



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



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

**Trabajo social en el campo de la salud mental:
repensando la profesión en el marco de un paradigma
de salud mental integral**

Ximena Serra Vallcorba

Tutora: Celmira Bentura

2024

Resumen ejecutivo

La concepción y la forma de entender a la salud mental ha ido variando a lo largo de la historia según los paradigmas dominantes en cada cultura y período sociohistórico, impactando en los modos en que se interviene sobre ella y en las profesiones y disciplinas que se consideran legitimadas para abordarla. Con el surgimiento del paradigma de salud mental integral en la segunda mitad del siglo XX, el trabajo social gana mayor legitimidad para actuar en este campo, adjudicándosele nuevas demandas que generan nuevos espacios de intervención. En este sentido, la presente monografía se propone repensar el lugar del trabajo social en el área de la salud mental, así como las posibilidades de intervención profesional en este campo, analizando las nuevas demandas, oportunidades y desafíos que se le generan al trabajo social desde que la salud mental es concebida desde un paradigma integral.

Palabras clave: *salud mental, paradigma integral de salud mental, trabajo social*

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 3 |
| 1. Modificaciones en la concepción de “salud mental” a lo largo de la historia..... | 4 |
| 2. Salud mental en Uruguay: un recorrido histórico | 11 |
| 3. Inserción del trabajo social en el área de la salud mental | 15 |
| 4. Legislaciones comparadas: analizando las transformaciones en la concepción e intervención en salud mental en Uruguay | 19 |
| 4.1. Ley n° 9.581 de Asistencia a Psicópatas (1936) | 19 |
| 4.2. Marco normativo actual..... | 20 |
| 4.2.1. Ley n° 19.529 de Salud Mental (2017)..... | 20 |
| 4.2.2. Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 | 24 |
| 5. Generación de nuevas demandas y espacios de intervención para el trabajo social | 28 |
| 5.1. Proceso de generación de demandas | 28 |
| 5.2. Nuevos desafíos y oportunidades | 30 |
| Reflexiones finales | 34 |
| Bibliografía:..... | 39 |

Introducción

La forma de entender a la salud mental ha ido variando a lo largo de la historia, según los paradigmas dominantes en cada cultura y período sociohistórico. Desde la Edad Media, en donde la *locura*¹ se ligaba a la magia y la religión, pasando por épocas en las que las *enfermedades mentales* se concebían desde factores biologicistas e individuales, con el auge de los dispositivos manicomiales que buscaban “corregir” a *los anormales*, hasta llegar a nuestros días, en donde se intenta instalar un paradigma de salud mental integral que ponga énfasis en las condiciones sociales, económicas y contextuales que influyen en los sufrimientos psíquicos.

Estas diferencias en las formas de concebir a la salud mental impactan en los modos en que se interviene sobre ella y en las profesiones y disciplinas que se consideran legitimadas para abordarla.

El trabajo social², como disciplina que nació ligada a la profesión médica, estuvo siempre en cierta forma vinculado con el ámbito de la salud mental. Sin embargo, se ha caracterizado por participar de forma subordinada a la psiquiatría (Amico, 2004), y podría afirmarse que, históricamente, ha contado con escasa autonomía en su intervención profesional.

Con el surgimiento del paradigma de salud mental integral, transversalizado por un modelo de intervención de tipo comunitario, el trabajo social gana legitimidad para actuar en este ámbito, abriéndosele espacios que anteriormente se encontraban apropiados por la medicina, la psiquiatría y, eventualmente, la psicología.

En esta línea, la presente monografía se propone repensar el lugar del trabajo social en el área de la salud mental, así como las posibilidades de intervención profesional en este

¹ A lo largo del documento el/la lector/a podrá apreciar que algunas palabras se escriben en itálica. Esto responde a la utilización de términos que no comparto enteramente -ya que considero que muchos de ellos pueden tender a la estigmatización-, pero que, o bien son utilizados en la bibliografía o documentos de referencia, o bien eran los términos dominantes en la época de la que se está hablando, y no se modifican a modo de reflejar fielmente las posturas o concepciones en cuestión.

² Cabe destacar que el trabajo social no siempre fue denominado de esta manera. Antiguamente, eran las visitadoras sociales quienes cumplían un rol similar -salvando las diferencias de época- al que hoy en día cumple el trabajo social. Asimismo, “servicio social” o “asistencia social” son otras formas en que se ha denominado a esta profesión. Lo mismo ocurre con “salud mental”, que no siempre ha sido concebida en estos términos. No obstante, a lo largo de toda la monografía se utilizarán estas denominaciones a fin de simplificar la lectura y ganar consistencia.

campo, analizando las nuevas demandas, oportunidades y desafíos que se le generan al trabajo social desde que la salud mental es concebida desde un paradigma integral. Para ello, se proponen las siguientes preguntas de análisis:

1. ¿Cómo se ha modificado la concepción de la salud mental a lo largo del tiempo y cómo esto ha impactado en la intervención del trabajo social?
2. ¿Qué nuevas demandas, posibilidades y desafíos se le generan al trabajo social en el área de la salud mental desde que esta es concebida desde un paradigma integral?

Esta monografía se realizará a través de una metodología de revisión bibliográfica y documental a partir del análisis de fuentes secundarias. Algunos de los documentos que se utilizarán son revistas científicas, libros y artículos académicos, monografías de grado y posgrado, medios de prensa, leyes y normativa tanto nacional como internacional.

1. Modificaciones en la concepción de “salud mental” a lo largo de la historia

“Salud mental” es un término polisémico, que suele ser definido de forma vaga y que depende de los paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período sociohistórico. Hoy en día, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946, p. 1), y a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad” (OMS, 2022).

Sin embargo, la salud mental es un concepto construido socialmente, por lo que la forma en que se entiende y se interviene sobre ella ha variado a lo largo de la historia. Así pues, como plantea Amico (2004), “de acuerdo a la racionalidad del momento histórico va a prevalecer determinada concepción y por ende las prácticas e instituciones que le darán forma”.

Durante la Edad Media, la *locura* era terreno de la magia y la religión: se le adjudicaba un origen diabólico y se consideraba a *los locos* como endemoniados (Amico, 2004).

Más tarde, el Renacimiento asoció la *enfermedad mental* con desequilibrios humorales producidos en el cerebro. Aquí, *los locos* comenzaron a ser considerados personas alienadas que carecían de razón plena, constituyéndose como objeto de la ciencia médica. En esta época, la razón era considerada la condición que distinguía a los seres humanos de otras especies, por lo que *los locos* dejaron de ser admitidos como ciudadanos y se los comenzó a encerrar (Amarante, 2009).

En el siglo XVIII, durante la Ilustración, se instaló la idea de que los *trastornos mentales* debían ser corregidos a través de medidas disciplinarias y el internamiento en hospitales (Amico, 2004). Aquí, el encierro no se practicaba con fines terapéuticos, sino que tenía como único objetivo la segregación de los *inadaptados*, *los locos* y *los diferentes* (Ottaviano, 2011).

Según establece Amico (2005), el surgimiento del manicomio puede ubicarse a fines del siglo XIX, influenciado por el positivismo, los valores de la modernidad y el desarrollo del modo de producción capitalista. En ese entonces, la institucionalización del *anormal* estaba ligada a la industrialización y a la necesidad de formar al sujeto como agente económico y productivo (Castel, 1980). Como plantea Foucault (1976), “el internamiento esta[ba] destinado a corregir” (p. 85), siendo su principal objetivo el *normalizar*, en el marco de una sociedad que rechazaba todas las formas de inutilidad social.

Aquí, la figura del médico, y particularmente del psiquiatra, comenzó a ser considerada la más efectiva para el tratamiento de *la locura*. Se produce así una creciente intervención de la medicina sobre lo que eran consideradas “conductas socialmente desviadas”, que en el pasado eran abordadas a partir de otras esferas institucionales como el derecho y la religión (Mitjavila, 1998). En esta línea, Galende (1990) postula que “el gran cambio en la práctica terapéutica se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la iglesia, a un tratamiento compulsivo de los enfermos” (como se citó en Amico, 2004).

Con la introducción del diagnóstico psiquiátrico, el *loco* pasó a ser rotulado como “enfermo mental” y como “peligroso”, perdiendo parte de su condición humana, por lo cual se hizo necesario separarlo del medio y someterlo a tratamientos para *curarlo*, incluso contra su voluntad (Amico, 2004). Este sistema estaba fundado en la vigilancia, el control y la disciplina, a través de dispositivos de represión (Amarante, 2009).

Así surgió lo que se conoce como el modelo asilar en salud mental. Este es un paradigma de carácter asistencial que concibe al aislamiento en centros cerrados de atención como la única forma de intervenir sobre la *enfermedad mental*. Enfatiza sobre el control de la *enfermedad*, aislando al sujeto de sus lazos sociales y comunitarios (Ardila y Galende, 2011, como se citó en Fraifer, Garate, Grasso y Rovetto, 2019). Este modelo tiene “como características estructurales el biologicismo, la concepción evolucionista-positivista y la ahistoricidad, asocialidad e individualismo de su delimitación de objeto, centrado en la enfermedad” (Stolkiner y Ardila, 2012, como se citó en Olivares-Aising y del Valle Barrera, 2019).

De esta forma, y siguiendo el análisis de Amico (2004), la psiquiatría terminó por “apropiarse” de la *locura* de forma monopólica, desenraizándola del contexto del que emergía. La *enfermedad mental* fue así considerada como un desorden interior de quien la padecía, que debía ser corregido a fin de *normalizar* esa conducta desviada y restablecer el orden social.

Así se llega al siglo XX, caracterizado por la clasificación nosológica de las *enfermedades mentales*, el desarrollo de la neurología y la psiquiatría organicista, y el auge de la psicofarmacología. La concepción predominante durante estos años fue el modelo psiquiátrico, nacido del modelo biomédico, y la hospitalización con fines terapéuticos (Amico, 2004). Primó aquí el modelo hospitalocéntrico de la salud mental, paradigma que considera al hospital psiquiátrico como la institución central para la atención de la salud mental, y que interpreta el síntoma o malestar del sujeto de manera individual (García Guerra, 2022).

Sin embargo, también cobró aquí relevancia el psicoanálisis y, a mediados de siglo, el inicio de las concepciones psicosociológicas de las *enfermedades mentales* (Amico, 2004), suscitando distintas perspectivas que pretendieron transformar radicalmente el campo de la salud mental (Amarante, 2009).

Es menester recalcar que, hasta este entonces, las personas con sufrimientos psíquicos³ no eran concebidas como sujetos de derecho, sino como individuos peligrosos y anormales.

³ También denominadas “personas con trastornos mentales” o “personas con enfermedades mentales”, entre otras. A lo largo de esta monografía, se utilizará la categorización “personas con sufrimientos psíquicos”

Finalizada la Segunda Guerra Mundial, los mecanismos manicomiales comenzaron a ser cuestionados en Europa y Estados Unidos durante el proceso de reforma de la atención psiquiátrica. Se promovía, de esta forma, un cambio de paradigma que buscaba posicionar a lo social como un aspecto destacado dentro del campo de la salud mental (Amico, 2005).

En 1948, durante el III Congreso Internacional de Higiene Mental celebrado en Londres, se decidió cambiar el nombre del congreso a Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH, por sus siglas en inglés). Por su parte, la OMS creó en 1949 la Unidad de Salud Mental, que comenzó a definir a la salud mental a través de sus diversos informes (Doron, 2015).

En este sentido, se podría ubicar el origen de lo que hoy se entiende por salud mental a mediados del siglo XX (Doron, 2015). En esta época, el modelo asilar de clausura comenzó a ser cuestionado en varios países, impulsado por los movimientos antipsiquiatría (Ottaviano, 2011). En líneas generales, se ponía énfasis en la defensa de los Derechos Humanos, la reformulación de las técnicas con las que se abordaba la *enfermedad mental*, y la modificación de la estructura edilicia sanitaria (Amico, 2004).

En 1953 la OMS recomendó la transformación de los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas, en donde la institución se constituyera como un todo orgánico, generando una relación más humana y democrática entre el personal y el paciente. Esta modalidad permitía, asimismo, la participación de diversos profesionales, y la inclusión de la familia como un actor importante en el tratamiento (Amico, 2004).

En la Inglaterra de 1960, David Cooper⁴ plantea dejar de entender a la *enfermedad mental* como una condición individual, para concebirla como producto de un sistema social conflictivo y contradictorio (Avellanal, 2017, como se citó en García Guerra, 2022). De esta forma, se politiza la lectura de la salud mental, enfatizando en la lógica de control y

en el entendido de que estos sufrimientos son socialmente producidos, y no problemas biológicos *per se* - si bien se comprende que puedan tener una carga genética asociada-. Asimismo, teniendo en cuenta que la clasificación de los diagnósticos psiquiátricos ha ido modificándose, incluyendo cada vez más trastornos que antaño no eran considerados tales, se decide utilizar el término “sufrimientos psíquicos” a fin de visibilizar su carácter procesual, histórico y social. Finalmente, posicionándonos desde una concepción de salud mental integral, en la que se hace énfasis más en la salud que en la enfermedad, considero que la concepción de “sufrimientos psíquicos” refleja el entendimiento de que la atención en salud mental debe ser para todos/as, y no solo para aquellas personas diagnosticadas con trastornos mentales.

⁴ David Cooper (1931-1986) fue un psiquiatra sudafricano, y uno de los líderes del movimiento antipsiquiatría.

exclusión de los dispositivos psiquiátricos del momento. Por su parte, Franco Basaglia⁵, desde el movimiento antipsiquiatría de Italia, postula que las prácticas psiquiátricas conducen a la marginación de ciertos sujetos, bajo un discurso medicalizante que apunta a punir a todo aquel que se encuentre fuera de la norma y al margen del aparato productivo (Acosta, 2014, como se citó en García Guerra, 2022).

Así, la popularización del movimiento antipsiquiatría comienza a convencer a la opinión pública de la escasa peligrosidad del *loco* y la no-justificación de su encierro (Amico, 2004). En esta línea, se pone en cuestión la forma tradicional de comprender a la salud mental, ubicando a la *locura* como un síntoma social, y quitándole su procedencia estrictamente biológica e individual que culpabilizaba a los sujetos por sus sufrimientos psíquicos. Asimismo, se comienza a considerar la necesidad de que la atención a las y los usuarios tienda a su *reincorporación* al ámbito social y familiar, más que a un aislamiento que propicie procesos de exclusión y discriminación (García Guerra, 2022).

En 1977 se adopta la Declaración de Hawái, en donde se enfatiza en el deber de la psiquiatría de centrarse en la función terapéutica, operando más allá de lo clasificatorio, y se señala la importancia del trabajo en equipo en la intervención en salud mental (García Guerra, 2022): la idea de “comunidad terapéutica” da lugar a la intervención de un equipo multidisciplinar, rompiendo con la exclusividad del modelo médico-psiquiátrico, e incorporando profesionales de otras áreas para el abordaje de la salud mental (de Oliveira Carneiro, 2008).

De esta forma, en distintos países del globo se comienzan a adoptar simultáneamente prácticas alternativas que promueven el cierre de los hospitales psiquiátricos.

Todo esto se produce en el marco de un cambio global de paradigma sobre la salud en general, y no solo la salud mental. En 1978 se promulga la Declaración de Alma-Ata durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Allí se hace énfasis en la concepción de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, y como un Derecho Humano, “cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (OPS, 1978, art. 1). De esta forma, esta Declaración recoge una concepción integral de la

⁵ Franco Basaglia (1924-1980) fue un psiquiatra italiano, y uno de los líderes del movimiento antipsiquiatría.

salud que, en vez de centrarse en la atención a la *enfermedad*, propone acciones de promoción a la salud, y resalta la importancia de la atención primaria en salud como la estrategia fundamental para lograr la salud para todos y todas. En esta misma línea, en 1986, durante la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, se emite la Carta de Ottawa, en donde se declara que “la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”, y se reconoce que “los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud” (OMS, 1986, p. 1). Asimismo, la Carta de Ottawa establece la importancia de la participación de la comunidad para la promoción de la salud.

Siguiendo esta lógica, en 1990 se firma la Declaración de Caracas, en el marco de la OPS, que se actualiza en 2005 con los Principios de Brasilia. Estos documentos constituyen aportes relevantes para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. La Declaración señala que “la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva” (OPS/OMS, 1990, p. 2). En esta línea, postula que:

El hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al: a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo, C) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental, d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores. (OPS/OMS, 1990, p. 2)

Los Principios de Brasilia, por su parte, recalcan la necesidad de generar una atención integral y multidisciplinaria, a través de servicios comunitarios que reemplacen a los hospitales psiquiátricos, y fortalecer la atención primaria, incluyendo a los usuarios y familiares en el diseño de los servicios de atención en salud mental (OPS/OMS, 2005). De esta forma, se proclama la intención de superar el modelo asilar, poniendo énfasis en

los modelos comunitarios y en la defensa de los Derechos Humanos (Techera, de León, Apud, Cano, Jurado, Kakuk, Martínez Messina, Miniño, Sánchez, 2013).

El modelo de salud mental comunitaria se posiciona desde un paradigma biopsicosocial, que explica los procesos de salud y enfermedad desde condiciones que traspasan al sujeto y a su núcleo familiar, permitiendo comprender la importancia del contexto en la salud y recuperación de la persona. Así, se centra en las dimensiones estructurales que atraviesan a los individuos, poniendo énfasis en la influencia que tienen las condiciones económicas, sociales, educativas y territoriales en la salud mental (García Guerra, 2022). De esta forma, el modelo comunitario implica entender a la salud mental desde un enfoque integral y reconocer a las personas con sufrimiento psíquico como sujetos de derecho. Para ello, se busca

la participación de la población usuaria y de sus familiares, en particular su empoderamiento y organización como parte esencial en la coconstrucción del abordaje integral, individual y colectivo, donde las personas son sujetos activos de su recuperación y del manejo de su enfermedad. (MSP, 2020, p. 21)

Así pues, el modelo comunitario apunta a un cambio cultural que conduzca a una desinstitucionalización y al establecimiento de una gama de dispositivos alternativos, comunitarios, de calidad adecuada y accesible (MSP, 2020).

Actualmente, en el siglo XXI, aún se está intentando instalar la lógica comunitaria como modelo predominante en el acompañamiento e intervención en salud mental, si bien continúa coexistiendo con la perspectiva asilar y hospitalocéntrica. No obstante, Soforcada, Lellis y Mozobancyk (2010) plantean que, en la actualidad

la atención que se presta a los pacientes sigue centrada en un orden individual, en tanto que el síntoma o el malestar del sujeto sigue interpretándose de manera individual. Lo que implica que, al trabajar con familiares o la red de apoyo del paciente, esta intervención consista principalmente en la comunicación de instrucciones y prescripciones para el cuidado del paciente. Es por ello que a pesar de que existan nuevos enfoques que trabajen con familiares de los pacientes,

cuando estos enfoques están configurados en una lógica hospitalocéntrica, tienden a trabajar con “personas y grupos familiares a partir de considerarlos sistemas cerrados”. (como se citó en García Guerra, 2020, p. 35)

Algunas investigaciones intentan consolidar la idea de *enfermedad mental* no como una reacción patológica, sino como una respuesta adaptativa a las presiones del medio (Amico, 2004). Sin embargo, aún existe una cierta confusión entre los términos “salud mental” y “enfermedad mental”, definiendo muchas veces a una como la ausencia de la otra. En esta línea, Amico (2004) explica que la salud mental debería considerarse como un continuo, en donde se reflejen diferentes grados de bienestar o deterioro psicológico.

De esta forma, la manera de entender y definir a la salud mental es variante, e impacta en las formas de intervenir sobre ella y en las políticas públicas que la sustentan. Los modelos de atención en salud mental se van repensando y reformulando con los años, generando cambios no solo en las herramientas, mecanismos y estructuras de atención, sino también en las profesiones que intervienen sobre ella. Así, se abre paso a la incorporación de nuevas perspectivas, a medida que se incluye a la comunidad, usuarios y familiares en los procesos de definición y atención en salud mental, generando intervenciones cada vez más integrales, centradas no solo en la *cura*, sino también en la promoción, prevención y acompañamiento.

Uruguay no es ajeno a estas tendencias mundiales, habiendo también transitado desde una lógica de salud mental centrada en el modelo asilar y hospitalocéntrico, hacia perspectivas que abogan por la incorporación y predominancia del modelo comunitario.

2. Salud mental en Uruguay: un recorrido histórico

En Uruguay, el tratamiento de las llamadas *enfermedades mentales* se discute desde, por lo menos, el siglo XIX, época en que se inaugura el Manicomio Nacional, más tarde llamado Hospital Vilardebó, y comienzos del siglo XX, con la creación de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi (Techera, de León, Apud, Cano, Jurado, Kakuk, Martínez Messina, Miniño, Sánchez, 2013). Previo a esta época, no se contaba con establecimientos destinados a tratar a las personas con sufrimientos psíquicos, y estas eran

comúnmente escondidas por sus familiares, o recluidas en calabozos junto con personas procesadas por diversos delitos (Duffau, 2015).

Durante el siglo XX el modelo de atención fue predominantemente manicomial, sustentado jurídicamente por la Ley n° 9.581 de “Asistencia a Psicópatas”, del año 1936, que recogía una perspectiva asilar de la salud mental. En este sentido, la atención se basaba principalmente en tratamientos invasivos, el encierro de los cuerpos y la medicalización (Techera y Apud, 2013), con énfasis en el tratamiento paliativo de la *enfermedad mental*.

En 1966, Pierre Chanoit, Consultor para la OPS/OMS, redactó un crítico informe sobre la salud mental en Uruguay, que sirvió de inspiración para el Plan Nacional de Salud Mental de 1972 (Techera, de León, Apud, Cano, Jurado, Kakuk, Martínez Messina, Miniño, Sánchez, 2013). Sin embargo, el proceso de transformación propuesto por este Plan fue frenado por la dictadura cívico-militar iniciada en 1973, y tuvo que esperar hasta la reapertura democrática para ser retomado. En 1986, con la vuelta a la democracia, se construyó un nuevo Plan Nacional de Salud Mental, que intentó retomar las líneas planteadas en 1972. El Plan de 1986 criticaba la preponderancia del modelo manicomial y hospitalocéntrico, y postulaba que:

el paciente psiquiátrico ha sido el gran excluido. No se contemplan las necesidades específicas del enfermo mental y del arsenal terapéutico hoy disponible en Salud Mental, sólo se utilizan los psicofármacos (...). Todas las formas de atención reseñadas responden a una concepción de prestación individual, aislada, incoordinada, centrada sobre la intervención sintomática. (Ministerio de Salud Pública [MSP], 1986, p. 7)

En esta línea, el Plan buscaba desarrollar el primer nivel de atención, crear equipos de salud mental en los hospitales generales, descentralizar los servicios hacia el interior del país y crear centros de *rehabilitación* (MSP, 1986).

Si bien este Plan estableció avances importantes, el cambio en el modelo de atención no logró desarrollarse completamente debido a la falta de recursos y voluntad política. Las décadas subsiguientes se caracterizaron por gobiernos de impronta neoliberal que destinaron escasos recursos a la salud en general, y a la salud mental en particular

(Techera, de León, Apud, Cano, Jurado, Kakuk, Martínez Messina, Miniño, Sánchez, 2013).

No obstante, a mediados de la década del 90 se asiste a la creación de algunos equipos multidisciplinarios comunitarios de salud mental (Techera, de León, Apud, Cano, Jurado, Kakuk, Martínez Messina, Miniño, Sánchez, 2013). Esto se produce luego de la participación de Uruguay en la Declaración de Caracas de 1990, que ratificó la intención de superar el modelo asilar y avanzar en la implementación de tratamientos psicoterapéuticos y psicosociales basados en una perspectiva de salud comunitaria, con anclaje territorial y abordajes ambulatorios (Techera y Apud, 2013).

Además de la Declaración de Caracas, el cambio de paradigma en Uruguay se puede ver reflejado en diversos instrumentos internacionales ratificados por nuestro país desde la segunda mitad del siglo XX: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos (1966); Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); Principios para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento de la atención a la salud mental (1991); Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993); Declaración de Hawái (1997); Declaración de Alma-Ata (1978); Carta de Ottawa (1986); Principios rectores sobre el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas (2005); Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008); entre otros. Sin embargo, durante varias décadas, estos documentos coexistieron con otras legislaciones que avalaban el modelo asilar en la atención en salud mental, como la Ley n° 9.581 de Asistencia a Psicópatas.

Con la asunción del primer gobierno de izquierda del Uruguay en 2005, comenzaron a generarse algunos cambios importantes a nivel de políticas públicas dirigidas a la salud. En 2007 se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a través de la Ley n° 18.211, que implicó modificaciones importantes en los procesos de atención, gestión y financiamiento del sistema de salud, marcando una diferencia política e ideológica con los gobiernos tradicionalistas o conservadores (Silva Cabrera, 2020). El SNIS buscó garantizar el acceso a servicios integrales de salud a todas las personas residentes en el país, priorizando el primer nivel de atención.

Asimismo, en 2011 se aprobó el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS, con el objetivo de incorporar nuevas prestaciones psicosociales y

psicoterapéuticas para la población, priorizando también el primer nivel de atención. Lo inédito de este Plan fue la universalización de la asistencia en psicoterapia a partir del SNIS, que antiguamente se encontraba acotada a una población específica (Silva Cabrera, 2020). No obstante, este Plan no incorporó la intervención de tipo comunitaria, y demostró “la vigencia de la disputa de un campo dominado corporativamente por el mercado de los servicios de salud” (Silva, 2022, p. 14).

En los años posteriores, el foco de atención comenzó a centrarse en la “vigencia u obsolescencia del modelo asilar, el rumbo de una posible reforma asistencial y la elaboración de distintas propuestas de anteproyectos de ley de salud mental que recogieran los acuerdos para el cambio de modelo” (Silva Cabrera, 2020, p. 44). Este proceso culminó con la aprobación de la Ley de Salud Mental n° 19.529, en 2017, que derogó la Ley n° 9.581 de Asistencia a Psicópatas de 1936.

La Ley de Salud Mental establece el cierre de los dispositivos asilares y monovalentes para 2025, y su sustitución por dispositivos alternativos, poniendo foco en el modelo comunitario y la desinstitucionalización. Plantea un enfoque integral en la atención y un abordaje interdisciplinario e intersectorial, orientado a la promoción y prevención en salud mental (Ley n° 19.529, 2017).

En el marco de esta Ley, y para dar cumplimiento a lo establecido en ella, en 2020 se aprobó un nuevo Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, que se construyó con aportes de diversos actores involucrados en la temática. Este nuevo Plan Nacional tiene como propósito definir e implementar estrategias más efectivas para la promoción y prevención en salud mental, brindando una atención de calidad basada en los Derechos Humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial (MSP, 2020). Para ello, presenta el estado de situación de salud mental en Uruguay al momento de redactarse el Plan, los nudos críticos a mejorar en esta materia, y los objetivos, líneas estratégicas y acciones a realizar, con sus respectivos actores involucrados y resultados esperados.

Actualmente, en Uruguay coexisten tres modelos de atención en salud mental: el asilar, el hospitalocéntrico y el comunitario. Según establece el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, en nuestro país se ha reproducido “un modelo de atención asilar, medicalizado, hospitalocéntrico y centrado en la atención de la *enfermedad*, sin una mirada integral que dé cuenta de la relación entre la salud mental, la salud en general y el

contexto” (MSP, 2020, p. 12). Asimismo, plantea que el modelo comunitario cuenta con un escaso desarrollo, principalmente en el subsector privado de la salud (MSP, 2020).

No obstante, si bien el modelo de atención comunitaria aún no se encuentra completamente instalado en Uruguay, va ganando terreno como forma privilegiada de entender e intervenir en el ámbito de la salud mental, a la vez que el paradigma integral se consolida y crece en legitimidad.

Así, al quitar el foco de la *enfermedad* y hacer énfasis, en cambio, en los factores que promueven o detrimentan la salud, entendiéndola como un continuo, se comienza a pensar el campo de la salud mental no como un modelo cerrado, sino como un proceso social y complejo (Amarante, 2009). De esta forma, el dispositivo de intervención se desplaza hacia los momentos previos de las *enfermedades*, lo que implica una ampliación de los actores involucrados en la atención en salud mental (Doron, 2015). Esto genera un aumento en las demandas y espacios de intervención para otras profesiones, entre ellas, el trabajo social.

Siguiendo este razonamiento, en el siguiente apartado se realizará un repaso de la inserción del trabajo social en el campo de la salud mental.

3. Inserción del trabajo social en el área de la salud mental

Los modelos asilares y hospitalocéntricos, al centrarse en lo patológico, consideraban a la psiquiatría como la única profesión llamada a intervenir en el campo de la salud mental (García, 1990, como se citó en García Guerra, 2022). En cambio, el modelo comunitario plantea una perspectiva interdisciplinaria que pone énfasis en la prevención, incorporando a otras disciplinas destinadas a la detección temprana de casos que requieren atención y acompañamiento, entre ellas, el trabajo social.

Desde una perspectiva histórica, el trabajo social en América Latina surgió y se desarrolló en simultáneo a la instalación de los dispositivos manicomiales. En este sentido, la medicina, y en particular la psiquiatría, tuvieron una influencia teórica y metodológica muy importante en el abordaje que ha orientado la práctica de nuestra profesión, institucionalizándose el trabajo social de forma subordinada a la medicina (Amico, 2004). De hecho, las primeras visitadoras sociales -disciplina que antecedió al trabajo social-

surgieron en el ámbito médico-sanitario con el fin de constituirse como el vínculo entre el mensaje higienista del médico y las familias pobres (de Martino y Ortega, 2019).

Como se puede apreciar en el recorrido histórico realizado previamente, los aspectos fundacionales de lo que hoy se denomina salud mental estuvieron durante mucho tiempo ligados a un orden psiquiátrico que buscaba el moldeamiento de la diferencia a través de su exclusión (Carballeda, 2012). En esta línea, la institución psiquiátrica no estaba pensada “con fines terapéuticos sino con fines de encierro y aislamiento” (Ramírez y Quiroz, 2017, como se citó en García Guerra, 2022, p. 36). Franco Basaglia (como se citó en Amarante, 2009) postula, a este respecto, que la psiquiatría separó a la *enfermedad* de la existencia global y compleja de los sujetos, pasando a ocuparse de ella de forma aislada, en vez de centrarse en la persona que la vivenciaba. Así, la intervención estuvo durante mucho tiempo centrada en el problema individual, concibiéndolo como disfuncionalidades a ser corregidas, ajenas a las condiciones estructurales y contextuales del sujeto que sufría el padecimiento (Amico, 2004).

Reconocer estas lógicas nos permite comprender el margen de acción que tenían las disciplinas que intervenían en el ámbito de la salud mental, que se reducía exclusivamente a la intervención a partir del apareamiento del daño, priorizando el dispositivo hospitalario (Soforcada, 2010, como se citó en García Guerra, 2022).

Esto llevó a una psicologización de las lecturas de las problemáticas sociales, y a una patologización de las relaciones socio-familiares de las personas con sufrimiento psíquico (Amico, 2004), que influyó en la práctica profesional del trabajo social.

Como plantea Amico (2004), durante esta época el trabajo social trabajaba aislado de otros/as profesionales del hospital, atendiendo las demandas de psiquiatras, además de las demandas puntuales del paciente y su familia. En esta línea, basaba su intervención en el disciplinamiento y la *normalización* del “otro desviado”, desde una connotación de control y una postura moralizante, a fin de *integrarlo* al sistema a través de parámetros científicos, promoviendo la reproducción de las relaciones sociales del capitalismo.

En este sentido,

la intervención en lo social surge marcada por una tradición normativa, relacionada con la problemática de la integración como forma de mantener el orden y la cohesión de la sociedad, a través de dispositivos de disciplinamiento

que se aplican mediante prácticas e instituciones. (Carballeda, 2002, como se citó en Amico, 2004)

No obstante, luego de la Primera Guerra Mundial se comienza a generar una ampliación de las demandas de espacio de inserción profesional, que traspasan el campo médico sanitario. Como establecen de Martino y Ortega (2019), “pode-se afirmar que as demandas sociais para a profissão foram ampliadas, mas mantendo certos atributos de origem” (p. 195).

Así, se comienza a entender cómo las cuestiones relativas a la salud y la *enfermedad* se relacionan con la vida cotidiana de las personas, las condiciones contextuales y las manifestaciones de la cuestión social, abriendo paso a nuevos modelos de intervención. Al mismo tiempo, la intervención en lo social pasa a concebirse como un espacio intersubjetivo, en donde interjuegan cuestiones del orden político e institucional (Carballeda, 2012).

Esto se produce en simultáneo a las críticas e impulsos para la transformación del modelo asilar y hospitalocéntrico, a través de los que los dispositivos de atención en salud mental dejan de concebirse como lugares de exclusión y control, para pasar a pensarse como espacios de acompañamiento y producción de subjetividades (Amarante, 2009). De esta forma, se comienza a promover la instalación de nuevos dispositivos -casas de medio camino, residencias asistidas, etc.- que replacen al hospital psiquiátrico y permitan a las y los usuarios un mayor relacionamiento con la comunidad, y más autonomía en su vida cotidiana, lo que da lugar a una mayor inserción del trabajo social en la atención y acompañamiento a la salud mental.

Con la reducción de las lógicas biologicistas en el campo de la salud mental, la dimensión social adquiere particular relevancia para comenzar a considerar los determinantes sociales que influyen en los procesos de salud y *enfermedad*. Como destaca Carballeda (2012), “la fragmentación social, la incertidumbre, las desigualdades sociales, no sólo se expresan como factores causales de los problemas de salud sino que forman parte de éstos” (p. 8). Así pues, la *enfermedad* deja de concebirse como producto de alteraciones unicausales, y se comprende la necesidad de conjugar múltiples miradas para su correcto acompañamiento.

De esta forma, la atención y acompañamiento en salud mental pasa a constituirse como área en la que el trabajo social puede intervenir y desarrollar todo su potencial ya que, como explica Matus (2002), el objeto del trabajo social es “atender los sectores sociales que presentan limitaciones para la satisfacción de sus necesidades básicas y que requieren un agente externo para enfrentar y superar su situación” (p. 35).

Esto implica nuevos desafíos para el trabajo social, en tanto interpela la práctica profesional tradicional, generando nuevos encuadres metodológicos para la intervención en salud mental, que incluyen el abordaje grupal, familiar y con el entorno. Asimismo, las demandas se enfocan en construir intervenciones “según las necesidades y las problemáticas sociales singulares y no desde perspectivas fijas u homogéneas” (Carballeda, 2012, p.12). En este sentido, los abordajes deben tener en cuenta lo universal del problema, pero también lo heterogéneo y singular de cada situación.

Con esto, el trabajo social y demás disciplinas que intervienen en el campo de la salud mental tienen la oportunidad de alejarse de lo normativo y aproximarse a una lógica de derechos, proponiéndose horizontes integradores. En palabras de Carballeda (2012): “se ligan el derecho a ser asistido, a recibir algo más que una prestación o un subsidio, el derecho a ser escuchado, a la valoración de la palabra, en definitiva; a ser ‘visible’” (p. 9). Desde esta óptica, la intervención se presenta como un lugar de construcción de nuevas preguntas y de una nueva agenda pública.

Así, el trabajo social aparece como el vector entre el adentro y el afuera institucional, que busca articular a las y los usuarios con las redes y espacios que beneficien y garanticen el pleno goce de sus derechos. Para ello, es necesario contextualizar el sufrimiento del sujeto, a fin de definir abordajes integrales de intervención, que tomen en cuenta no solo su diagnóstico clínico, sino también sus condiciones contextuales, sociales, estructurales, económicas, familiares, etc. Esto permite alejarse del reduccionismo y de las lecturas patologizantes, y romper el estigma existente para con las personas con sufrimiento psíquico, en tanto se comprende que los factores que causan este sufrimiento van más allá de lo meramente individual.

4. Legislaciones comparadas: analizando las transformaciones en la concepción e intervención en salud mental en Uruguay

A fin de comprender el espacio que se ha asignado a la intervención del trabajo social en el ámbito de la salud mental en nuestro país, en este capítulo se realiza un breve análisis de algunas legislaciones en salud mental de Uruguay. Primeramente, se estudia la Ley n° 9.581 de Asistencia a Psicópatas de 1936, actualmente derogada, para luego pasar a la normativa nacional vigente en nuestros días: Ley n° 19.529 de Salud Mental de 2017, y Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, con el objetivo de examinar los paradigmas sobre los que se basan estas legislaciones, y el lugar que se da al trabajo social en la intervención en salud mental en cada una de ellas.

4.1. Ley n° 9.581 de Asistencia a Psicópatas (1936)

La Ley n° 9.581 recoge una perspectiva manicomial y asilar, que hace foco en la *enfermedad* más que en la salud. Los términos utilizados para hacer referencia a las personas con sufrimiento psíquico expresan una concepción medicalizante: “enfermos psíquicos”, “psicópatas” y “enfermos mentales”.

Como se denota en su nombre, esta Ley concibe la atención en salud mental como asistencia. Establece, además, que los servicios profesionales para la atención en salud mental se brindan solamente como última instancia, siendo la familia la principal encargada de proveer esta asistencia: “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” (Ley n° 9.581, 1936, art. 2).

En su artículo 9, establece que la “asistencia a psicópatas” se llevará a cabo a través de dispensarios psiquiátricos, hospitales psiquiátricos, asilos, colonias y servicios especializados, y la asistencia familiar. A su vez, en el artículo 4 postula que los “establecimientos psiquiátricos” deben estar dirigidos por un médico. De esta forma, se observa cómo la atención en salud mental es concebida desde una perspectiva hospitalocéntrica, que únicamente legitima a la profesión médica para la realización de esta función.

Por otro lado, la Ley crea una Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas, integrada únicamente por médicos y abogados (art. 42 y 43), lo que denota una vez más la nula importancia que se asigna a otras profesiones en el ámbito de la salud mental.

A lo largo de toda la Ley, no se hace referencia a otras profesiones en la atención en salud mental, ni se mencionan los factores sociales o contextuales que pueden causar los sufrimientos, entendiendo a la *enfermedad mental* de forma biologicista e individual. En este sentido, el trabajo social no encuentra, bajo esta legislación, casi ningún espacio de intervención ni competencia dentro del ámbito de la salud mental, sino que en todo caso los abordajes que se realizan estarán subordinados a la perspectiva médica y psiquiátrica, y centrados en lo patológico y en la *cura*.

Sin pretensión de hacer un análisis ahistórico de esta legislación, es importante comprender que ella es producto de una época y perspectiva determinada en la que esta era la concepción predominante sobre salud mental, no solo en Uruguay, sino a nivel mundial. No obstante, cabe recordar que, si bien esta Ley fue redactada en 1936, época en la que el modelo reconocido de atención en salud mental era asilar y hospitalocéntrico, no fue hasta 2017, con la aprobación de la Ley n° 19.529, que esta Ley de Asistencia a Psicópatas fue derogada. De esta forma, esta legislación se constituyó como la base para comprender e intervenir sobre la salud mental durante gran parte del siglo XX y principios del siglo XXI.

4.2. Marco normativo actual

4.2.1. Ley n° 19.529 de Salud Mental (2017)

La Ley n° 19.529 se inscribe desde una perspectiva de Derechos Humanos, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Ya desde los términos utilizados para nombrar a las personas con sufrimientos psíquicos, esta Ley se distingue de la anterior, a pesar de aún ser notoria la influencia de la psiquiatría a este respecto: “personas usuarias de los servicios de salud mental”, “personas con trastorno mental”, “personas con trastorno mental severo”, “personas con trastornos mentales severos y persistentes”.

Esta normativa hace énfasis en esta población específica; no obstante, en el artículo 1 aclara que el objetivo es garantizar el derecho a la protección de la salud mental de “los habitantes residentes en el país”. Es decir, mientras que la Ley n° 9.581 estaba destinada solamente a regular la asistencia de “los psicópatas”, esta nueva Ley hace referencia a la

totalidad de la población, denotando una concepción que pone énfasis en la salud más que en la *enfermedad*.

La Ley n° 19.529 define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (2017, art. 2), siguiendo la misma concepción establecida por la OMS. A su vez, postula que la salud mental es resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, y que su protección abarca tanto acciones de promoción y prevención, como de tratamiento y *rehabilitación*. Asimismo, en el artículo 3 se aclara que la salud mental es inseparable de la protección integral de la salud. De esta manera, la presente Ley se posiciona desde un paradigma integral de la salud mental, quitándole la impronta individualista y biologicista de la salud mental que imperaba en la Ley n° 9.581.

En esta misma línea, el artículo 11 establece que se promoverán planes y programas para favorecer la inclusión social de las personas, y se crearán nuevos dispositivos “de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre” (Ley n° 19.529, 2017, art. 2), a fin de impulsar la mayor autonomía de las *personas con trastorno mental*. Para ello, se promueve la coordinación de varios ministerios, y no solo el Ministerio de Salud Pública (MSP). Esto condice con lo expresado por la OMS (1990, como se citó en García Guerra, 2022) de que, para operar desde un modelo comunitario, es necesaria la implicación no solo del sector salud, sino también de otros sectores que estén vinculados y trabajen de forma conjunta: “La posibilidad de operar en salud mental de manera extra hospitalaria y descentralizada, exige la coordinación intersectorial entre entidades gubernamentales” (p.48).

Por otro lado, el artículo 6 establece que, en el marco de esta Ley, se proveerá atención no solo sanitaria sino también social integral, y postula que se buscará promover la integración y *reinserción* familiar, laboral y comunitaria de las personas; que la promoción del trabajo no solo constituye un derecho, sino también un recurso terapéutico; y que la persona tiene derecho a acceder a actividades culturales y recreativas. En esta misma línea, el artículo 21 plantea que la *rehabilitación* deberá estar orientada a lograr una mejor calidad de vida, favoreciendo la inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital. Para ello, se deben adaptar las estrategias y programas a las diferentes etapas y necesidades de cada persona.

De esta forma, se puede observar cómo se incluyen en esta Ley objetivos, recursos y alternativas que refieren a un modelo de atención comunitaria, que abren paso a la intervención de otras disciplinas, además de la medicina y la psiquiatría. De hecho, el artículo 19 establece que la atención en salud mental debe estar a cargo de equipos interdisciplinarios, y el artículo 17 postula explícitamente que “el proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario” (Ley n° 19.529, 2017, art. 17), a través de un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

En este sentido, se establece que la hospitalización es “un recurso terapéutico de carácter restringido, [que] deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible” (Ley n° 19.529, 2017, art. 24).

De esta forma, la presente Ley tiene como uno de sus objetivos la desinstitucionalización, es decir, el cierre de las estructuras asilares y monovalentes, y su sustitución por estructuras alternativas -centros de atención comunitaria, dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial-. A su vez, prohíbe la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, así como la internación de personas en los establecimientos asilares ya existentes. El cumplimiento definitivo de este proceso de desinstitucionalización está establecido para 2025, si bien difícilmente logre cumplirse con este cronograma.

Por último, la Ley crea una Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental que, a diferencia de la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas, creada por la Ley de Asistencia a Psicópatas, está compuesta por representantes del MSP, la Facultad de Medicina, la Facultad de Psicología, la Facultad de Derecho, las organizaciones de trabajadores de la salud mental, las sociedades científicas vinculadas a la salud mental, las organizaciones de personas con *trastorno mental*, las organizaciones de familiares de personas con *trastorno mental*, y las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derechos humanos (Ley n° 19.529, 2017, art. 41). Al mismo tiempo, en el artículo siguiente se encomienda a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) la defensa y promoción de los derechos de las personas reconocidos en la Ley.

Cabe aquí realizar dos apreciaciones: en primer lugar, observamos cómo el modelo comunitario de salud mental se refleja en la Ley, incorporando en el contralor de la misma

a organizaciones de la sociedad civil, de familiares y de personas con sufrimiento psíquico, así como a la INDDHH, sociedades científicas y una mayor diversificación de profesiones que las que se incluían en la Comisión creada por la Ley de 1936. En segundo lugar, no obstante, notamos que el trabajo social no está contemplado explícitamente dentro de estas profesiones. De hecho, si bien la Ley se posiciona en el marco de un paradigma integral de la salud mental, que otorga gran importancia a los factores sociales que pueden afectar la salud mental, a lo largo de la Ley no se hace referencia explícita a nuestra profesión.

De todas formas, son varios los artículos que establecen políticas o acciones que competen a lo social y/o contextual de las personas con sufrimiento psíquico, y en donde el trabajo social puede quedar habilitado para participar o intervenir. Por ejemplo, el artículo 12 habla sobre la capacitación e inserción laboral, donde, además de establecer lineamientos para las políticas de trabajo de las personas *con trastorno mental*, plantea que se estimulará la reincorporación al lugar de trabajo de las personas que hayan transitado por *trastornos mentales*.

El artículo 13 trata sobre el acceso a la vivienda, y postula que se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda, a fin de apoyar la integración a la comunidad y la autonomía de las personas *con trastorno mental severo*. Para ello, se promueve el fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia.

El artículo 14, por su parte, vela por la integración educativa de las personas *con trastorno mental*, y establece que deberá protegerse el derecho a la educación de niñas, niños y adolescentes a lo largo de todo el ciclo educativo. Al mismo tiempo, postula que se promoverá y facilitará el acceso de las personas *con trastorno mental* a todas las actividades y expresiones culturales.

Por otro lado, el artículo 18 plantea que se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención que, a su vez, “podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental” (Ley n° 19.529, 2017, art. 18).

Finalmente, el artículo 22 postula que se establecerán programas de dispositivos residenciales con apoyo a fin de mejorar la calidad de vida e integración social de las personas *con trastornos mentales severos y persistentes*. Para ello, plantea la importancia

de adecuar el tipo de dispositivo a los niveles de autonomía progresiva de la persona, asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social.

En todos estos artículos mencionados, se entiende que el trabajo social puede jugar un rol clave, constituyéndose como una profesión necesaria y fundamental para la intervención en cualquier situación relativa a la salud mental. Así, se observa cómo el contexto social de las personas cobra una fuerte impronta en esta Ley, a diferencia de lo que sucedía con la Ley de 1936, entendiendo que los aspectos de trabajo, vivienda, educación, cultura y redes de apoyo son fundamentales para la promoción y protección de la salud mental, así como para el acompañamiento y abordaje de personas que presentan sufrimiento psíquico.

A este respecto, son varias las profesiones o disciplinas que pueden aportar para el cumplimiento de estos objetivos o líneas de acción. Y, si bien la Ley no llama a intervenir explícitamente al trabajo social -así como tampoco lo hace con otras profesiones o disciplinas que también podrían generar aportes relevantes-, es claro que nuestra profesión tiene competencia para contribuir con sus saberes, conocimientos y abordajes en este ámbito.

4.2.2. Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027

El Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, fue elaborado en cumplimiento del artículo 8 de la Ley n° 19.529. Es un documento extenso que concibe a la salud mental a partir de la misma definición que establece la Ley 19.529, y que se enfoca en “una lógica de recuperación basada en el involucramiento de y con la comunidad” (MSP, 2020, p. 7), siguiendo un modelo comunitario de atención a la salud mental.

Este Plan pretende ser “transformador, consecuente, participativo, inclusivo, intersectorial, interdisciplinario, integrador de todos los actores y saberes pertinentes, realista y adecuado a las peculiaridades de cada situación y lugar” (MSP, 2020, pp. 8-9).

Cabe destacar que el Plan fue elaborado por diversas áreas programáticas del MSP, con el apoyo de varios organismos, así como equipos interinstitucionales y multidisciplinarios que conformaron grupos de trabajo para cada área priorizada⁶. Entre estos/as profesionales, encontramos algunos/as Lic. en Trabajo Social que, si bien constituyen un

⁶ Ver Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, pp. 92-95.

número reducido en relación con otras profesiones, contribuyen a posicionar al trabajo social como profesión vinculada a la salud mental.

El Plan plantea que la salud mental es inseparable de la salud en sentido general, que es socialmente determinada, y que constituye una experiencia subjetiva y objetiva, en esencia inestable. Así, establece que la generación de entornos saludables es una prioridad para la salud pública, a fin de fortalecer la prevención en cuanto a la salud mental. Se observa, en este sentido, cómo la salud mental se desliga de una concepción individualista y biologicista, para ser concebida desde un paradigma biopsicosocial, que integra los factores sociales y contextuales.

Desde esta óptica, se entiende que es necesaria y requerida la participación e intervención de diversas disciplinas, además del aporte de la sociedad civil y la academia, para el diseño de la política pública en salud mental y para generar abordajes integrales en esta materia. Dentro de esta intersectorialidad e interdisciplina, se considera que el trabajo social podría y debería constituirse como un actor clave. De hecho, al final del documento se incluye una lista mínima de indicadores para el monitoreo de la situación de salud mental, la respuesta del sistema y la implementación del Plan, y uno de los indicadores que se incluye a este respecto es la tasa de trabajadores sociales que trabajan en el sector de la salud mental.

Luego de realizar un recorrido sobre el contexto, antecedentes, situación actual de la salud mental y nudos críticos de la salud mental en Uruguay, el Plan presenta las líneas de trabajo por área priorizada, con sus respectivos objetivos, líneas estratégicas, acciones, actores involucrados y resultados esperados. A lo largo de este análisis, el Plan Nacional de Salud Mental no nombra explícitamente al trabajo social; sin embargo, se entiende que esta profesión está incluida en varias de las líneas de trabajo y objetivos que se plantea el documento, teniendo en cuenta que recoge una concepción integral de la salud mental.

Por ejemplo, son varios los objetivos que buscan la **promoción y prevención** en salud mental a través de intervenciones en diversos niveles: abordajes familiares, territoriales y socio-comunitarios; con niños, niñas y adolescentes en centros educativos, deportivos y recreativos; con población que presenta uso problemático de drogas; entre otros. En este sentido, se especifica que la promoción y prevención debe tener en cuenta los factores biológicos, psicológicos y socioculturales, y se hace énfasis en la importancia del trabajo intersectorial y en red.

Dentro de los objetivos de promoción y prevención, el Plan propone diversas medidas tendientes a: el desarrollo de planes, programas y protocolos; la implementación de estrategias de intervención asistencial y de acompañamiento; y la sensibilización, formación y capacitación en diversas temáticas; entre otras.

Por otro lado, los objetivos destinados a la **atención** en salud mental consideran las especificidades que requieren algunas poblaciones vulnerables, como las personas en situación de violencia, personas en situación de discapacidad, personas mayores, personas privadas de libertad, entre otras. A este respecto, se especifica que el modelo de atención debe ser comunitario, interdisciplinario e intersectorial, y se promueve el primer nivel de atención, con una coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. En este sentido, uno de los objetivos de esta línea de trabajo es la desactivación de servicios basados en el modelo asilar y monovalente y el desarrollo de nuevos dispositivos que permitan la *reinserción* e inclusión social y comunitaria de las personas *con trastornos mentales severos*, para lo cual se prevé la instalación de ámbitos de trabajo con la participación de personas usuarias y familiares.

Uno de los resultados esperados para este objetivo es la puesta en funcionamiento progresiva de casas de medio camino, residencias asistidas, hogares protegidos y viviendas supervisadas, que cuenten con un servicio de apoyo integral para el logro de la autonomía progresiva.

Dentro de esta sección, las medidas propuestas por el Plan tienden en líneas generales a: el fortalecimiento de redes y su articulación con diversos sectores del Estado; la mejora y actualización de la oferta de prestaciones; la creación y/o reestructuración de servicios y programas; el desarrollo de pautas, protocolos y normas; la implementación de estrategias de intervención asistencial y de acompañamiento; y el desarrollo de actividades formativas de sensibilización y capacitación; entre otras.

Asimismo, el Plan 2020-2027 incluye una sección destinada exclusivamente a la gestión humana y capacitación, en donde se prevé la formación y educación continua de los trabajadores de la salud, y un capítulo sobre “sistemas de información, monitoreo y evaluación e investigación”, en donde se destaca la necesidad de contar con información actualizada y de buena calidad, para lo cual se fomenta, entre otras cosas, la investigación científica: “Objetivo 3: Desarrollar líneas de investigación específicas acordes con los vacíos de conocimiento” (MSP, 2020, p. 74).

De esta forma, se puede observar cómo muchos de los objetivos y líneas de acción fomentan acciones vinculadas con el contexto social de las personas, promoviendo la desinstitucionalización y apelando al trabajo en red y comunitario. A su vez, se hace especial énfasis en poblaciones en situación de vulnerabilidad, tanto en lo que refiere a la promoción y prevención, como en la atención en salud mental. Esto genera espacios de intervención para el trabajo social, profesión llamada a intervenir en lo social, especialmente con poblaciones vulnerables, articulando las políticas públicas y servicios y prestaciones generadas por el Estado, con las poblaciones destinatarias de dichas políticas, que es justamente uno de los propósitos del Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. Como se especifica en la web de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, el trabajo social es una profesión capacitada para “desarrollar procesos de intervención e investigación (...) [y] realizar acciones profesionales tanto a los niveles de asesoramiento, planificación, negociación, investigación e implementación de políticas sociales, así como la formulación, gestión y evaluación de programas y servicios sociales” (Facultad de Ciencias Sociales [FCS], s.f).

Por otro lado, cabe destacar las tres dimensiones constitutivas del trabajo social, analizadas por Claramunt (2009): dimensión investigativa, dimensión asistencial y dimensión socioeducativa, todas ellas transversalizadas por una dimensión ético-política. Como se mencionó más arriba, se puede apreciar cómo en el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 todas estas dimensiones están incluidas en los diversos objetivos y líneas de acción, fomentando tanto las estrategias interventivas de tipo asistencial, como las acciones socioeducativas y la investigación. De esta forma, se entiende que el trabajo social está directamente llamado a intervenir en el presente Plan a través de sus tres dimensiones constitutivas.

Así pues, el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 incorpora objetivos y líneas de trabajo directamente vinculados con aspectos sociales y comunitarios, que abren las puertas al trabajo social, en conjunto con otras disciplinas, en el marco de una concepción integral de la salud mental, que requiere de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales. En este sentido, se aprecia cómo, a partir de la Ley de 2017 y el presente Plan, nuestra profesión puede ganar legitimidad para el abordaje en salud mental, permitiéndole apropiarse de espacios de intervención que, se podría afirmar, se han encontrado históricamente acaparados por la psiquiatría y la psicología.

5. Generación de nuevas demandas y espacios de intervención para el trabajo social

5.1. Proceso de generación de demandas

Teniendo como marco de referencia el análisis desarrollado hasta el momento, cabe ahora preguntarse qué implica que se abran espacios de intervención al trabajo social en el área de la salud mental. Para ello, es menester comprender el proceso por el cual se le generan demandas a una profesión.

A este respecto, Rozas (1998) explica que las demandas que se le realizan al trabajo social surgen a partir de las necesidades sociales, definidas por la autora como “el estado de un individuo o una sociedad en relación a los medios necesarios para su existencia y desarrollo” (p. 29). Carballada (2012) amplía este análisis, postulando que estas demandas no solamente provienen de las necesidades sociales, sino de los problemas sociales, como una categoría más abarcativa.

Así pues, los problemas o necesidades sociales llegan a los/as trabajadores/as sociales en forma de demanda, quienes elaboran una respuesta, utilizando para ello los recursos existentes en la institución en la que se desenvuelven:

[Las] manifestaciones de la cuestión social constituyen las coordenadas que aparecen como obstáculos a la reproducción social de los actores sociales cuando éstos se enfrentan a sus necesidades. Estas necesidades se expresan en demandas puntuales, que es la forma cómo se ha institucionalizado la cuestión social en la esfera pública del Estado. (Rozas, 2010, p. 51)

No obstante, las demandas que llegan al trabajo social dependen finalmente del concepto que se tenga de “necesidad social” o de “problema social”. Rozas (1998) plantea que las necesidades no son simples demandas individuales, sino que son necesidades de la sociedad en su conjunto, por lo que sus soluciones requieren de categorías integrales, que involucren a toda la sociedad y “fundamentalmente, a aquellos que tienen la responsabilidad política de orientar los cambios de la sociedad” (p. 29). En esta línea, cuando las necesidades son explicadas como carencias individuales, se genera una simplificación del concepto, que produce una mecanización de la intervención, afianzando su carácter subalterno.

Siguiendo este razonamiento, la autora explica que el trabajo social ha muchas veces reducido el concepto de necesidades sociales a un circuito cerrado y limitado de recurso-demanda, que ha causado que esa necesidad sea visualizada como carencia, en vez de vislumbrarla como un derecho que se encuadra en un principio de justicia social. Esto ha generado intervenciones individuales como respuestas a demandas de carácter social, abordando finalmente las mismas de forma parcial. De esta forma, el trabajo social se ha visto limitado en una comprensión integral y humana de las necesidades, reforzando muchas veces el carácter conservador de la profesión (Rozas, 1998).

Ahora bien, complementando el análisis realizado por la autora, se podría pensar que esta tendencia a reducir el concepto de “necesidades sociales” o “problemas sociales” a carencias individuales no se produce de forma aislada desde los/as trabajadores/as sociales, sino que surge de un paradigma que sostiene la sociedad en su conjunto. Observando el recorrido histórico realizado previamente, se puede entender que, durante mucho tiempo la salud, y particularmente la salud mental, fue concebida desde perspectivas biologicistas e individualizantes que responsabilizaban a las personas por sus sufrimientos psíquicos. Desde esta lógica, era coherente considerar que las soluciones a los problemas o necesidades de estas personas debían abordarse desde intervenciones individuales y aisladas.

Así pues, se comprende que las demandas que se realizan a una profesión dependen finalmente del paradigma dominante en cada época y período sociohistórico. Si una sociedad -y las profesiones y políticas públicas que se enmarcan en ella- está construida desde un paradigma de salud mental hospitalocéntrico y biologicista, es poco probable que logre generar demandas integrales, que aborden a las personas en su contexto global, así como espacios de intervención que desafíen la lógica individualista. En esta línea, se entiende que, con el surgimiento del paradigma de salud mental integral y del modelo comunitario, se comienzan a visualizar nuevos problemas y necesidades sociales, que generan demandas en el área de la salud mental que anteriormente no existían. Estas demandas exigen adoptar una perspectiva biopsicosocial de los procesos de salud y enfermedad, comprendiendo a las personas como sujetos de derecho, desde condiciones que las traspasan y atraviesan. De esta forma, se generan nuevos espacios de intervención que acompañan este paradigma integral, y que implican abordajes enmarcados en un determinado marco contextual, que incorporan la participación de la población usuaria y

de sus familiares en el proceso de intervención, y velan por el fortalecimiento de la autonomía de las personas, a partir de un abordaje comunitario.

Estas nuevas demandas se ven reflejadas en la Ley de Salud Mental de 2017 y el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, y surgen a partir de los problemas y necesidades que la sociedad como un todo considera relevante atender, generando nuevos espacios de intervención que deben ser apropiados por las diversas profesiones que se entiendan legitimadas y con competencias para el abordaje en la salud mental.

5.2. Nuevos desafíos y oportunidades

Entendemos, entonces, que el surgimiento del paradigma integral implica una modificación en la forma de entender a la salud mental, que impacta no solo en la concepción de los procesos de salud y enfermedad, sino también en las demandas y espacios de intervención que se generan en este ámbito.

Estos nuevos espacios de intervención, al ser de carácter más amplio, pueden ser ocupados por varias profesiones que antaño no eran tomadas en cuenta -o al menos no de forma prioritaria- para intervenir en el ámbito de la salud mental. Es el caso del trabajo social.

Sin embargo, esto trae aparejado una lucha de poder entre profesiones a la interna del campo de la salud mental, no solo porque son varias las disciplinas que comienzan a ser entendidas como agentes relevantes en el abordaje de la salud mental, sino también porque al habilitar a nuevas profesiones para la intervención en esta área, otras necesariamente perderán poder o espacios de influencia. En este sentido, al ser la psiquiatría la profesión históricamente dominante en esta área, cabe pensar que es a esta a quien le tocará ceder espacios para la inclusión de otras disciplinas.

A este respecto, Soforcada, Lellis y Mozobancyk (2010) plantean que el hospital psiquiátrico -y podríamos extender este análisis a otros espacios de intervención en salud mental- “por su denominación y herencia en cuanto a prácticas e ideas, tenderá a centralizar la posición de saber dentro de la lógica médico psiquiatra, relegando a lugares periféricos al resto de disciplinas que intervengan” (como se citó en García Guerra, 2022, p. 35). Mitjavila (1998), en esta misma línea, sugiere que, si bien el saber médico no es el único tipo de saber que participa de la construcción del campo sanitario, su preeminencia es tan marcada que resulta incuestionable, no solo en lo relativo a la

dimensión técnica, sino también en lo que refiere a la coordinación del pensamiento y de la acción.

No obstante, se podría pensar que, desde el surgimiento del paradigma de salud mental integral, se están instalando demandas y abriendo espacios de intervención que intentan romper con la preeminencia de la psiquiatría en este campo. A modo de visualizar esto de forma esquemática y simplificada, podríamos dividir la intervención en salud mental en 4 momentos: promoción, prevención, atención a los síntomas, y acompañamiento posterior⁷. Si bien considero que es positivo y deseable que las distintas profesiones intervengan en conjunto y de forma interdisciplinaria, se podría pensar que la psiquiatría tiene más que decir en el tercer y cuarto momento, es decir, en la atención, tratamiento sintomatológico y acompañamiento de aquellas personas que ya presentan sufrimiento psíquico, mientras que el trabajo social -aunque no exclusivamente, sino en conjunto con otras profesiones- tiene mayores competencias para intervenir en los momentos 1, 2 y 4, es decir, en los momentos previos a la aparición de síntomas⁸, así como en el acompañamiento de las personas luego de la aparición del sufrimiento psíquico, y no tanto en el tratamiento de la sintomatología *per se*.

Cabe destacar que, mientras que algunas de estas demandas son probablemente de competencia exclusiva del trabajo social⁹, en otros casos son varias las profesiones o

⁷ Esta división se genera simplemente con el objetivo de visualizar la intervención en un campo tan amplio de forma esquemática y simplificada, a fin de facilitar la comprensión del asunto. No obstante, cabe aclarar que los procesos de atención y acompañamiento en salud mental no son lineales, ni existe una única forma de abordarlos, por lo que estos 4 momentos no siempre serán tales, y no siempre se sucederán en forma consecutiva ni lineal.

⁸ Notar que esto implica trabajar con la totalidad de la población, y no solo con aquellas personas que ya presentan síntomas o sufrimientos psíquicos, haciendo énfasis más en la salud que en la enfermedad.

⁹ Ver Ley 19.778 (2019) sobre la Regulación del ejercicio de la profesión del trabajo social o servicio social, artículo 6: “Serán competencias exclusivas del ejercicio profesional del Trabajo Social las siguientes: A) El informe social y el estudio que se realiza sobre la situación social de personas, familias, grupos, poblaciones u organizaciones. La expresión "informe social" refiere específicamente a todo informe que los profesionales realizan sobre la situación social de individuos y familias, con el objetivo de efectivizar derechos, dar cuenta de intervenciones sociales realizadas en procesos institucionales, obtener prestaciones y beneficios en el marco de políticas sociales y a los efectos de emitir opinión fundada -parecer técnico- en actividades periciales a requerimiento de juzgados y fiscalías. En la elaboración de dicho informe, el profesional tendrá autonomía técnica dentro de la normativa vigente; B) Definir estrategias y herramientas para la intervención profesional; C) El ejercicio de forma privativa de cargos técnicos de dirección, en áreas institucionales denominadas explícitamente como trabajo social o servicio social -Divisiones, Departamentos u otras formas- en instituciones públicas. El presente artículo no es de aplicación a los

disciplinas con capacidad para tomar esas demandas y generar sus propios abordajes desde sus respectivos saberes profesionales. En efecto, el hecho de que tanto la Ley como el Plan recojan un enfoque interdisciplinario y multisectorial responde a que muchas de estas demandas no pueden ser abordadas exclusivamente por una profesión de forma aislada.

Idealmente, estas profesiones o disciplinas podrían trabajar todas en un plan de igualdad, desde un enfoque interdisciplinario, en donde ninguna tenga preponderancia sobre la otra. Sin embargo, esto en los hechos muchas veces no sucede, quedando algunas profesiones subordinadas a otras. Esto genera disputas entre profesiones para definir cuáles son las más capacitadas o legitimadas para intervenir en cada una de las demandas generadas por la Ley y el Plan. Como explican Baffo y Onocko (2017):

Aunque en el devenir del tiempo se han introducido nuevas disciplinas como la psicología y el trabajo social dentro de los servicios de salud mental, estas disciplinas no han logrado trabajar de forma integral. Las disputas por las jerarquías dentro del hospital prevalecen, lo cual impide un diálogo que permita realizar un trabajo interdisciplinario. (como se citó en García Guerra, 2022, p. 35)

En este contexto, este nuevo paradigma de salud mental integral, que se continúa instalando y fortaleciendo, trae aparejadas nuevas posibilidades para el trabajo social, en tanto amplía el número de demandas que se realizan a las profesiones que trabajan en el ámbito de la salud mental desde un enfoque social. Desde el entendimiento de que los factores contextuales juegan un rol primordial en la salud mental de las personas, el paradigma de salud mental integral comienza a demandar mayor intervención y enfoque en aspectos como la vivienda, el trabajo, la educación, las redes de apoyo, el acceso a los diversos servicios y recursos, etc., poniendo énfasis en las diferenciaciones correspondientes según el perfil y situación particular de cada persona. Esto impacta en la intervención del trabajo social, ya que crea nuevos espacios de inserción con mayor alcance y diversificación, fortaleciendo a nuestra profesión en esta área.

cargos de los escalafones P y Q; D) Realización de asesorías y consultorías vinculadas a su profesión y en toda competencia en la que las leyes y reglamentaciones vigentes así lo definan”.

Al mismo tiempo, al pasar de un modelo hospitalocéntrico a un modelo comunitario, y crear nuevos dispositivos que sustituyan al hospital psiquiátrico, el trabajo social encuentra nuevas oportunidades de intervención, enfocadas en fortalecer la autonomía de las personas y de acercarlas a los diversos recursos y servicios que brinda la comunidad, con el fin de generar una mayor integración de las y los usuarios con la sociedad.

No obstante, esto genera también algunos desafíos para nuestra profesión. En primer lugar, el trabajo social históricamente se ha instalado como una profesión subalterna en el campo médico-sanitario (de Martino y Ortega, 2019). Como analizan de Martino y Ortega (2019):

pareceria que, diante de uma presença mais forte de outras profissões -psicologia, educação social-, o Serviço Social se debate entre uma espécie de ‘ausentismo’ ou ‘debilidade’ para continuar a assumir tarefas historicamente atribuídas à profissão. (...) Tem-se a impressão de que, atualmente, o Serviço Social encontra dificuldades importantes para definir sua jurisdição numa nova divisão sociotécnica do trabalho assistencial, caracterizada pela presença de um maior número de disciplinas que atuam sobre o social. (pp. 198-199)

En este sentido, las/os trabajadoras/es sociales tienen el desafío de lograr apropiarse de estas nuevas demandas que se les generan y construir abordajes desde sus saberes profesionales, en el marco de una profesión en cierto sentido “debilitada” en el área de la salud mental, y de una lucha de poder a la interna de este campo de intervención. Esto implica demostrar la relevancia de la profesión en esta área y la capacidad de generar intervenciones adecuadas y efectivas para el acompañamiento y atención en salud mental.

En segundo lugar, se genera el desafío de aprender a trabajar en conjunto con otras profesiones, integrando saberes y generando abordajes multidisciplinarios, de forma de reducir la lucha de poder en este ámbito, con el objetivo de producir intervenciones que se correspondan con el paradigma de salud mental integral de forma plena.

Si bien el cambio de paradigma se viene gestando desde hace ya varios años, continúa siendo un fenómeno nuevo, que implica una reconfiguración de las demandas, las luchas y los espacios de intervención, lo que le supone al trabajo social repensar el lugar que

ocupa -y el que quisiera ocupar- en el campo de la salud mental, y analizar cómo puede y quiere responder a este nuevo contexto que se le presenta.

Reflexiones finales

En suma, la salud mental es un concepto construido socialmente, y depende de los paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período sociohistórico. Como explica Freidson (1978, como se citó en Mitjavila, 1998), “lo que en el pasado era llamado crimen, locura, degeneración, pecado y aun pobreza, en nuestros días es llamado enfermedad” (p. 7). De esta forma, la manera en que se define a la salud mental impacta en las prácticas y en las instituciones que se desarrollan para abordarla, y en las demandas que se realizan a las diversas disciplinas llamadas a intervenir en este ámbito.

Las nuevas demandas que se crean, a medida que se modifican los paradigmas dominantes, generan nuevas prácticas de atención a la salud mental y nuevos espacios de intervención, incorporando disciplinas que se comienzan a considerar necesarias para un abordaje integral y pertinente. Entre estas nuevas disciplinas, se encuentra el trabajo social.

El trabajo social, a lo largo de su historia, ha ido modificando su campo de intervención en el área de la salud y la salud mental. En sus inicios las visitadoras sociales servían como auxiliares de los médicos, cumpliendo funciones de vigilancia de los sanos y divulgadoras de conceptos higiénicos (Ortega Cerchiaro, 2003). En la década del 50, se profesionaliza la carrera de trabajo social -o servicio social en aquel entonces- en Uruguay (Ortega Cerchiaro, 2003). Sin embargo, las intervenciones en esta época se realizaban en el marco de un modelo hospitalocéntrico, en el que las demandas para el trabajo social eran muy frágiles y restrictivas, por tratarse de un contexto de encierro en donde se trabajaba puertas adentro y se abordaban los sufrimientos psíquicos de forma individualista y aislada. Se comprendía que todo desequilibrio o *anormalidad* era de carácter puramente biológico, centrándose los abordajes en la *enfermedad* y su *cura*, y dejando poco espacio a la atención de la parte sana del individuo. Las prestaciones se realizaban sin concebir a las personas como un todo orgánico, aislando al sujeto de su contexto histórico y social. De esta forma, no se percibía la necesidad de trabajar con el entorno cercano de la persona, ni con las condiciones estructurales o contextuales que influían en su sufrimiento psíquico. Al centrarse mayormente en los síntomas y en las

formas de eliminarlos, se dejaba poco espacio para la intervención del trabajo social, ya que se entendía que otras profesiones eran más adecuadas para generar abordajes pertinentes.

Actualmente, a través de la instauración del paradigma de salud mental integral, se comienza a visualizar a la persona como un sujeto de derecho, interviniendo en la atención y acompañamiento de la salud mental desde un enfoque comunitario. Así, se busca poner énfasis en las condiciones que generan el sufrimiento psíquico, más que en el sufrimiento en sí, y se entiende que el contexto juega un rol importante tanto en los síntomas que presenta el sujeto como en su proceso de recuperación. De esta forma, se comienza a trabajar sobre las condiciones sociales, económicas, territoriales, etc. de las personas, tornando a las manifestaciones de la cuestión social como un factor relevante en materia de salud mental, desde el entendimiento de que las desigualdades sociales pueden generar sufrimientos psíquicos, y que los sufrimientos psíquicos pueden producir a su vez desigualdades sociales.

Así pues, se genera la demanda de incorporar un análisis social a algo que antiguamente era simplemente visualizado desde una perspectiva médica y biologicista. Esto abre un amplio campo de intervención al trabajo social, considerando que es la profesión dedicada a intervenir sobre las manifestaciones de la cuestión social: según establece la Ley 19.778, todo lo que implique realizar un estudio sobre la situación social de las personas compete exclusivamente al trabajo social (art. 6)¹⁰.

De esta forma, el enfoque deja de ser simplemente la *cura* de la persona, para enfocarse más bien en el acompañamiento y atención a su salud mental, poniendo énfasis en el desarrollo de su potencial y autonomía, y en el acercamiento a los diversos espacios y servicios que contribuyen a este respecto. Para ello, se requiere tener en cuenta lo universal del problema, pero también lo heterogéneo y singular de cada situación.

A diferencia del hospital psiquiátrico, los nuevos dispositivos que se pretenden instalar a partir de la Ley de Salud Mental y el Plan Nacional de Salud Mental -casas de medio camino, residencias asistidas, hogares protegidos, viviendas supervisadas- tienen como objetivo fortalecer la autonomía de las personas, función en la cual el trabajo social puede

¹⁰ Cabe a este respecto preguntarse si actualmente es el trabajo social la única profesión que realiza este tipo de estudios sobre la situación social de las personas, o si esta función está siendo tomada también por otras disciplinas.

jugar un rol clave. Al mismo tiempo, plantean un abordaje relacional con la comunidad, a diferencia del abordaje aislado e individualista que se propone desde el modelo hospitalocéntrico, el en cual se destaca la importancia de trabajar con el contexto de las personas, sus redes de apoyo y los diversos recursos y servicios que se brindan desde la comunidad. De esta forma, se incorpora una perspectiva que busca generar un trabajo en red con las diversas instituciones que brindan servicios que podrían servir para el tratamiento de la persona, según su situación particular.

Se comienza, así, a entender la necesidad de trabajar con el entorno cercano del sujeto, y a incluir al usuario/a en su proceso de recuperación, manteniendo una participación activa en su tratamiento, tanto en lo que respecta al conocimiento de su situación, como en la toma de decisiones sobre todo lo que le concierne. De esta forma, las personas dejan de ser meras receptoras de las políticas de salud, para pasar a ser partes activas del proceso. Al mismo tiempo, al comprender que la salud mental es para todos/as, y no solo para quienes presentan síntomas, se abre la posibilidad de expandir la población con la que se interviene -incluyendo a aquellas personas que no presentan ningún tipo de sufrimiento-. En este sentido, se amplía la población objetivo de la intervención en salud mental, generando mayores posibilidades al trabajo social para adentrarse más profundamente en este ámbito.

Cabe notar que el paradigma de salud mental integral se alinea con lo establecido en el Código de ética del trabajo social (Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay [ADASU], 2001) en tanto genera demandas a nuestra profesión que están recogidas en el Código como principios fundamentales y como derechos y responsabilidades del/la trabajador/a social, entre ellos: la “defensa y profundización de la Ciudadanía, en los aspectos civiles, sociales, económicos, culturales y políticos, promoviendo el acceso real a los bienes materiales y culturales producidos socialmente (...)” (p. 5), y la contribución “para la realización de la participación efectiva de la población usuaria en las decisiones institucionales” (p. 7).

Así pues, el trabajo social tiene un amplio campo donde desarrollarse, con la posibilidad de pensar y construir su propia intervención con mayor autonomía que antaño. Esto genera la oportunidad y el desafío de repensar la profesión y las formas de abordaje, a fin de adecuarse al contexto actual y a los nuevos paradigmas que surgen y se consolidan.

No obstante, si bien el trabajo social cuenta con las herramientas y los saberes para intervenir en el campo de la salud mental, al no ser un agente privilegiado¹¹ en este ámbito, tiene el desafío de abrirse camino, creando sus propios espacios de intervención de forma autónoma, a partir de las demandas generadas por la sociedad, y demostrando su capacidad para abordar las diversas situaciones que se le presentan.

Al ser cada vez mayor el número de disciplinas que actúan o pueden actuar sobre lo social, y al ser bastante amplias las demandas para la atención a la salud mental desde un paradigma integral, el trabajo social precisa consolidarse como profesión legitimada y necesaria para intervenir en este ámbito. A este respecto, cabe preguntarse: ¿qué puede aportar el trabajo social para la intervención en la salud mental que no puedan aportar otras profesiones?

Al mismo tiempo, se presenta el desafío, no solo para el trabajo social, sino para todas las profesiones que intervienen en esta área, de generar abordajes interdisciplinarios, que entiendan a la persona como un todo, enmarcada en un contexto específico que influye y condiciona su realidad, sus decisiones y sus posibilidades. Así pues, es necesario cooperar entre las diversas profesiones y disciplinas, a fin de que la lucha de poder que podría desatarse en el área de la salud mental para que una u otra profesión acapare mayores espacios de intervención y mayor influencia en el proceso de atención no sea tal, y se instale en cambio un abordaje interdisciplinario y participativo de todas las disciplinas. No es posible generar abordajes desde un paradigma de salud mental integral sin esta mirada interdisciplinaria, que interpele las formas tradicionales de intervenir desde cada una de las disciplinas involucradas.

En síntesis, se podría decir que los problemas y necesidades sociales en torno a la salud mental -como derechos más que como carencias- ya están siendo reconocidos por la sociedad y el sistema político en su conjunto, y las demandas de intervención desde una concepción integral están siendo instaladas. Queda pendiente reflexionar sobre cómo se posiciona actualmente nuestra profesión frente a las nuevas demandas que se le colocan, y qué necesita hacer el trabajo social para ganar fuerza y espacios de intervención en el

¹¹ Como explica Weisshaupt (1988) los agentes institucionales pueden dividirse en agentes privilegiados - aquellos que realizan plenamente la acción institucional, ya que su objeto profesional se identifica con el objeto de la institución- y agentes subordinados -aquellos que simplemente sustentan esta acción institucional, ya que los objetivos de la profesión no son los mismos que aquellos de la institución en la que se desenvuelve-.

área de la salud mental, consolidándose en un área en la que ha quedado históricamente subordinado.

Si el trabajo social no logra adecuarse a los nuevos paradigmas y modelos que se comienzan a instalar, y a ganar espacios de intervención en el ámbito de la salud mental, corre el riesgo de quedar al margen de la atención y acompañamiento en esta área, ámbito en donde tiene un gran potencial para desarrollar todas sus capacidades, y donde la inclusión plena y autónoma de nuestra profesión es requerida para que los abordajes incorporen todas las perspectivas y generen intervenciones adecuadas y actualizadas a la realidad actual, entendiendo a la salud mental desde sus múltiples dimensiones.

Bibliografía:

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio*. Topia Editorial.
- Amico, L. (2004). Desmanicomialización: hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud mental. *Portal Margen de trabajo social y ciencias sociales*. Primavera 2004(35).
<https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- Amico, L. (2005). *La institucionalización de la locura: La intervención del Trabajo social en alternativas de atención*. Espacio Editorial.
- Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (2001). *Código de ética profesional del servicio social y/o trabajo social en el Uruguay*.
<https://www.adasu.org/prod/1/46/Codigo.de.Etica..pdf>
- Carballeda, A. J. M. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Portal Margen de trabajo social y ciencias sociales*. Julio 2012(65).
<https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. La Piqueta.
- Claramunt, A. (2009). El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. *Fronteras*, (5), 91-104.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/28649>
- de Martino, M. y Ortega, E. (2019). Passado e Presente do Serviço Social uruguaio. Sobre as teses de precarização. En Yazbek, M.C. y Yamamoto, M. V. (orgs.), *Serviço Social na história. América Latina, África e Europa* (pp. 188-216). Cortez Editora.
- de Oliveira Carneiro, N. G. (2008). Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial: Haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(2), 208-220.
<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/brtR6Q85jdzzSRgV5gzv7qt/?format=pdf&lang=pt>

- Doron, C. (2015). L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique. *Pratiques en santé mentale*, 61(1), 3-16.
<https://doi.org/10.3917/psm.151.0003>
- Duffau, N. (2015). Saberes y prácticas de la Psiquiatría en Uruguay (1860 - 1910): de la Colonia de Alienados al Hospital Vilardebó. Etapas de una evolución conflictiva. *Revistas Culturas Psi/Psy Cultures*. Setiembre 2015(5), 40-69.
- Facultad de Ciencias Sociales, s.f. *Licenciatura en Trabajo Social*. Universidad de la República. <https://cienciassociales.edu.uy/ensenanza/licenciatura-en-trabajo-social/>
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica* (segunda edición). Fondo de Cultura Económica.
- Fraifer, S., Garate, A., Grasso, L., y Rovetto, P. (2019). *Recomendaciones para el abordaje de la salud mental en el primer nivel de atención*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
<http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Abordaje-salud-mental-primer-nivel-atencion.pdf>
- García Guerra, S.S. (2022). *Entre lo Hospitalocéntrico y lo Comunitario: La Inercia de las Políticas Públicas de Salud Mental en Ecuador (1930 – 2017)* [Tesis de maestría, FLACSO Ecuador].
<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/18550>
- Ley N° 19.778. Regulación del ejercicio de la profesión del trabajo social o servicio social. 16 de agosto de 2019. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19778-2019>
- Ley N° 9.581 de 1936. Se organiza la asistencia de psicópatas. 24 de agosto de 1936.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/9581-1936>
- Ley N° 19.529 de 2017. Ley de Salud Mental. 24 de agosto de 2017.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Matus, T. (2002). *Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica*. Espacio Editorial.
- Ministerio de Salud Pública (1986). Plan Nacional de Salud Mental
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud->

<publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*.

https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf

Mitjavila, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Udelar. FCS-DS, 33.

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/34177>

Olivares-Aising, D. y del Valle Barrera, M. (2019). Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 18(2).

<https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/1602>

Organización Mundial de la Salud. (3 de junio de 2022). *Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático*.

<https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB>.

Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 21 de noviembre de 1986. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 9 de setiembre de 1949.

<https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. 12 de setiembre de 1978. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Declaración de Caracas. 14 de noviembre de 1990.

https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Principios de Brasilia. 23 de setiembre de 2005.
https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf
- Ortega Cerchiaro, E. (2003). *El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista* [Tesis de maestría, Universidad de la República, Uruguay].
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7647>
- Ottaviano, M.L. (2011). La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 9(26), 44-52.
http://www.psicopol.unsl.edu.ar/pdf/agosto11_nota3.pdf
- Rozas Pagaza, M. (1998). *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social*. Espacio Editorial.
- Rozas Pagaza, M. (2010). La intervención profesional: un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea. *O Social em Questão*. 13(24), 43-54.
http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq24_pagaza_4.pdf
- Silva Cabrera, C. (2022). Condiciones de vida, políticas públicas y derechos humanos: transversalidades desde la perspectiva de salud mental colectiva. *Fronteras*, (18), 13-21. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/34893>
- Silva Cabrera, C. (2020). *Salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay: tensiones y acuerdos en el plan de implementación de prestaciones de salud mental* [Tesis de doctorado, FLACSO Argentina].
<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/17401>
- Techera, A. y Apud, I. (2013). Políticas de salud mental en Uruguay. En de León, N. (coord.), *Salud mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp. 25-35). Udelar, CSIC.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9499>
- Techera, A., de León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martínez Messina, L., Miniño, A. y Sánchez, C. (2013). Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental. En de León, N. (coord.), *Salud mental en debate. Pasado, presente*

y futuro de las políticas en salud mental (pp. 15-24). UdelaR, CSIC.

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9499>

Weisshaupt, J. R. (1988). *As Funções sócio-institucionais do serviço social*. Cortez Editora.