cita refleja que “(...) los sujetos humanos necesitan, más allá de la experiencia de la dedicación afectiva y del reconocimiento jurídico, una valoración social que les permite referirse positivamente a sus cualidades y facultades concretas” (Honneth, 1997, p. 148).

2.2 Trabajo social y una mirada desde el modelo social de la discapacidad

Si bien existen diferentes tipos de discapacidades, en este trabajo haré referencia a las discapacidades mentales. Además, es menester mencionar, que si bien los modelos que he

desarrollado en este trabajo en relación a las lecturas que se hacen sobre la discapacidad se hicieron de forma lineal e histórica, no implica que uno sustituya al otro, porque en realidad ambos suelen convivir, ya que existen hoy en día características de ambos. Esto es así porque vivimos en una red compleja de avances y retrocesos políticos, sociales y culturales.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas es el instrumento internacional que se ha acercado a esta materia, logrando incorporar e instituir nuevas nociones y visiones paradigmáticas que vienen rompiendo estructuras y prácticas inoperantes que solo han conservado a este grupo social en situaciones de total invisibilidad, exclusión y discriminación, siempre de la mano de la vulneración de sus derechos humanos. En un pasado esta población era conocida como “enfermos mentales”, pero con los innovadores cambios y la fuerza de la Convención, se logró que las personas con discapacidad mental obtuvieron una gran herramienta jurídica, la cual les permitió gozar y ejercer todos los derechos en condiciones de igualdad con las demás personas. Mientras solían ser considerados como “desviados” (Beck, 1998) o “anormales” (Foucault, 2001), es decir, se decía que poseían conductas consideradas como desviaciones de la norma, alejados de los comportamientos sociales aceptables, eran vistos por el resto de las personas como un peligro tanto para sí mismos como para la sociedad toda.

Retomando, la discapacidad es una articulación entre aspectos sociales de salud y personales, por eso, más allá de que hoy en día se está velando con más fuerza para que los derechos de estas personas sean respetados, se entiende que las personas en situación de discapacidad mental aún se ven vulnerados debido a que se encuentran, algunas, limitadas por su autonomía, lo que provoca recibir por parte de la sociedad, continuos rechazos, estigmas y discriminaciones. Esto, según Silva (2015), genera que “muchas personas sigan siendo víctimas de encierros arbitrarios o involuntarios, tanto en instituciones psiquiátricas como en centros de reclusión y readaptación social, donde sufren graves violaciones a sus derechos humanos, además de padecer efectos nocivos irreversibles sobre su integridad y el desarrollo de su personalidad” (p. 119).

Al impacto emocional se le suma, de acuerdo a la OMS (2011), el impacto económico. Según el Informe Mundial de la Discapacidad, se entiende que la discapacidad es una cuestión del desarrollo, porque existe un nexo bidireccional con la pobreza, ya que una condiciona a la otra, y una puede aumentar el riesgo de la otra. Añade además la OMS que, “el surgimiento de una discapacidad puede generar el empeoramiento del bienestar social y económico y la pobreza a través de una multitud de canales que incluyen la repercusión

negativa sobre la educación, el empleo, las ganancias y el aumento de los gastos vinculados a la discapacidad” (2011; p. 34) .

Dentro de este orden de ideas, el/la profesional del trabajo social en el ámbito de la salud cumple un rol esencial dentro del equipo multidisciplinario, ya que ocupa una triple misión: una tarea preventiva, un papel de ayuda diagnóstica y de tratamiento y una labor de rehabilitación (Gómez, 2000). Siguiendo a este autor, el nivel preventivo funciona justamente como una prevención primaria dirigida a mitigar las circunstancias que ocasionan mucho daño o son demasiado perjudiciales, antes de que surja la enfermedad, evitando toda incidencia posible. El profesional debe planificar áreas para proteger la salud en todos los ámbitos de la vida de los sujetos, con la intención de evitar situaciones relacionadas al aumento de los padecimientos.

En relación a la ayuda diagnóstica y terapéutica, ésta funciona como una prevención secundaria que consiste en reducir el número total de individuos que atraviesa cierta enfermedad en un cierto momento. El/la trabajador/a social debe proporcionar las vías terapéuticas tanto al usuario como a su familia, y de esta forma adecuar la coordinación entre instituciones (Gómez, 2000).

Por último, el papel de la rehabilitación funciona como una prevención terciaria orientada a mermar la intensidad y frecuencia de las secuelas y la incapacidad. La función es rehabilitar los espacios familiares, laborales y sociales de los usuarios, por ello es que el/la trabajador/a social establece el vínculo entre los usuarios y sus redes de apoyo (Gómez, 2000).

Desde una perspectiva más general, y en consonancia con lo planteado anteriormente, las personas que se encuentran en situación de discapacidad mental se encuentran envueltos constantemente en contextos estigmatizantes y discriminatorios, en los cuales se violan sus derechos humanos. Los/as trabajadores/as sociales tienden a mitigar estas situaciones, colocando estrategias que permitan generar en los usuarios todo tipo de avance personal, social y familiar, con un tratamiento adecuado y el apoyo social correspondiente, los usuarios pueden llevar vidas productivas e integrarse a la vida social (OMS, 2019). De hecho, en el documento elaborado por el Grupo de Salud Mental del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistencia Social de Cataluña (2006), se expresan diversos aportes acerca de las funciones que desempeñan estos profesionales, colocaremos los ejemplos de los centros de salud mental en adultos y los centros de día :

i) en los centros de salud mental en adultos los trabajadores sociales son imprescindibles para la consecución de objetivos. Se encargan de la atención directa (trabajo directo con el

usuario, con las familias, trabajo grupal) y en atención indirecta (coordinación, trabajo comunitario, gestiones, documentación, planificación, etc.)

ii) en los centros de día se centran en el trabajo directo con el usuario, con las familias y grupos (visitas a domicilio, prevención de recaídas, evaluaciones socio-familiares, detección de situaciones de riesgo, participar en actividades grupales fuera y dentro del centro , etc.). Además los profesionales se encargan de la coordinación, del trabajo comunitario, gestiones, documentación, docencia, formación e investigación.

Añade la OMS (2019), que la facilitación de viviendas asistidas, subvenciones para viviendas y las ayudas para la inserción laboral funcionan como medidas eficaces de apoyo para que las personas que se encuentran en situación de discapacidad mental puedan ir superando etapas en el proceso de la rehabilitación, venciendo determinados obstáculos que dificultan la búsqueda de empleo o vivienda.

En suma, el trabajador social tiene un rol indispensable en la atención e intervención con personas que se encuentran en situación de discapacidad mental. Se debe transmitir la importancia de que todas las personas puedan ser integradas en la sociedad independientemente de los problemas o enfermedades que puedan atravesar. El objetivo principal del trabajo social en la órbita de la salud mental es la atención de las principales necesidades y problemáticas de las personas que padecen enfermedades mentales (atención y tratamiento de salud mental, rehabilitación psicosocial, atención en momentos de crisis, apoyo en la integración social, integración laboral, gestión de recursos, apoyo familiar, etc)

2.3 Discapacidad, salud mental y derechos humanos

Como he nombrado en el capítulo anterior, el respeto hacia la salud mental ha ido en plena evolución en las últimas décadas ya que hemos pasado por un proceso de transición, saliendo así de un modelo que se centraba en la enfermedad, hacia uno que se ha centrado en implementar un plan de salud integral para que todos los usuarios pertenecientes al sistema de salud mental sean sujetos de derechos. Se visualiza entonces una deconstrucción de aquellas prácticas ya establecidas a manos del modelo médico hegemónico, para apostar y encaminarnos hacia la consolidación de un modelo comunitario en el sistema de salud mental (Gómez, 2015).

Considero relevante para este capítulo hacer un énfasis sobre la cuestión de los derechos humanos ya que a la hora de realizar un análisis sobre la esfera de la discapacidad, es pertinente posicionarse desde un marco sociológico y filosófico de referencia, que sepa y pueda abordar esta temática desde todos aquellos principios y valores que siempre han

sustentado a los derechos humanos. Para ello debemos entender cómo funcionaba en años pasados la atención a la salud mental y qué lugar tenían los derechos humanos.

De acuerdo a autores como Falcone (2010), Foucault (1967) y Parafita (2010), nunca se había siquiera pensado en la concepción de “derechos humanos” cuando se hablaba de enfermedades mentales, pues éstas eran consideradas como formas de locuras, entes sobrenaturales que perturbaban las almas, e incluso, en la Edad Antigua, fueron consideradas como posesiones diabólicas, brujos, espíritus malignos o maestros de hechicería. Por lo tanto, lo que conocemos hoy día como discapacidad mental, enfermedad o padecimiento mental eran, en épocas antiguas, cosas erróneas, anormales, desviadas, seres que no pertenecían a este mundo. Es por ello que las tácticas o medidas utilizadas para “controlar” o “reprender” la locura que poseían estas personas, estaban muy lejos del respeto a la integridad de los mismos.

Estas modalidades de “castigo”, ya sean las hogueras, las torturas y/o ejecuciones, fueron suplantadas en la Modernidad por la vigilancia. Con la consolidación del pensamiento biologicista y de esta forma, de la interpretación unicausal de las enfermedades, se desplaza toda explicación religiosa de la locura, y se acentúa que, lo que antes se veía y conocía como locura, era ahora vista como un “enfermedad mental”. Los llamados “internados” nacen en el siglo XVII, allí se alojaban a todas las personas que tenían alguna clase de desviación. Como estas personas eran los provocadores del desorden y eran considerados incapaces, se los encerraba como forma de castigo moral, ya que estorbaban en el progreso del Estado.

Se entiende así que aquí nace lo que conocemos en la actualidad como exclusión social (Foucault, 1967). Siguiendo al mismo autor, las internaciones no tenían como objetivo alcanzar un sentido medicinal o curativo, sino que se enfocaban en hacer trabajar a los encerrados, quienes debían cumplir un régimen especial, debido a que lo que se condenaba era la ociosidad. Para fines del siglo XVIII y comienzos del XIX se consolidan las bases de los manicomios y la psiquiatría, en ellos prevaleció el modelo de vigilancia, a la par que las medidas de corrección, castigo y disciplinamiento.

Siguiendo los aportes de De León (2005), la medicina mental asciende y comienza a crear una categorización de tipo racional sobre la conducta de los encerrados, generando una diferenciación de establecimientos para aquellos diagnosticados como curables e incurables. A partir de los nuevos conocimientos adquiridos en las instituciones sanitarias acerca de las enfermedades mentales es que se fortalece esta concepción, así como también van formando un nuevo aporte para los niveles de atención, las medidas jurídicas y la legislación sobre las cualidades de los tratamientos.

Por lo tanto, para ejemplificar la deshumanización de los centros asilares, así como la inexistencia de derechos humanos que en ellos había, traigo los aportes de Moffat (1974), quien explicita que el hábitat manicomial es un lugar en donde a ningún usuario se le permite crear o disponer un mínimo espacio de privacidad consigo mismo, ya que se encuentran bajo un continuo control y represión de la institución. El autor afirma que el sometimiento, la tristeza, el aislamiento, la soledad, la carencia de vínculos afectivos y emocionales, el desamparo, la falta de cuidado y protección son las principales características de la forma de vida de los usuarios de las instituciones psiquiátricas.

Es así como Techera, Borges y Apud (2009) observan que, históricamente, en estas instituciones psiquiátricas prevalece la exclusión, el encierro y la estigmatización, por ello establecen, además, que todo ingreso en una institución manicomial imposibilita el curso “normal” de la vida cotidiana. De igual forma, se podría decir que en la actualidad, más allá de las conceptualizaciones actuales de “libertad” e “igualdad”, aún perduran prácticas de reclusión y dominación, ya que, entre muchas otras, los tratamientos psicofarmacológicos abusivos y las diferentes formas de lucro de las industrias farmacéuticas son considerados por muchos como imágenes de violencia hacia la integridad de los usuarios.

Como nombré en el capítulo anterior, las concepciones y formas de tratamiento sobre las enfermedades mentales se han venido discutiendo en nuestro país desde finales del siglo XIX, momento en el que se instaura el Asilo de Dementes, el Manicomio Nacional y posteriormente el Hospital Vilardebó y las Colonias, Etchepare y Santín Carlos Rossi (De León, 2013).

Techera, Borges y Apud (2009) señalan que el modelo de atención a la salud mental que predominaba en las instituciones manicomiales estaba sustentado en la Ley N° 9.581 de 1936 “Psicópatas”, la cual se destacaba por la utilización de tratamientos invasivos y el encierro, debido a que se creía que de esa forma se protegía a terceros de reacciones incontroladas por parte de los enfermos. En esta época prevalecía la creencia de que el “loco” era una amenaza para el orden imperante del momento.

Es alrededor de los años 70 cuando se comienza a discutir las carencias que tenía el modelo de atención a la salud mental de la época y surge la necesidad de avanzar en la transformación de ese modelo asilar; es en 1972 cuando se crea el Plan de Salud Mental (Techera et. al. 2013). Como mencionamos en el primer capítulo, luego de la reapertura democrática, en 1986 se implementa el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) aprobado por el Ministerio de Salud Pública, lo que generó que se colocaran sobre la mesa nuevas propuestas en cuanto a la atención de la salud mental, todo ello gracias a las

demandas efectuadas por una sociedad que se había visto afectada en términos de derechos humanos (Ginés, 2013).

Dentro de los nuevos planes y políticas que se pensaron, la implementación de nuevos modelos de atención y tratamientos fue uno de los principales, instaurando así la Atención Primaria en Salud, en conjunto con la descentralización de los servicios en el interior del país, la creación de equipos de salud mental en hospitales generales, la creación de centros de rehabilitación (Centro Diurno del Hospital Vilardebó, Centro Sayago, Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación social), entre otros (Techera, et. al., 2013).

Estos mismos autores sostienen que en la práctica la trayectoria del PNSM termina siendo contradictoria, los centros se encontraron en medio de una escasa formación específica, falta de recursos humanos, apoyo económico y político, lo que se vio incrementado con la crisis del 2002, y lo que dió como resultado un aumento en la exclusión y marginalización de personas con enfermedades mentales.

Esta reforma de la salud mental es acompañada por la Declaración de Caracas que se realizó en el año 1990, la cual fue resultado de la Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina que se estableció en el encuentro con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Lo que se proclama allí es la necesidad de transformar los abordajes en el área, basándose en tres ejes rectores, que son salud mental, comunidad y derechos humanos. De esta forma, se intenta superar el modelo asilar, el cual cumplía con los objetivos que se venían buscando en torno a la atención comunitaria, y qué cosas se pretendía con ella, lo cual era la integralidad continua y preventiva, la descentralización, la participación y también una presente lucha contra los graves problemas de discriminación y abuso que sufrían los usuarios del sistema de salud mental. Lo que se deja en claro es que no podía seguir existiendo una única forma de asistencia hacia esta población, además de que los hospitales psiquiátricos provocaban que las personas se encontraran aisladas y separadas de la vida social y cotidiana, lo que genera que los derechos humanos y civiles de estas personas peligren (OMS, 2006).

Si bien ya se había conformado cierta legislación que protegía los derechos humanos de los usuarios de salud mental (los cuales fueron influenciados, en primera instancia, por los movimientos sociales), en la práctica, estos aspectos eran violentados en diversas situaciones, es decir, no había una correlación entre lo pensado y proclamado en relación a lo que sucedía realmente en este tipo de institución. Aquí se empieza a visualizar un amplio panorama de cambios y transformaciones acerca del ámbito de la salud mental, y se antepone el trabajo por la salud, desenfocando la mirada sobre la mera enfermedad (Gómez, 2015).

A partir del 2005 se instituye una gran modificación a nivel de las políticas de salud, en particular de salud mental, en donde se actualiza el Programa Nacional de Salud Mental estableciendo nuevos escenarios sociales y políticos para llevar a cabo lineamientos de tipo participativo desde las perspectivas asociadas a aspectos legislativos, culturales y de derechos humanos. En cuanto a éste último aspecto, se integra al ordenamiento jurídico la conocida Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, el cual funcionará en un futuro como un gran pilar para abordar la temática de la salud mental. (Techera, et. al, 2013)

En relación a los aspectos legislativos, se debe destacar la redacción de un Anteproyecto de la Ley de Salud Mental visto desde la óptica de los derechos humanos, el cual sería publicado en 2009, con el propósito de sustituir la antigua Ley de Psicópatas, para ratificar la humanización del sistema de atención de la salud mental, destacando la necesidad de respetar la calidad de derecho de todas las personas y ciudadanos. Este anteproyecto declara además la relevancia de priorizar actividades que se encarguen de la promoción, prevención, rehabilitación, atención y reinserción social en la salud mental (Ministerio de Salud Pública, 2009).

El continuo protagonismo que ha tenido la salud mental en la agenda pública de la última década ha logrado la instauración de una nueva forma de asistencia, la que provocó cambios en el actual Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), establecido en el marco de la Ley 18.211 de 2007. Esto ha promovido cambios en la atención y administración, impulsando además, la inclusión y la participación social. Nacen programas comunitarios con propósitos rehabilitadores y aparece una reforma que proclama a la salud como un derecho, a través de la incorporación de estilos de trabajo colectivo.

Finalmente, el último paso de este largo camino (hasta la actualidad), ha sido la instauración de la Ley de Salud Mental 19.529, promulgada por el Poder Ejecutivo en 2017, la cual tiene como propósito inicial “garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país con una perspectiva de respeto hacia los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud” (Art. 1).

En este segundo capítulo se desarrolló la concepción de la discapacidad y la discapacidad mental, para luego incorporar ambas definiciones a la discusión de los modelos médico y social de la discapacidad. Además se describió brevemente un recorrido histórico sobre la presencia del enfoque de derechos humanos en el área de salud mental, para poder ver cuál fue y de donde vino la importancia que toman hoy día los derechos de las personas.

Se intentó también explicitar cuál fue el papel que tomó Uruguay en tema de derechos humanos y salud mental, conociendo además los cambios y transformaciones que han sufrido las legislaciones y normativas de la temática en el país.

En el siguiente capítulo encontraremos un avance de lo que sería el nuevo modelo comunitario establecido, así como también una aproximación a conceptos como “atención psicosocial” y “dispositivos de atención psicosocial”. Luego se desarrollan algunas de las funciones y propósitos que estos dispositivos desarrollan, para encontrar al final, una sección donde se deje entrever la relación que existe entre el trabajo social y estos dispositivos.

CAPÍTULO 3: Dispositivos de atención psicosocial y la intervención del Trabajo Social

Como se viene mencionando a lo largo de todo el trabajo, es pertinente analizar los cambios visualizados en el campo del trabajo social para entender cómo este se va modificando y adecuando a los nuevos modelos de atención. De igual manera sucede en el campo de la salud mental, el cual también ha sufrido cambios con el paso del tiempo, y más concretamente, en las formas de atención que le son brindadas a la población del campo de salud mental.

Es importante que, hoy en día, la atención y el cuidado brindado a los usuarios de los dispositivos de atención psicosocial se adecúen a las actualizaciones de la ley de salud mental 19.529. Por ello, en este capítulo se realizará un acercamiento a la concepción de dispositivos de atención psicosocial, para poder así entender a qué nos referimos con este concepto, cómo funciona y qué propósitos tiene. También se encontrará un apartado sobre el rol que tiene nuestra profesión con respecto a ello, y cómo la fusión del trabajo social y el campo de la salud mental confluyen para la realización de una atención que adecúe y ajuste los recursos disponibles para intervenir sobre las demandas de los usuarios. En relación a este último planteo, el trabajo social funciona como uno de esos recursos, dispuesto a ser parte y ocupar un rol de gran importancia.

3.1 Del modelo asilar al modelo de atención comunitaria

En capítulos anteriores ya hemos mencionado el largo camino que han atravesado los modelos de atención a la salud mental. Como bien se mencionó, con el modelo asilar comenzó la “atención” de las personas en situación de discapacidad, en ese entonces llamados “enfermos mentales”. Cuando este modelo comienza a ser visto como inaceptable, -en la medida en que se entendía que violentaba la integridad de las personas y sus derechos humanos- se hacen visibles los múltiples cambios de la sociedad y de los diversos movimientos sociales o conflictos que venían surgiendo desde hace algunos años, y esto fue lo que hizo que, de una forma u otra, estas transformaciones interfirieran en la visión que se tenía del modelo asilar, implantando nuevas perspectivas sobre el mismo.

Autores como De León (2013), señalan que esa “desaparición del modelo asilar” debe estar asistido por una planificación de un diseño nuevo de atención, que sea capaz de sostener la situación en la que queda la población. El enfoque debe ser puesto en utilizar las internaciones de forma breve, en que la asistencia debe ser integral, en desarrollar estrategias de rehabilitación psicosocial, y en que la educación no sea solo en usuarios, sino también en

otros actores de igual importancia, como lo son las familias, los trabajadores de la salud y la comunidad en general.

De ahí, que en la actualidad se hayan propuesto e implementado nuevos modelos de atención a la salud mental, los cuales trabajan desde perspectivas integrales y manteniendo el esquema biopsicosocial, con el objetivo de realizar intervenciones óptimas, que principalmente respeten los derechos humanos, intenten trabajar directamente con el usuario y su entorno, en un intento de fortalecer su autonomía, capacidades y potencialidades (Gonzalez, Rodríguez, 2010).

La desinstitucionalización y los recurrentes encuentros y movimientos por parte de la comunidad trazan un nuevo enfoque de atención a la salud mental, el cual es el conocido enfoque comunitario. Este modelo comunitario se encarga de promover la integración de los servicios de salud mental en atención general, así como también en otros ámbitos como el educativo, vivienda, empleo, etc. En este modelo es pertinente la participación activa de los agentes sanitarios y profesionales de otros sectores, a saber, usuarios, familiares y otros interesados (Funk, Faydi, Drew, Minoletti, Rodríguez, 2009).

Por lo tanto, el modelo comunitario de atención se caracteriza por tener un abordaje integral, por lo que se visualiza un paradigma de cambio en el que se aprecian nuevas conceptualizaciones y conductas de la vida cotidiana de los usuarios de los servicios de salud, en principio, pero también de la sociedad toda. Este modelo comprende una variedad de dispositivos sanitarios, educativos y sociales (adaptados a cada individuo), los cuales, todos unidos, constituyen una red efectiva de servicios que se encargan de promover el fortalecimiento de todo lazo familiar y comunitario (Ordenanza Ministerial N° 1046, 2019). Autores como Minoletti, Narváez, Sepúlveda y Funk (2009) agregan que las características principales de este modelo son la accesibilidad, integralidad, promoción de la participación de la población, incorporación de la salud mental en atención primaria y la defensa de los derechos humanos.

Siguiendo a estos autores y la Ordenanza Ministerial N°1046 del Ministerio de Salud (2019), el modelo comunitario supone ciertas medidas a tomar en cuenta: reconocer todos aquellos factores psicosociales que puedan llegar a incidir en el proceso de enfermar, así como en el curso y evolución de los trastornos o enfermedades; supone además, que deben haber servicios que sean capaces de atender los problemas de la salud mental en el entorno social donde vive y se desenvuelve el individuo; debe existir una articulación entre servicios y dispositivos alternativos implementados en la comunidad que puedan dar respuestas a las necesidades del usuario para facilitar el proceso de desinstitucionalización y la consecuente

inserción en la sociedad. A su vez, este modelo promueve un enfoque integrado en el campo de salud mental que sea capaz de respetar los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación.

En relación a ello, la Ordenanza Ministerial N° 1046 (2019) implica que el sistema de atención se focalice en la persona en la comunidad, lo que ayudaría a favorecer la accesibilidad de los usuarios a servicios de salud; también supone anteponer la atención ambulatoria, ya que es menester mantener a las personas en sus entornos habituales; se debe diseñar en conjunto con el usuario y la familia o acompañante que corresponda, el plan de tratamiento individualizado (PTI), el cual se realiza de forma interdisciplinaria, según la situación clínica, destacando los pasos esenciales del abordaje; supone además implementar indicadores de evaluación y monitoreo del proceso terapéutico de la persona y el entorno; las ofertas asistenciales deben estar diversificadas, para que se adapten a las necesidades de las personas, familias y comunidades, considerando las particularidades y articulando la oferta a los principios del modelo; implica también la conformación de equipos interdisciplinarios en todos los niveles de atención para dar una respuesta adecuada a los usuarios; promoción de la formación continua de equipos integradores de la red de dispositivos, y por último, el modelo comunitario tiende a realizar hospitalizaciones en hospitales generales, pero siempre colocando especial énfasis en el desarrollo progresivo de la autonomía del usuario, y el mantenimiento de sus vínculos familiares y su inserción social, educativa y laboral; de esta forma se asegura la eficiente integración de los servicios de salud en la red de atención.

El Plan Nacional de Salud Mental 2020 - 2027 (PNSM) también hace mención a este Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, y añade que, el modelo no está definido por un espacio físico particular, sino que por el contrario, lo que lo identifica es que la atención está inmersa en la extensa y compleja realidad comunitaria. Además, el enfoque está en la inclusión sociocomunitaria de las personas con problemas de salud mental, así como también se pretende proveer de condiciones que permitan y acompañen el pleno ejercicio de los derechos y el bienestar socioemocional. Las personas son vistas aquí como un miembro más, esto incluye a la comunidad y a cualquier grupo de pertenencia (familia u otro), ya que los principios base de este modelo son la integralidad, la territorialización y la continuidad de los cuidados (PNSM, 2020).

Por último, este plan añade también que, “para avanzar hacia una adecuada atención e inclusión de la población con trastornos mentales se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario, con la participación imprescindible de organismos competentes para implementar acciones de inclusión social” (PNSM, 2020; p. 23)

3.2 Modelo comunitario y atención psicosocial en salud mental

Ahora bien, salud mental y atención psicosocial son expresiones utilizadas para describir los diferentes tipos de apoyo local o externo, que tienen por objetivo promover y proteger el bienestar psicosocial de una persona y/o atender u ofrecer ciertos tratamientos a enfermedades mentales (OMS, 2018). Siguiendo con esta idea, los nuevos modelos de atención psicosocial o comunitaria suelen tener dos componentes de suma importancia, por un lado nos encontraremos con el factor biopsicosocial, que es aquel que integra las emociones, los pensamientos, sentimientos, comportamientos y recuerdos, así como también todas las respuestas hacia el estrés y las habilidades de afrontar los problemas. El segundo componente es el contexto socio-relacional, el cual refiere a las interacciones que tienen los individuos con su sistema familiar y la comunidad.

Luego de lo aclarado, se entiende que la atención psicosocial es un conjunto de servicios que se enfocan en favorecer la mitigación o recuperación de los daños psicosociales de los individuos, es decir, el sufrimiento emocional y los impactos ejercidos a la integridad moral y psicológica del proyecto de vida del sujeto. A su vez, en ese proceso debe establecerse una cercana relación con las condiciones tanto sociales como históricas del territorio en el que se encuentra envuelto y las aspiraciones que los individuos poseen.

Florit (2006) plantea que la intervención psicosocial debe seguir siempre potenciando las fortalezas de los individuos, y deben hacerlo apoyándose prioritariamente en las habilidades conservadas de los usuarios. Es necesario que se difunda la existencia de recursos en todos los sujetos, así como también la necesidad del mismo profesional de activar esos recursos y potenciar aquellos existentes en la comunidad. Lo que se visualiza aquí es la individualización del proceso, es decir, que el sujeto participe activamente con actitud de esperanza, siempre acompañado por un profesional que se coloque en ese mismo lugar.

Como bien se mencionó en capítulos anteriores, la ley vigente “prevé la creación y desarrollo de una red de dispositivos asistenciales integrados con co-responsabilidad entre el sector salud, otros sectores implicados y la sociedad, que incidan eficientemente en la promoción, la prevención y atención de la salud así como la recuperación y rehabilitación de las personas que lo requieran en plena concordancia con el modelo de salud comunitario” (Ordenanza Ministerial N°1046, 2019; Anexo 1, p. 3). Con respecto a ello, hoy en día, existen los llamados “dispositivos de atención psicosocial”, los cuales ocupan un lugar predominante en el modelo comunitario de atención.

Se conoce como dispositivo de atención psicosocial a todo servicio, perteneciente a la red de servicios de salud mental (la cual integra la red de salud general), que satisfaga las necesidades de los usuarios/as concurrentes, sea cual sea su estado de salud/enfermedad. Estas redes dan cuenta de las necesidades de las diferentes poblaciones, teniendo en cuenta sus diversas etapas del ciclo de vida y las particularidades de cada género (Ordenanza Ministerial N° 1046, 2019).

Estos dispositivos se encargan de identificar las diversas necesidades que puedan tener estas poblaciones, sin distinciones, y poder brindar una solución próxima a los mismos. Con la nueva ley de salud mental, se implementaron diversas medidas que culminaron en la creación de nuevos dispositivos de atención o se reestructuraron los que ya existían. Por lo tanto, estos dispositivos de atención psicosocial comprenden, en la actualidad, servicios como: equipos básicos del Primer Nivel de Atención, equipos especializados en salud mental, centros de rehabilitación psicosocial, casas de medio camino, centros de acogida, centros de atención psicosocial, dispositivos de atención móvil, atención en servicios de emergencia, unidad de corta estadía, unidad de mediana estadía, hospital de día, hospitalización domiciliaria, residencias asistidas, hogares protegidos, viviendas supervisadas, centro de inclusión laboral, centros de inclusión educativa, equipo interdisciplinario de habilitación/rehabilitación para las dificultades del desarrollo, aprendizajes, problemas emocionales y comportamentales en niños/as y adolescentes, centro diurno de habilitación/rehabilitación para niños/as y adolescentes, y atención en servicio de emergencia para la salud mental de niños/as y adolescentes en hospital pediátrico u hospitales generales (Ordenanza Ministerial N° 1046, 2019).

3.3 Funciones y propósitos de la atención psicosocial

Como se mencionó en el apartado anterior, los dispositivos de atención psicosocial permiten alcanzar ciertos objetivos, tales como integrar al usuario a la sociedad, desnaturalizar la falsa conciencia que se tiene acerca de los “enfermos psiquiátricos”, mejorar la calidad de vida, potenciar las habilidades de los/as usuarios/as, disminuir la estigmatización que es acarreada con las hospitalizaciones así como los reingresos a las instituciones y permite, además, trabajar con la familia y la comunidad brindando información relevante y usualmente desconocida (Gonzalez, 2009). Aguilar (2003) agrega que, los objetivos de estos dispositivos están basados en una concepción amplia e integral sobre los derechos humanos, reconociendo y promoviendo el derecho de las personas que tienen algún tipo de trastorno mental severo a una ciudadanía plena y digna.

Gonzalez y Rodriguez (2010) sostienen que los objetivos principales de la atención psicosocial se dirigen a: la mejora de la autonomía, la calidad de vida y la integración social de la persona afectada. Las intervenciones psicosociales buscan minimizar el impacto de los síntomas negativos y positivos en la vida de las personas que padecen enfermedades mentales, así como pretenden aumentar el conocimiento que cada sujeto tiene sobre la propia enfermedad. Los autores mantienen que los sujetos deben tomar conciencia de sus necesidades. Se debe priorizar el lugar del sujeto, su potencial y su saber, que serán las bases para la construcción de su propio camino.

Retomando los aportes de Gabbard (2002), y tomando en cuenta los objetivos principales de la atención psicosocial, los programas de intervención deben ajustarse a trabajar en las áreas de funcionamiento requeridas según los ambientes en los que se busca reinsertar a los sujetos. Para esto se requiere de una evaluación funcional del sujeto y de su entorno.

Este tipo de atención tiende a colaborar en la reducción del estigma social, y como menciona Aretio (2010), las enfermedades mentales acarrearán consigo mismas este tipo de característica, generando rechazo y discriminación en las familias y en la sociedad, así como con ellos mismos (lo que se conoce como autoestigma). Si bien, ya de antemano, el estigma contiene atributos desacreditadores, con los cuales superpone los rasgos de connotación negativa sobre los demás atributos de la persona, el autoestigma, que es aquel que aparece cuando las personas vuelcan los prejuicios contra ellas mismas, tiende a enlazar esas emociones negativas junto a la baja autoestima y baja autoeficacia. Estos son factores que se suman y explican los fracasos laborales y las búsquedas de viviendas.

Siguiendo con los aportes de la autora, ella afirma que en su país generalmente los rechazos de la sociedad generan en estos sujetos la deserción en los servicios de atención de esas enfermedades, debido al temor a la etiquetación. Por ello, es igualmente importante que los centros de atención psicosocial coloquen una mirada particular en este tema, es decir, deben trabajar con los contextos y ámbitos cotidianos de las personas, porque son los cuales generan los límites y las posibilidades de dicha intervención. Son los técnicos y profesionales quienes deben buscar los caminos y generar las posibilidades de superación de esos episodios, reforzando los aspectos positivos, mejorar la confianza y autonomía, disminuir los estereotipos e impulsar los proyectos de interacción en grupo para dar paso a la inclusión social.

3.4 El quehacer profesional en la atención psicosocial

Siguiendo los aportes de Fernandez (2009), en la esfera de lo psicosocial es una tarea compleja detectar si los problemas o demandas sociales tienen su origen o son consecuencias de los procesos mentales. La autora mantiene que en esta esfera se visualizan teóricamente dos dimensiones: por un lado la dimensión psico, que es la que genera los elementos de internalidad y cuyo eje depende del individuo, y por otro lado, está la dimensión social, aquella que genera factores de externalidad y en donde el eje no depende rigurosamente del sujeto, y es aquí donde influye e interviene el trabajo social.

En primera instancia cabe destacar que el rol del trabajo social en estos dispositivos de atención es realmente muy versátil, ya que el mismo varía según el profesional que lo ejerza, la institución en la que se desempeñe y el usuario con el que vaya a intervenir, pero aún así hay ciertos puntos de congruencia entre estos elementos y trataré de describir los más destacables en las siguientes páginas.

Para comenzar esta sección creo conveniente traer aquí los aportes de Dutruel (2019), Palombo (2019) y Benítez (2020), ya que estas tres autoras realizaron trabajos de campo en donde entrevistaron a colegas de trabajo social para entender cuál era su rol en el campo de la salud mental. Según los documentos estudiados, el trabajo social tiene roles en las experiencias interdisciplinarias, intervenciones de promoción y prevención de la salud y prácticas en territorio. La profesión se destaca por su trabajo en red, así como con el/la usuario/a, familia, entorno y comunidad. Otras funciones principales de la profesión en instituciones de salud mental pueden ser el trabajo en prevención del riesgo (en cuanto a rigurosidad de medicación y comportamientos de los usuarios), planificación (en conjunto con los usuarios), fortalecimiento de las redes de apoyo, articulación entre todas las disciplinas (articular la integralidad), mediador de posibles conflictos que surjan en la intervención, gestión de recursos y seguimiento de tratamientos.

Estas autoras no niegan que en la investigación se confirmara que las profesionales realizan tareas asistenciales, esto hace que muchas veces no se les permita o no les dé el tiempo o los recursos para realizar otras tareas de índole más comunitaria, de atención y/o prevención. De todas formas, también existen otro tipo de acción e intervención más orientadas a lo socioeducativo, todo esto es dependiendo del encuadre institucional en el que los profesionales se encuentren insertos.

El abanico de estrategias y acciones que lleva a cabo el/la trabajador/a social es amplio, pero entre las que mencionan las trabajadoras sociales entrevistadas, se encuentran:

“la planificación ejecución y evaluación de 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), 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” (Dutruel, 2019; p. 39).

Ahora bien, el trabajo social como profesión tiende a involucrar a las personas y a las estructuras para hacerle frente a los desafíos de la vida, y poder aumentar así el bienestar social e individual. Por consiguiente, se entiende que la intervención del trabajo social es una forma de acción social, consciente y deliberada, y que se lleva a cabo integrando supuestos ideológicos, políticos, filosóficos en conjunto con propuestas metodológicas. Cifuentes (2004) especifica que esta profesión “supone un proceso que parte del conocimiento de problemáticas: identificar actores, situaciones y circunstancias para promover su desarrollo humano; reconocer diferentes realidades subjetivas, desde perspectivas particularizantes; se apoya en teorías sociales que juegan un papel explicativo y guían el conocimiento, proceso y resultados” (p. 5).

Según lo planteado en el párrafo anterior, y siguiendo los aportes de Dutruel (2019), Palombo (2019) y Benítez (2020), se entiende que uno de los principales objetivos a cumplir por parte de los/as trabajadores/as sociales es garantizar el acceso a los derechos humanos; y como consecuente, se le deben acercar los recursos necesarios para el cumplimiento de los mismos, tanto al usuario como a su familia, en pos de trabajar en una mayor autonomía para sus vidas. Esto se intenta lograr a través de las herramientas más usuales del trabajo social, que son: entrevista, observación, intervención y acompañamiento. La mejora de la calidad de vida y el respeto de los derechos humanos son dos objetivos a los que se puede acceder siempre y cuando se trabaje adecuadamente con el usuario y su entorno, ya que son los vínculos familiares, laborales, sociales y las redes de apoyo las que nos permiten entender la realidad en la que el usuario se encuentra inserto y desenvuelve su día a día.

De Lorenzo (2007) establece que se deben planificar e implementar estrategias de intervención en las cuales los trabajadores sociales y otros profesionales puedan operar en simultáneo sobre las condiciones personales y ambientales que rodean al sujeto de intervención. El autor deduce además, que el/la trabajador/a social ha tenido y debe tener en el futuro un papel activo en la intervención con las personas que padecen alguna discapacidad

mental y con sus familiares, no solo intermediando en la prestación de servicios, sino también como asesor, orientador y mediador familiar.

Por tanto, el/la trabajador/a social comienza la intervención social desde el primer contacto que tiene con los sujetos de intervención, posicionándose y entablando una situación de escucha activa y de acompañamiento; se entiende este proceso como una acción profesional que necesita de una relación profesional continuada, valorando la situación personal, familiar o ambiental y detectando aquellas posibles necesidades que salgan a la luz, con la mira en que se consigan niveles aceptables de bienestar social (De Lorenzo, 2007).

En relación al encuadre que tienen los trabajadores sociales en el marco de las instituciones, se debe pensar y tener en cuenta el tipo de institución de la que estamos hablando y de cómo se posiciona la misma con relación a nuestra profesión. Siguiendo a Dutruel (2019), “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” (p. 38). Este es un factor que debe tomarse en cuenta, porque más allá que lo institucional y lo profesional deben complementarse para cumplir con el objetivo de lograr y garantizar el bienestar social de los sujetos de atención, puede ocurrir que nos encontremos con una disociación entre los objetos de la profesión y los de la organización institucional. Es por ello que al momento de responder a la demanda, se debe involucrar una mirada y lectura institucional. Estos momentos plantean distintos tipos de contradicciones y desafíos para el propio trabajador/a social, que suelen vincularse a las condiciones de autonomía/heteronomía profesional. Momentos como estos son los que definen el marco de actividad profesional, y a su vez, pueden interpelar nuestro propio posicionamiento. Palombo (2019) agrega que las prácticas de la profesión suelen verse determinadas por la trayectoria que tienen en la institución, esta última suele determinar la conformación de los equipos y toda posibilidad de trabajo colectivo. Lo que sucede muchas veces, es que el rol profesional puede verse diluido en el marco de reconocimiento colectivo, generando así individualización en la intervención. Benitez (2020) complementa que la demanda institucional limita el accionar profesional, esto significa que el rol que vayan a ejercer los profesionales se deberá encuadrar a los parámetros que la institución plantee y permita. Usualmente hay ciertas demandas específicas que las instituciones interpelean y solicitan, tales como la alimentación, higiene, educación, apoyo social, laboral, económico, entre otros. Podemos dilucidar que las acciones que realice el/la trabajador/a social definirán de una u otra manera el rol que toma en la institución. Las derivaciones y demandas que se le realicen al profesional van a depender siempre del lugar

en el que esté inserto y del equipo humano del que forme parte (profesionales de otras áreas, talleristas, usuarios), y deberán ser atendidas desde una óptica crítica y reflexiva acerca del porqué de ello (Dutruel, 2019).

Para concluir, Dutruel (2019) plantea que los/as trabajadores/as sociales apuestan a la reflexión propia sobre la disciplina, de manera que permitan consensuar y construir con el/la usuario/a o la institución las formas de intervención y las demandas iniciales. Asimismo, los centros de atención psicosocial tienden a demandar a los/las trabajadores/as sociales modalidades de intervención de tipo asistencial, y Claramunt (2009) especifica que esta dimensión está asociada a la existencia y al otorgamiento de los servicios, prestaciones y recursos, por ejemplo, acceso a una vivienda, a una pensión, ya que estos aspectos son los contribuyen con el respeto de sus derechos como ciudadanos.

Reflexiones finales

A lo largo de esta monografía he intentado traer conceptos y reflexiones teóricas sobre la trayectoria que ha tenido el campo de la salud mental en Uruguay, de cómo ha sido la evolución de mi futura profesión y cuál ha sido la intervención que ha ejercido la misma en los dispositivos de atención psicosocial, los cuales se han implementado y desarrollado para suplantar el modelo asilar.

El trabajo social ha tenido que atravesar muchas luchas, cambios y conflictos para llegar a lo que hoy en día es como profesión, transformaciones que no solo fueron a nivel institucional, sino también social y cultural, ya que ha sido acompañada por cambios que también se dieron en el campo de la salud mental, así como en nuestra sociedad.

Para acercarnos al rol que cumple la intervención del trabajo social en los dispositivos de atención psicosocial he tenido que abarcar la historia y trayectoria de nuestra profesión y del campo de la salud mental, en el sentido de entender cómo era el funcionamiento de ambos campos en siglos anteriores y cómo se han ido implementando nuevas visiones y perspectivas sobre las mismas hoy en día, encontrando grandes diferencias.

Se entiende así, que el trabajo social en la primera mitad del siglo XX, actuaba de forma subordinada a la medicina. El trabajo social nace asociado al proceso de medicalización, pero con los años se comienza a ver su rol como algo más importante y necesario en la sociedad, de ahí que años después de grandes luchas por la autonomía, hegemonía y organización corporativa, por fin lograran “independizarse” y construir su propio camino profesional, de la mano de nuevos cursos, carreras y un espacio de acción profesional en el que la misma pudiera desenvolverse.

Ahora bien, en el campo de la salud mental también se dan grandes cambios, pero estos suceden con la premisa de fortalecer los derechos humanos, contra la discapacidad, la desigualdad y la discriminación. En esta monografía se intentó vislumbrar cómo se pasa de tratar a la salud mental como algo negativo, simples enfermedades sin cura, una desviación de la sociedad, a algo que es propio de todas las personas, algo que debe valorar, cuidar y respetar el bienestar social de las personas. Como bien plantean Palacios e Iglesias (2017), la buena salud es un elemento indispensable para el bienestar de todas las personas, y de igual forma, “las personas tienen derecho a un cuidado equitativo, eficiente y atento de su salud, y la sociedad en su conjunto debe garantizar que nadie quede excluido del acceso a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención de calidad para todos los usuarios” (p. 35). Si bien este es el discurso actual del mundo con respecto a la atención a la salud

mental, no debemos olvidar que esto no era así en los siglos XVIII y XIX, ya que fueron estos los períodos que se caracterizaron por el aislamiento de todo aquel que amenazaba el orden social, es decir, todo aquel considerado loco o enfermo mental. A partir del siglo XX surge un discurso que vela por una atención y protección de las personas y su integridad física y mental, así como también se promociona el respeto de los derechos humanos. Por lo tanto, a partir de la lucha constante de derechos y cambios, hoy se puede entender a la salud desde un organismo importante como lo es la OMS (2018), quien la define como un estado de completo bienestar necesario para todas las personas, entendida desde una perspectiva biopsicosocial.

Uruguay se encuentra además en un momento normativo de gran importancia con relación a la salud mental, ya que hoy día rige la Ley N° 19.529 de Salud Mental, la cual se crea con el objetivo de reformar la atención a la salud, promoviendo la sustitución del modelo de atención a la enfermedad, por uno que pueda privilegiar la prevención y promoción de la salud, asegurando la coordinación, complementación, profesionalidad y transparencia de los servicios en todos los niveles de atención. Luego de décadas de prácticas enfocadas en la enfermedad mental y sus tratamientos basados en el encierro, terapias invasivas y en la producción de subjetividad en relación a la locura, aparece una nueva ley que trae consigo una nueva conceptualización sobre la salud mental y su consecuente abordaje.

Luego de la información recabada se puede concluir que el trabajo social aparece en el campo de la salud mental reconociendo la vinculación entre las experiencias biológicas, psicológicas y sociales de los individuos, debido a que el objetivo general de esta profesión es la intervención sobre el individuo y el medio en el que se encuentra inserto. La profesión suele aportar también estrategias y mecanismos de abordaje que se aplican en conjunto con un equipo interdisciplinario profesional sobre las demandas y problemáticas de la población. El trabajo social como disciplina que fue independizándose y creando sus propias intervenciones y campos de acción, también contribuye a nutrir este campo. Hoy podemos encontrar a trabajadores/as sociales formando parte de los centros de atención psicosocial, tomando un rol importante que desde sus intervenciones favorecen la individuación y la autonomía de las personas.

Otro elemento que se puede concluir es que en la actualidad encontraremos implantado un modelo social-comunitario que manifiesta objetivos diferentes al del viejo modelo médico-asilar. Este nuevo modelo sostiene que las raíces de los problemas vienen de las limitaciones de la propia sociedad, mas no son causas religiosas, científicas o de los propios individuos. Como último aporte, Palacios e Iglesias (2017) esclarecen que este

modelo desplaza conceptos como “deficiencia, minusvalía, impedimento, incapacidad, limitación e imposibilidad, entre otras adjetivaciones, para dejar en claro que la discapacidad se encuentra en un entorno social que no habilita a las personas a participar en condiciones de igualdad con los demás. Las barreras sociales son dispuestas por políticas no inclusivas, que desplazan y que marginan” (p. 22).

En este orden de ideas, el trabajo social toma un papel fundamental, el profesional se encontrará con múltiples tareas para llevar a cabo, ya sean de prevención, diagnóstico, tratamiento, protección y garante del acceso a servicios y a los propios derechos humanos de los/as usuarios/as. En adhesión, la integración e inclusión de los usuarios en la sociedad es un gran punto de inflexión para el proceso de intervención, de ahí la importancia de que el proceso sea en consonancia con el usuario y su familia, amigos, entorno y comunidad, así como también con los demás profesionales que integran el equipo de atención profesional, para que la misma sea aplicada desde una perspectiva integral.

Este modelo social de entender la discapacidad es el que se intenta implementar y mejorar en los nuevos dispositivos de atención psicosocial. Estos dispositivos funcionan hoy día como instituciones que pueden dar respuesta a las necesidades y demandas de los usuarios para continuar y completar el proceso de desinstitucionalización y su consecuente inserción en la sociedad. Los mismos se encuentran regidos por un nuevo modelo comunitario que comprende una gran variedad de dispositivos sanitarios, educativos y sociales, que en su conjunto e idealmente formarán una gran red efectiva de servicios que promueven el fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios.

Se entiende que esta línea se encuentra vinculada a lo nombrado en el capítulo 2, donde se visualiza que el modelo social merece un reconocido posicionamiento en este trabajo dada su sinergia con la ley N° 19.529. Si bien aún persisten ciertas líneas y concepciones de la antigua ley de salud mental, la normativa actual sigue direccionando hacia un pensamiento más inclusivo, de derechos humanos, por lo que es pertinente defender y vincular este modelo social de la discapacidad a la monografía y su consecuente desarrollo, considerando, igualmente, las contradicciones persistentes en el campo de la salud mental.

Asimismo, la intervención psicosocial de los/as trabajadores/as sociales en los dispositivos de atención psicosocial encuentra múltiples vías de acción, dentro de las cuales encontrarán funciones asistenciales, pedagógicas y de articulación. Los/as profesionales velan por una atención y recuperación biopsicosocial de los/as usuarios/as, lo que implica que la intervención sea sobre ellos mismos, es decir, trabajando sus fortalezas, debilidades, necesidades, pero también sobre el entorno de ese usuario, implicando al entorno cercano

como su familia, amigos y comunidad, y también su entorno institucional, es decir, al centro de atención al que acude y los recursos, servicios y profesionales que le deben una atención óptima y a los que debe tener acceso en todo momento.

Lo que se encuentra entretejido en estos diferentes conceptos mencionados a lo largo del trabajo es un hilo común sobre los temas de discriminación, desigualdad y marginalidad, los cuales son desafíos a los que se encuentra frecuentemente el/la profesional de trabajo social, ya que ese es muchas veces un gran impedimento para completar los procesos de intervención. Cada vez más apuntamos como sociedad a reducir los estigmas y derribar barreras dentro de un campo tan desplazado como el de la salud mental. Factores como la ley de salud mental, la profesionalización en el área, los avances institucionales y roles de actividad que fue tomando el/la trabajador/a social y los distintos agentes de salud, ayudan a cambiar la perspectiva de cómo se ve y se integran a la sociedad uruguaya las personas que se encuentran en situación de discapacidad mental. Centrarnos en sus potencialidades, poder hacer intervenciones oportunas para cada persona y funcionar como andamiaje para favorecer la independencia de las mismas es parte de la tarea que seguiremos potenciando todos para sortear las distintas barreras y estigmas que engloban a la salud mental.

En suma, el campo de la salud mental puede ser concebido como un campo en disputa, que se encuentra continuamente intervenido y constituido por diversas fuerzas de poder. En él encontraremos la coexistencia de intereses y concepciones que confluyen y se contraponen, y que rigen y determinan la atención y la calidad de vida que se les brinda a los/as usuarios/as de los sistemas de atención en salud mental. Con respecto a ello, se manifiesta y se aspira que los nuevos debates académicos sobre salud mental y la nueva normativa vigente instituyan un punto decisivo que estimule el enriquecimiento integral de la salud, y más específicamente, de la salud mental.

Con respecto al trabajo social, esta profesión tiene un rol sumamente relevante en el campo de la salud mental, que si bien ha podido evolucionar con el paso de los años, aún quedan muchas barreras por derrotar para poder desempeñarse con plena autonomía y hegemonía. Con estas reflexiones podemos dilucidar un escenario favorable para repensar el rol que tiene el trabajo social en los dispositivos de atención psicosocial, y pretendo que funcione como una primera aproximación a futuras interrogantes que puedan contribuir con la profundización de un campo que hoy en día le demanda tanto al trabajo social.

Referencias

- 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, Rio de Janeiro. Orientadora: Marilena Jamur.
- Acosta, L. (2008). *Cultura “radical” e Serviço Social*. Estudos de Política e Teoria Social, PPGSS/UFRJ. Praia Vermelha, Rio de Janeiro, 18(2), 257-275.
- Aguilar, G (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Ponencia. Congreso Asociación española de neuropsiquiatría Madrid. Recuperado de http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf
- Álvarez-Uría, F. (1995). *En torno a la crisis de los modelos de intervención social*. En: F. Álvarez-Uría et al., *Desigualdad y pobreza hoy* (pp. 5-40). Madrid: Talasa.
- Alòs, M. (1997). *Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental*. Monográfico 2. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, Catalunya.
- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires, Argentina: Madres de Plaza de Mayo.
- Amarante, P. (2019). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Amico, L. (2005). *La Institucionalización de la Locura: la intervención del trabajo social en alternativas de atención*. Buenos Aires: Espacio pp. 69-75
- Angulo, S., Díaz, S., Míguez, M. N., Gómez, A. P., Planel, A., Aguilera, F., Montañéz, M., Minteguiaga, M. (2015). *Infancia y discapacidad: una mirada desde las ciencias sociales en clave de derechos*. Grupo de Estudios sobre Discapacidad (gedis). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República, Convenio unicef - Pro Fundación Ciencias Sociales
- Aretio, A. (2010). *Una mirada social al estigma de la enfermedad mental*. Cuaderno de trabajo social, 23, 289-300.

- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Hacia una nueva modernidad. *Barcelona, España*.
- Beltrán, M.J. (2009). *Reflexiones sobre la formación profesional en trabajo social: aportes al tema a partir del análisis de las prácticas curriculares de la asignatura metodológica de la intervención profesional II, en el programa Apex-Cerro*. Tesis de grado, Licenciatura en trabajo social. Facultad de ciencias sociales, 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.
- Benitez, M. (2021). *El rol del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental: las posibilidades y condiciones del quehacer profesional*. Tesis de grado, Licenciatura en trabajo social. Facultad de ciencias sociales, Universidad de la República.
- Busto, C., Mantilla, M. J. (2002). *Primeras jornadas de la residencia de trabajo social. ¿Reconstruyendo diez años de historia?: "La pata que no habla". Acerca de lo social en salud mental*. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, (26) 11.
- Carballeda, A. (2002). *La intervención en lo social*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Carballeda, A. J. M. (2005). *Lo social de la Intervención: el proceso de análisis en Trabajo Social*. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, (38).
- Carballeda, A. (2012). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunas interrogantes y perspectivas*. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. Vol. XXIII: 38 - 45
- Cherro, M. (2004) *Equipos comunitarios de Salud Mental: Un modelo en movimiento. Prólogo*. GEGA, Montevideo.
- Cifuentes, R. (2004). *Aportes para “leer” la intervención de Trabajo Social*. Universidad de la Salle, Bogotá.
- 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
- De León, N. (2005) *¿Por qué no hablar con la locura? En Tránsitos de una Psicología Social* (pp.117-126). Montevideo, Uruguay. Editorial Psicolibros Waslala.

- De León, N. (2013). *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Montevideo: Psicolibros.
- De León, N., Techera, A. (2017). *Reformas de Atención en salud mental de Uruguay y la región*. Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos, 55.
- De Lorenzo, R. (2007). *Discapacidad, sistemas de protección y Trabajo Social*. España: Ed. Alianza Editorial.
- Dutruel, F. (2019). *Trabajo Social y Salud Mental: El quehacer profesional en centros de Rehabilitación Psicosocial*. Tesis de grado, Licenciatura en trabajo social. Facultad de ciencias sociales, Universidad de la República.
- Falcone, R. (2010) *Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina. Del hospital cerrado al hospital abierto*. Recuperado de: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf
- Fernandez, M.T. (2009). *La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Revista de derechos humanos, Dfensor, art. N° 11.
- Florit, A. (2006). *La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica*. Apuntes de psicología, 24(1-3), 223-244.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. México. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales* (Vol. 217). Ediciones Akal.
- Funk, M., Faydi, E., Drew, N., Minoletti, A., Rodríguez, J. J. (2009). *Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. Salud mental en la comunidad*. 105-117
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (3era edición). Buenos Aires, Argentina: MÉDICA PANOAMERICANA S.A
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

- García, S. (2004). *Especificidad y rol en Trabajo Social: currículum, saber y formación*. Ed. Humanitarias. Buenos Aires, Argentina.
- Ginés, A.M. (2013). *Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud*. En: De León (Coord.). Art.2. Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. (pp.37-50). Montevideo. Editorial Psicolibros. Waslala.
- González, J., Rodríguez, A. (2010). *Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis*. Clínica y Salud, 21(3), 319-332.
- Gonzalez, B. (2011). *Salud mental e intervenciones profesionales desde el trabajo social. La realidad de los hospitales psiquiátricos*. Tesis de grado, Licenciatura en trabajo social. Facultad de ciencias sociales, Universidad de la República.
- Gonzalez, V. (2009). *Salud mental y posicionamiento ético de la profesión*". Tesis de grado, Licenciatura en trabajo social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- Gómez, C . (2000). *Papel del trabajador social en el campo de la salud mental*. En : C . Gómez y R. Zapata (coord.) . Psiquiatría , Salud Mental y Trabajo Social . (pp 86-93). Ediciones Eunate
- Gómez, K. (2015). *Hacia un Modelo Integral en Salud Mental. Desafíos y realidades de una transición actual*. Tesis de grado, Licenciatura en psicología. Facultad de Psicología, Universidad de la República.
- Honneth, A. (1992). *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica.Maldonado
- Kafer, A. (2013). *Feminist, Queer, Crip*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press.
- Luengo, S. (2019). *Salud mental en Uruguay: historia y marco legal*. Tesis de grado, Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- Margarita, R. P. (1998). *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

- Míguez, M. N. (2003). *Construcción social de la discapacidad a partir de su par dialéctico integración-exclusión*. Montevideo: Trilce.
- Míguez, M.N. (2021) Análisis crítico de la intervención profesional en discapacidad. (Material de clase) Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay
- Minoletti, A., Narváez, P., Sepúlveda, R., Funk, M. (2009). *Desarrollo de políticas y planes de salud mental comunitaria*. Salud mental en la comunidad, 89-103.
- Netto, J. P. (1992). *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. Cortez Editora, São Paulo.
- Ortega, E. (2008) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Montevideo: Trilce.
- Ortega, E., Mitjavila, M. (2005). *El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica*. Revista Katálisis, vol. 8, núm. 2. Universidad Federal de Santa Catarina.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Cermi.
- Palacios, A., Iglesias, M. G. (2017). *La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. La Salud Mental y los Derechos Humanos. ¿Logros para mañana?* En G. d. UdelaR, Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos (pp. 15-49). Montevideo : Psicolibros Universitario.
- Palombo, C. (2019). *Trabajo Social y Salud Mental: una aproximación a las prácticas profesionales en el Primer Nivel de Atención*. Tesis de grado, Licenciatura en trabajo social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- 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. Recuperado de:
http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf

- Pichón-Rivière, E. (1985). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Ramírez, R., Techera, A. (2021). *Modelos sociosanitarios en salud mental comunitaria: disputas y tensiones conceptuales que hacen a una práctica compleja* en Silva, C., De León, N. (coord.) *Modificaciones normativas y política asistencial para el campo de la salud mental del Uruguay en el siglo XXI: tensiones y énfasis en la gestión sociosanitaria*. Udelar, CSIC. Montevideo: Tradinco.
- Rebellato, J. L. (1989). *Ética y práctica social*. Montevideo: Eppal.
- Romano, S; Novoa, G; M. Gopar, A. Cocco, B. De León, C. Ureta, G. Frontera (2007). *El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental*. Revista de Psicología de Uruguay.
- Rozas, M. (1998) Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Sartre, JP. (2000). *Crítica de la razón dialéctica*. Buenos Aires: Gallimard.
- Setaro, M. (2010). *Reforma del Estado y políticas públicas de la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos. Capítulo: La creación del Sistema Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance*. Editorial Fin de Siglo. Montevideo.
- Silva, T. (2015) *La familia de la persona con discapacidad mental: una intervención desde el trabajo social*. Interacción y Perspectiva Revista de Trabajo Social, Vol. 5 No. 1 pp. 113-129. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Silva, C., De Pena, L. (2021) “*La asistencia de la salud mental en collage*” en La Diaria, publicado el 7 de julio de 2021.
- Silva, C., Bentura, C., Beltrán, M.J. (2018) “*Cerrar? ¿Para ir a dónde? Sobre el escenario de reglamentación de la Ley de Salud Mental*” en La Diaria, publicado el 3 de octubre de 2018.
- Techera, A., Borges, C., Apud, I. (2009). *La sociedad del olvido, un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en el Uruguay*. Montevideo: CSIC.

- Techera, A., De León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martínez, L., Miniño, A., Sánchez, C. (2013). *Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. En: De León (Coord.) Art.2. Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. (pp.15-23). Montevideo. Editorial Psicolibros. Waslala.
- Techera, A., Apud, I. (2013). *Políticas de Salud Mental en Uruguay*. En: De León (Coord.) Art.2. Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. (pp.24- 35). Montevideo. Editorial Psicolibros. Waslala.
- Travi, B. (2001). *El diagnóstico social. Procesos de conocimiento e intervención social*. Ed. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Vallejos, I. (2011). *Entre el modelo médico y el modelo social, algunas reflexiones sobre conceptos y prácticas*. Primera Reunión Anual de la Comisión Interuniversitaria “Accesibilidad y Derechos Humanos.

Fuentes

- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2018). *Propuesta para la implementación de la nueva ley Salud Mental en ASSE*. 1ª. Etapa - 2019-2020 (Resumen). Recuperado de: www.asse.com.uy
- CIDDM (1980). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf
- Código de Ética del Trabajo Social en Uruguay (2001). Recuperado de <http://www.adasu.org/prod/1/46/Codigo.de.Etica..pdf> 23/6/2018
- Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (2001). Aprobada en Uruguay por la Ley N° 17.330.
- Convención de los Derechos de las personas con discapacidad (2006). Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos. (2009). Glosario de términos sobre discapacidad, México: SEGOB

Documento elaborado por el Grupo de Trabajo de Salud Mental del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. (2006). *Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental*. Monográfico 2.

Intercentros rehabilitación psicosocial (2011). *Guía de centro de rehabilitación psicosocial*. Recuperado de http://www.psicologos.org.uy/documentos11/20110617_guia_centros_rehab.pdf

Ley N° 9.581 Psicópatas. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay. Montevideo, 24 de agosto de 1936.

Ley N° 11.139 Patronato del psicópata. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay. Montevideo, 17 de enero de 1949.

Ley N° 19.529 Salud Mental. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 24 de agosto de 2017.

Ministerio Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Comisión asesora permanente. (2009). *Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay* (2009), Recuperado de: http://www.vilardevoz.org/wp-content/uploads/2013/01/10_09_ANTEPROYECTO_DE_LEY_DE_SALUD_MENTAL_DE_LA_ROU.pdf

Ministerio de Salud Pública. (MSP) (2011). Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área de Promoción y Prevención. (DPES) Programa Nacional de Salud Mental. (PNSM) Plan de Implementación de prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <http://www.supia.org.uy/PRESTACIONES.pdf>

Netto, J. P. (2006). *A construção do projeto ético-político do Serviço Social*. Serviço Social e Saúde, 4, 141-160.

Office of Development Primary Care (2018). *Modelos médicos y sociales de discapacidad*. The Regents of the university of california. University of California, San Francisco

ONU, C. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Art. 30; Numeral, 2.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra: OMS

Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental Derechos Humanos y Legislación*

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial de la Discapacidad*, Ginebra: OMS

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. OMS.

Ordenanza Ministerial N° 1046 (2019) Ministerio de Salud Pública, 7 de noviembre de 2019, Montevideo.

Plan de Estudios de la Facultad de Ciencias Sociales (2009). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Recuperado de: <https://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2020/01/procesos-Plan-de-Estudios-FCS2009.pdf>

Primer Congreso Nacional de Profesores de Higiene, Medicina Preventiva y Educadores Sanitarias (1957). Florensa & Lafón Ed. Montevideo.