

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Algunas líneas de análisis del Trabajo Social en las
Colonias "Dr. Bernardo Etchepare" y "Dr. Santin
Carlos Rossi".**

Darío Federico Rancel Rodríguez

Tutor: Celmira Bentura

2011

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

. Justificación de la elección del objeto de tesis	1
.objeto de tesis	3
. Metodología Empleada	

CAPÍTULO 1. Apuntes sobre la salud mental, Instituciones y atención mental en el Uruguay de hoy y su historia

I. Concepto de salud mental	
II. Panorama global de las Instituciones que en el Uruguay brindan servicios de salud mental	5
III. Orígenes de la atención a la salud mental en el Uruguay	
III- el higienismo y la medicalización	6

CAPÍTULO 2. Las Colonias "Dr. Bernardo Etchepare" y Dr. Santin Carlos Rossi"

I. Las Colonias y sus Comienzos	9
II.La colonia "open doors"	11
III. La Convivencia de dos mundos	12
.El mundo de los internos	13
. El mundo del personal	
IV. La dirección y sus objetivos	14
V.Relación objetivos – realidad	15

CAPÍTULO 3 - Cuestión Social y salud mental, una explicación de las causas de la situación actual

I- De la Era de de oro al Familiarismo	16
II- Cuestión Social y salud mental	20

CAPÍTULO 4 – Intervención, Trabajo social, Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santin Carlos Rossi

I – Distintas preguntas disparadoras para la elaboración del objeto de tesis	22
III- El Quehacer del Trabajo Social en las Colonias	23
IV- El Trabajo Social y las Políticas de Salud Mental	28
V- Visualización de los déficits de la intervención de parte de las profesionales entrevistadas	32

. Dificultades para la coordinación interinstitucional	
. Dificultades para el trabajo en equipo	33
. Dificultad para el contacto directo con la familia del paciente	34
. Dificultad en trabajar en pro de la reinserción del paciente al seno familiar o a la comunidad desde la cual el sujeto proviene	35

Reflexiones Finales	36
---------------------------	----

Anexos -Entrevista a la Lic. A.P

- Entrevista a la Lic. M. B
- Entrevista a la Lic. C.G

Ley de homeostasis: "En la institución nada debe cambiar. Todo cambio, por mínimo que sea, se vive como un peligro, pues podría volver a cuestionar un equilibrio siempre amenazado. Si la institución llegara a cambiar, locos y asistentes podrían cambiar a la vez entre sí, es decir intercambiar. Se correría el riesgo de que el espejo se hiciera añico bajo la presión de lo impredecible... Durante una reunión un enfermo señala que en el desayuno se distribuye solo café negro y que la leche se reparte en el almuerzo y la cena. Propone que se distribuya un poco de leche a la mañana junto al café, de manera que los que prefieran el café con leche o el café solo pudieran satisfacer su deseo.

Algunos viejos enfermos y enfermeros reciben con inquietud esta tímida expresión de deseo individual y la primera reacción es de resistencia.

Sería muy complicado. La leche llega fría de la cocina, en un jaro grande, y el café (caliente) en otro recipiente. No es posible distribuir la leche fría, pues el café no está muy caliente. Por otra parte no hay tiempo para calentar la leche: se entrega a las 7.20 y el desayuno se debe servir a las 7.30, pues algunos enfermos se van a trabajar enseguida. Un enfermo, muy hábil en encontrar soluciones complicadas y cuya función en el pabellón consiste, al oponerse a todo cambio sumergiéndolo en la complejidad (y a veces en el delirio), propone entonces un sistema incomprensible (que hora no recuerdo pero había intervenir el cosmos y un deseo de paz universal)..."

- Jaques Hochmann

"El hombre se caracteriza ante todo por la superación de una situación, por lo que logra hacer con lo que han hecho de él, aunque nunca se reconozca en su objetivación"

- Jean Paul Sartre

TESIS

Algunas líneas de análisis del quehacer del Trabajo Social en las Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santin Carlos Rossi.

Introducción.

I. Justificación de la elección del objeto de tesis.

La decisión de realizar la presente tesis de grado surgió mientras que cursaba Metodología de la Intervención Práctica III, a cargo de las docentes Prof. AS. Blanca Gabin y Prof. AS. Celmira Bentura.

En las primeras clases del curso, se abrieron diferentes opciones de talleres (Salud, Colonización, Discapacidad, Tercera Edad, Programa Nuestros Niños, Comuna Mujer, etc) para que los alumnos eligiésemos la temática sobre la cual abocarnos en la práctica pre-profesional; así como, una vez elegida la temática, se abrieron diferentes opciones de instituciones para que eligiésemos donde insertarnos directamente para la realización de dicha práctica.

En dicha oportunidad, elegí la temática Salud por poseer especial interés en la área salud mental abordada desde el Trabajo Social.

Las mayoría de las Instituciones ofrecidas en el Taller Salud eran centros de atención primaria de distintos barrios de Montevideo; sumándose también el Hospital Dr. Vilardebó y agregándose ese año las Colonias para Crónicos Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santin Carlos Rossi. La profesora dio libertad para que de manera ordenada eligiésemos los diferentes centros de práctica.

Desde un primer momento, tenía claro, el querer realizar mi práctica curricular donde se atendiera específicamente el tema salud mental, por lo que las opciones eran: Hospital Dr. Vilardebó y las Colonias. Inicialmente elegí el Hospital Vilardebó.

En esta primera etapa los alumnos fuimos seleccionando de manera ordenada los diferentes centros de práctica, lo que dejó como resultado que las Colonias sólo habían sido seleccionadas por el compañero.

A consecuencia de esto, la Prof. comentó, que tal vez por este año lo mejor era suspender ese centro de práctica, ya que uno de los lineamientos del curso era el de que los alumnos no se insertasen de manera individual en los centros, sino que también pudiéramos tener como herramienta la posibilidad de pensar las situaciones en equipo, y trabajar conjuntamente cuando la situación así lo requiriera.

Desde el momento que la Prof. planteó esta situación surgió en mi una pregunta ¿por qué se había manifestado tan poco interés en tomar como centros de prácticas las Colonias?, ¿Por qué sólo un compañero las había elegido?, ¿Por qué no tomar yo ese centro de práctica?

Esto me condujo a pensar que existía una tendencia a que los alumnos desestimaran dichos centros de prácticas, en éste contexto sentí que habían dos elementos en juego que podrían estar determinando esto, uno era el desarrollo del quehacer del Trabajo Social en un centro con estas características y otro la estigmatización social que existe sobre la "locura; y mas enmarcada en lo que simboliza en gran parte de la población las Colonias.

Las respuestas a estas preguntas comenzaron a aparecer en mi mente, haciendo referencia a que en gran parte del imaginario colectivo en la Colonias, están, en la oscuridad y en la soledad, los sin pasado y sin presente, los irrecuperables; quienes viven en el aislamiento y la soledad (de lo cual parece ser indicio su lugar de ubicación; mientras que el Hospital Vilardebó se encuentra ubicado en la zona centro de la ciudad, las Colonias se encuentran a varios kilómetros de Montevideo, en un lugar que hasta podríamos decir que es de difícil acceso).

En este mismo sentido, la pregunta de por qué, para un número considerable de futuros Trabajadores Sociales se hacía poco atractivo realizar la práctica pre – profesional en dichos centros, será la pregunta disparadora que direccionará el objeto de tesis. Me refiero al ejercicio de las prácticas profesionales del Trabajo Social en las Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santin Carlos Rossi.

Los Trabajadores Sociales, tenemos la obligación ética de trabajar en pro de la efectividad de los derechos de los sectores de los más desposeídos. En cuestión de segundos, concluí que

sería en las Colonias en donde realizaría la práctica pre-profesional, a causa de esto la Prof. confirmó como centros de prácticas las Colonias. Pienso que es importante resaltar esto, ya la realización de la práctica curricular en dichos centros es lo que me motivo a realizar esta tesis de grado.

II. Objeto de Tesis.

El objeto de la tesis estará centrado en el análisis del Trabajo Social en las Colonias de Asistencia Psiquiátricas Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santin Carlos Rossi.

En este contexto, esta tesis tendrá como contenidos estructurales, una revisión histórica de la Institución que nos ocupa, una revisión del quehacer del trabajo Social como profesión históricamente determinada, algunas lecturas en torno a la cuestión social y su vínculo con la salud mental; una descripción del Trabajo Social en las Colonias y para terminar algunas conclusiones y propuestas.

III. Metodología empleada.

Para la realización de este trabajo, me baso en lo que fue mi experiencia como estudiante en las Colonias durante el año 2007, la que me permitió seguir muy de cerca la tarea de los Trabajadores Sociales de la Institución.

Entrevistas que fueron realizadas específicamente para este trabajo, entre los meses de diciembre del 2009 y marzo del 2010.

Revisión Bibliografía acorde a los temas tratados.

También recurrí a medios de prensa a través de sus páginas web.

Capítulo 1.

Apuntes sobre la salud mental, instituciones y atención de salud mental en el Uruguay de hoy y su historia.

1. *Concepto de salud y salud mental.*

El concepto salud no se ha mantenido fijo e inmutable sino que por el contrario ha sido sensible a las transformaciones socio históricas que ha experimentado nuestra sociedad. Por otro lado, el término evoca a distintas conceptualizaciones, dentro de las cuales se encuentra la siguiente: ***“la salud es una forma continua de interacción armónica orgánica y funcional, entre el hombre y su medio, y se considera al proceso de salud, como una unidad dialéctica, donde la lucha de contrarios y la solución de las contradicciones produce el desarrollo humano”***¹ Se trata de un ***“balance entre el individuo los otros y su ambiente, la historia y las producciones de su futuro, que se desarrolla en la totalidad del escenario social con sus múltiples intereses y movimientos”***². Desde este ángulo entendemos a la salud como una continua actuación del Hombre frente a los conflictos, y a la solución de los mismos.

Al igual de lo que sucede con el término salud, el concepto salud mental se ha mostrado sensible al momento histórico y cultural y al mismo tiempo determinado por el paradigma dominante. En las primeras etapas se le asignó a la enfermedad mental un carácter diabólico, posteriormente se las asoció a los desvíos sociales, y en un tercer momento se le empezó a considerar como una falencia de orden física. En la actualidad se imponen concepciones basadas en modelos psicológicos socio-genéticos³. Podemos afirmar que ***“la salud mental es tanto la expresión de problemas emocionales, cognitivos y de comportamiento como construcciones culturales y sociales, históricamente determinadas, es decir, tienen una carga valorativa que explica por qué definiciones de lo normal y lo que es patológico varían según el contexto y de acuerdo a los enfoques teóricos y los criterios de diagnósticos utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes, y los modelos médicos predominantes”***⁴.

En Uruguay existen distintas alternativas en lo relativo a la atención en salud mental, servicios tanto de la esfera privada, como pública, a continuación se presentara un breve resumen de las distintas Instituciones que operan en nuestro país.

¹ Medicina General Integral. (Primera edición), Habana: Universidad de la Habana, Pág.30.

² Forel ferre 1975(sin datos)

³ Amico, M. (2005).Institucionalización de la locura. (Segunda edición). Buenos Aires. Espacio.

⁴ Idem-Pág.20

II. Panorama global de las Instituciones que en el Uruguay brindan servicios de salud mental.

En el Uruguay existen tres grandes instituciones que brindan servicios de internación para enfermos psiquiátricos, ellas son "Colonia Dr. Bernardo Etchepare", "Colonia Dr. Santín Carlos Rossi" y "Hospital Dr. Vilardebó", todas ellas pertenecientes al Ministerio de Salud Pública. Mientras que las Colonias (funcionando bajo la misma dirección) dirigen su atención a las enfermedades psiquiátricas crónicas, el "Hospital Dr. Vilardebó" es la institución encargada de la atención a los pacientes que se encuentran en agudo o lo que cotidianamente se denomina, cuando el paciente está en "crisis" o "descompensado".

Concomitantemente, en todo el país existen centros públicos de atención primaria, donde pueden atenderse usuarios con problemas psiquiátricos, sumándose a esto de que algunos hospitales del interior tienen algunas camas previstas para personas con problemas relacionados a la salud mental. De todas maneras las tres alternativas que más se destacan en el sector público, cuando hablamos de centros de internación para adultos son las Instituciones señaladas al comienzo.

También existen Clínicas Psiquiátricas privadas, las cuales cubren a sus afiliados por FONASA sin pago de un canon adicional solamente un mes de internación. El pago del canon mensual posterior al mes de internación sin costo adicional es importante, por lo cual muchas familias se ven imposibilitadas de acceder a este servicio.

Para continuar esta tesis sería importante entender el contexto histórico en el cual nacen estas Instituciones ya que esto la ha caracterizado de una manera muy particular a la institución que tratare en esta tesis.

III. Orígenes de la atención a la salud mental en el Uruguay.

Al comenzar el novecientos, a partir de la consolidación del modelo de vida hegemónico, propio de la sociedad burguesa, la sociedad uruguaya comenzó a vivir profundas transformaciones y a experimentar la implementación de muchas Instituciones que nos acompañan hasta nuestros días, o que por lo menos, algunos de sus residuos están todavía inscriptos en el seno de nuestra sociedad.

El proceso de secularización profundizado por el Batllismo en el novecientos, empezó a materializarse en toda la estructura del Estado, influyendo en distintos ámbitos, muy especialmente en la educación y en la salud.

En el campo de la salud, en el Uruguay del novecientos, los médicos inspirados en las nuevas corrientes positivistas (ya imperantes en el mundo occidental) y estimulados por los gobiernos de turno empezaron a ser grandes protagonistas en este proceso. Podemos advertir, como ejemplo las innovadoras corrientes Psiquiátricas de la época, las cuales empezaron a condenar los conocimientos del espíritu y del alma, y empezaron a buscar las causas de las de las distintas patologías en el aparato biológico. El historiador José Pedro Barrán, resalta esta nueva manera de pensar tanto el mundo como el cuerpo. El mismo cita al Dr. Pedro Duprot (1947) *"no hay enfermedades del espíritu dice Sollier: solo existen trastornos de las funciones sensitivo – sensoriales, sensitivos – matrices y psíquicas del cerebro"*.⁵

Esta nueva forma de entendimiento del saber médico, tuvo una fuerte expansión sobre la sociedad desde comienzos del novecientos hacia adelante, y de cierta manera fue el encargado de determinar todas aquellas conductas que pudieran ser tipificadas como "normales" o "patológicas".

Los dos procesos más importantes que dieron marcha a la consolidación ya no solo del saber médico, sino del poder médico, fueron el higienismo y la medicalización.

. El higienismo y la medicalización.

Por "higienismo" entiendo : *"El médico se investía de un rol de auxiliar ilustrado del poder político para reducir la miseria y educar al pueblo facilitándole un marco de vida higiénico y racional. Controlar el medio de existencia, acabar con las epidemias y enfermedades, racionalizar la procreación, luchar contra el oscurantismo, aliviar la desgracia, distribuir ayudas, se iban convirtiendo menos en intervenciones especializadas que los elementos complementarios de una estrategia de intervención coherente, exigiendo*

⁵ Berran, J. (1995). *Medicina y Sociedad del Novecientos*, Tomo 3. (Primera edición). Montevideo: Banda Oriental .Pag.100

la organización de una medicina estatal, provista de un verdadero mandato político y dotada de amplios poderes.⁶

El higienismo fue el punto de partida desde donde el Estado se encargó de instaurar mecanismos de control y vigilancia, a fin de de restablecer todo aquello que se saliera del límite de lo permitido.

Es importante tener en cuenta que en el novecientos, en nuestro país, comenzó a manifestarse una creciente urbanización, la cual desde el nuevo aparato higienista, dio lugar al desarrollo de la "medicalización". Por medicalización Mitjavila entiende ***"la creciente intervención de la medicina y el Estado en diversas áreas de la vida humana. La medicalización implica la ampliación ideológica y técnica de los parámetros de los cuales se codifican, en términos de salud y enfermedad, problemas que en otro momento exhibían un mayor grado de externalidad respecto a las practicas medico sanitarias"*** ⁷.

Según Barrán, la medicalización es uno de los puntos de inflexión en la transición de la cultura "bárbara" a una cultura "civilizada". Cultura civilizada a través de diferentes mecanismos de disciplinamiento, materializado esto último con control y vigilancia. ***"El elemento popular urbano y sobre todo el rural, sucio, maloliente, atrevido y anárquico, recibió a menudo en los hospitales su primer baño y su primera lección sobre las virtudes y recompensas de la obediencia, lo que permitiría vincular higiene con autoridad social..."***⁸. En este sentido ***"la curación se entendía dentro del disciplinamiento más estricto. El enfermo un ser con los derechos recortados y un formidable capítulos de deberes que buscaba saliera del nosocomio no solo como un Hombre sano sino enteramente otro Hombre desde el punto de vista moral , mejor dotado que el que había entrado para el autocontrol de sus pulsaciones y rebeldías"***.⁹

El Uruguay, necesariamente tendría que transformar algunos de los rasgos más arraigados de una parte de la población para enfrentar ese nuevo siglo, en donde emergieron nuevos "dioses" a adorar como el "trabajo". A pesar de que Uruguay se caracteriza por ser un país en el cual el capitalismo emerge tardíamente, no se mantiene ajeno a este fenómeno

⁶ Castel, R. (1980) El Orden Psiquiátrico. (Primera edición). Madrid: Geología del Poder. Pág.148

⁷ Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales (2006) Debates y Perspectivas de la Profesión en la complejidad contemporánea. Pág.104

⁸ Berran, J. (1995). Medicina y Sociedad del Novecientos, Tomo 1.(Primera edición). Montevideo: Banda Oriental. Pag.69

⁹ Barran , J. (1995) Medicina y Sociedad del Novecientos, Tomo 2. (Primera edición). Montevideo :Banda Oriental. Pág.24

propio de la modernidad. "Trabajo" que resultó una fundamental herramienta para la acumulación capitalista.

En este contexto, el discurso legitimante de distintos hospitales, acompaña la defensa del trabajo, *"El hospital predicara el trabajo y satanizaría el juego y ocio. Debía evitarse que la internación contribuyera a incrementar la tendencia criolla a la "holgazanería". Internación debería ser sinónimo de imposibilidad de trabajar y dolor, no de vida ósea"*.¹⁰

En este sentido el poder médico empieza a imponerse en la sociedad a un ritmo creciente, en donde *"El médico se convierte en el gran consejero y en el gran experto, y no tanto en el arte de gobernar, cuanto al menos, en el de obrar, corregir el cuerpo social y mantenerlo en estado permanente de salud"*.¹¹ Por lo tanto *"el discurso médico del novecientos se enmarca dentro de la construcción de un Estado moderno, simplemente porque nacería dentro de ella y de un proyecto de dominación y disciplinamiento de las clases populares"*.¹²

El poder médico, entre otras cosas devino de su saber, sustentado por otro nuevo dios a adorar, la ciencia, en este sentido el cura fue sustituido por el médico, la verdad paso a estar legitimada por el conocimiento científico, dejando de lado las cuestiones del "espíritu", esto en un país que, desde la época del Militarismo con la Presidencia de Latorre y su reforma educativa, mostraba ser poco proclive al mandato divino.

El médico Psiquiatra del novecientos tal vez haya logrado ser el representante más fiel del lo que fue el poder y el saber médico *"...El poder médico siempre tendía a crecer y el loco pobre, un ser virtualmente sin derechos civiles (ni familia) era una carne demasiado ofrecida como para que la razón médica no reconstruyera la violencia física bajo las formas más sutiles, todas ellas emparentadas con la terapia y por ellas justificadas"*.¹³ Diferentes centros de salud del país fueron testigos de esto *"tanto en el manicomio como en el sifilicomio, el*

¹⁰ Berran, J.(1995).Medicina y Sociedad del Novecientos, Tomo 1.(Primera edición). Montevideo: Banda Oriental .Pag.25

¹¹ Foucault, M (1996). Estrategias de poder. (Primera edición). Buenos Aires: Paidós . Pág.337

¹² Barran, J. (1994). Historia de la sensibilidad de Uruguay.(Segunda edición). Montevideo: Banda Oriental. Pág. 30

¹³ Berran, J. (1995). Medicina y Sociedad del Novecientos, Tomo 1. (Primera edición Montevideo: Banda Oriental. Pag. 35.

poder médico era totalitario y no meramente absoluto. Allí todo era posible la única limitación real del poder medico era la conciencia del médico”¹⁴

Los procesos de medicalización según Mitjavila¹⁵ constan de 3 estrategias claves para ejercer su control y vigilancia. Primero, las de tipo arbitral, que consisten en la emisión de juicios, los cuales nos pueden habilitar o inhabilitar para la realización actividades o gozar de derechos. Segundo, las socializadoras, que apuntan a la vigilancia del cuerpo individual desde el Estado. Y finalmente, las de tipo punitivo, que llevan adelante sanciones dirigidas a las conductas desviantes por intermedio de su aislamiento y confinamiento que fueron en muchas partes del mundo, incluido Uruguay las que dieron origen a los ya mencionados manicomios.

En este marco ubicamos la génesis de la “Colonia Dr Bernardo Etchepare” y la Colonia Santin Carlos Rossi.

Capítulo 2.

Las Colonias “Dr. Bernardo Etchepare” y “Santin Carlos Rossi”.

I. Las Colonias y sus comienzos.

En 1912 se inauguran las “Colonias Dr. Bernardo Etchepare” y “Colonia Dr. Santin Carlos Rossi”, bajo la presidencia de José Batlle y Ordóñez. Existen dos causas que pueden justificar la apertura de las mencionadas Colonias, una de índole intelectual-médico y otra que responde a la búsqueda de una solución a un problema de índole coyuntural que se dio en ese momento histórico.

En relación a lo primero, nos referimos a las “nuevas” corrientes de la psiquiatría provenientes de Europa, que promocionaban el modelo de manicomio “open door”, claro está, que este modelo fue adaptado a nuestro medio local. Santin Carlos Rossi transmitía en su discurso cual era su visión acerca de cómo se tenían que constituir las Colonias **“Para los tranquilos y crónicos. Villas alegres de construcción rustica si se quieren, en los que estarán clasificados y distribuidos los enfermos para su asistencia (...), farmacias, talleres y servicios (...) constituyendo un pequeño pueblo entre parques y jardines (...), donde los asilados tranquilos y crónicos pudieran ser ocupados de trabajos agrícolas, hortícolas, jardinería, cría**

¹⁴Idem-34

¹⁵ Mitjavila, M. “El saber y la Medicalización del Espacio Social”. Montevideo, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales.

de aves, lechería, etc.".¹⁶ Sin dudas que esto estaba, inspirado en la utopía agrícola del gobierno Batllista.

En relación a lo segundo, nos referimos a la delicada situación que se estaba viviendo a causa de la sobre población del Manicomio Nacional (denominado posteriormente Hospital Vilardebó), inaugurado en 1880 para 700 usuarios, el cual en 1910 llegó a albergar a 1500 personas.¹⁷

Resulta interesante resaltar que ciertos rasgos que hoy caracterizan a los usuarios de la Colonia, esto es, su condición de pobres, vagabundos y sin estructuras familiar, han estado presentes desde el nacimiento de la Institución. La condición de pobre y sin estructura familiar es lo que condenaba y aún condena a que el ingreso a la Colonia sea un ingreso sin salida.

De todas maneras, la Psiquiatría del novecientos, de cierta manera estigmatizó y valoró de manera negativa la presencia de la familia de los pacientes con patologías psiquiátricas ***"De lo que no dudó el psiquiatra del novecientos fue de las virtudes terapéuticas de la separación temprana del enfermo de su vida familiar. Este aislamiento fue considerado la primera medida a adoptar y que le dio nueva vida al manicomio"***¹⁸. La familia era fuente de confrontación para el poder médico ***"no era posible curar en medio de contra poderes que daban contra consejos, contra órdenes y sugerían lo opuesto de lo que el poder científico sabía era lo indicado"***.¹⁹

Es de destacar que, no solo ya muchos años nos separan de aquella época, sino de que las concepciones médicas con respecto a la separación del paciente de su familia y su comunidad ya no son vistos de manera positiva por la ciencia médica; claro está, que hay determinados cuadros clínicos que inevitablemente conducen a la internación y a la pertinente separación del paciente del seno de su familia.

La institucionalización del paciente, en muchos casos tiene consecuencias nefastas ***"Segregado y expulsado de su medio familiar y de su comunidad , aislado e incomunicado,***

¹⁶ Berran,J. (1995). Medicina y Sociedad del Novecientos, Tomo 3.(Primera edición).Montevideo: Banda Oriental .Pag.41.

¹⁷ Ardulino, M .A, Ginés (2002) Noventa de años de la Colonia Etchepare. Recuperado: 23 de Agosto, En <http://www.Mednet.org>

¹⁸ Berran,J.(1995). Medicina y Sociedad del Novecientos, Tomo 1.(Primera edición). Montevideo: Banda Oriental .Pag.35

¹⁹ Idem- Pág.35

ese ser humano comienza a padecer lo que ya a comienzos del siglo XX algunos médicos reconocían como la "demencia producida por el manicomio" y que hoy en nuestro medio denominamos "sobrealienación de los pacientes en las instituciones asilares", refiriéndonos a las múltiples pérdidas que el paciente internado sufre en cuanto a sus hábitos y por la obra de la irrupción de las interacciones sociales que el ahilamiento produce"²⁰.

Es de destacar que este cambio de paradigma, sobre lo bueno o lo malo en relación al vínculo paciente-familia, paciente-comunidad no sólo se explica por cuestiones de orden clínico sino también por cuestiones relativas a la lucha de diferentes movimientos sociales y corrientes dentro de la psiquiatría en pro de la consideración del paciente psiquiátrico como sujeto pleno de Derechos.

Estas reivindicaciones no apuntan solo al derecho de las personas a no ser alejados de su familia y comunidad, sino también a ser protegidos de distintas formas de abuso de parte de cualquier sujeto, incluido el Estado así como del propio poder medico.

Indudablemente en la actualidad, la violencia médica no tiene ni el lugar ni la legitimación del novecientos. Sin embargo, en muchas oportunidades el Estado, tanto a través de la falta de inversión o de control sobre el trato que las instituciones le brindan a los pacientes, provocan la vulnerabilidad de sus Derechos Humanos.

Parto de la idea de que el Estado debería tener el papel protagónico en defensa de los Derechos Humanos, más aún cuando nos referimos a ciudadanos que por diversas situaciones no tienen oportunidades de exigir el cumplimiento estricto de sus Derechos.

II. La Colonia "open doors".

Las Colonia Dr. Santín Carlos Rossi y Dr. Bernardo Etchepare, fundadas en 1912, se encuentran a 70 kilómetros de Montevideo, muy próximas a la ciudad de Santa Lucia; en ellas son atendidos, cientos de uruguayos provenientes de todo el país.

Entre ambas están internados alrededor de 1000 personas, en donde 510 se atienden en la Colonia Bernardo Etchepare y 490 en la Colonia Dr. Santin Carlos Rossi.

²⁰Ardulino, M .A, Ginés (2002) Noventa de años de la Colonia Etchepare. Recuperado: 23 de Agosto, En <http://www.Mednet.org>

También se atienden alrededor de 130 usuarios deshospitalizados, los cuales están insertos en programas de egreso e inserción a la comunidad. Dichos programas son: "Asistencia familiar" y "Hogar sustituto". Estos están integrados por un equipo interdisciplinario de Médicos Psiquiatras, Psicólogos y Trabajadores Sociales. Dichos profesionales siguen y acompañan a los pacientes en los procesos de reinserción a la comunidad, a través de visitas periódicas, tanto de los profesionales a los hogares sustitutos, como de los usuarios y sus cuidadoras a los Centros de Atención.

El perfil de los trastornos psíquicos que se atienden en la Colonia son muy variados; dentro de los que se destacan: psicosis crónicas (59%), retardos mentales (30%), trastorno de la personalidad (5%) y alcoholismo (4%).

Se debe destacar que en la Colonia funcionan otros servicios, tales como, una policlínica, en la cual se atienden principalmente pobladores de la zona de Santa Lucía, Pueblo Nuevo, Ituzaingó y 25 de Agosto entre otras. Dicho centro asiste en prácticamente todas las especialidades.

Las Colonias se caracterizan por romper con el modelo de Institución cerrada, desconocida e impenetrable para los miembros de las comunidades cercanas, siendo de lo más común que muchos pobladores de la zona, concurren a atenderse a la policlínica de las Colonias, cruzándose y casi confundándose con los internos.

También existe en dicho centro una escuela pública de la ANEP y una escuela de UTU. Estos centros están dirigidos exclusivamente a los internos de la Colonia y por lo tanto se trabaja en coordinación con los distintos funcionarios, médicos y autoridades de la Colonia.

La Colonia está inspirada en el modelo "open door" o asilo con puertas abiertas. En donde no solo las puertas están abiertas para los de afuera, sino que existe un libre movimiento para que los internos "compensados" puedan "disfrutar" del deambular por el agreste y desolado ambiente rural del lugar.

Es de destacar, que con motivo de los festejos de un nuevo aniversario me refiero al número 96^a, se inauguró en octubre de 2009 el pabellón 25, luego de haber sido completamente reciclado, apuntando este (así según lo expresa la página Web de Presidencia) al tratamiento y desarrollo de una vida digna, apostando al desarrollo integral de los usuarios que se atienden en ese centro. Es de agregar que también fueron reciclados los pabellones 18 y 19.

En el mes de marzo 2010, cuando concurrí a las Colonias a efectos de entrevistar a una de las Trabajadoras Sociales que trabaja en los nuevos pabellones pude observar que existe una diferencia cualitativa y cuantitativa no sólo en las instalaciones sino también en el cuidado que reciben los pacientes que allí son atendidos en relación con los que encuentran en los pabellones aún sin reciclar.

Inevitablemente, tengo que decir que no existe ningún motivo que justifique que la mayoría de los pacientes continúen alojados en espacios estructuralmente deficientes y de escasísimo mantenimiento así como recibiendo una atención que en el mejor de los casos es muy deficitaria, mientras que una minoría goza de una atención adecuada en un espacio en condiciones satisfactorias.

III. *La convivencia de dos mundos.*

Los internos de la Colonia se ven sometidos a vivir dentro de la Institución en muchos casos hasta su muerte. En ellas el interno debe cumplir con las costumbres y reglamentos de la Institución, la que se puede categorizar como una "Institución total"²¹ en donde en relación con los internos "***todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se requieren que hagan juntos las mismas cosas. Tercero todas las actividades diarias están estrictamente programadas...***"²²

El estudio de Goffman sobre "Instituciones totales", es un gran aporte de referencia teórica, el cual permite identificarnos con nuestro centro de práctica, la obra nos describe no sólo elementos relacionados con la geografía de este tipo de Instituciones, sino que nos introduce en los diferentes mundos que conviven en ella: el mundo del interno y el mundo del personal .

²¹Goffman entiende por "Institución Total": "***Una institución total es un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada burocráticamente y formalmente***". Goffman, E. (1984). *Internados* (Segunda edición). Buenos Aires: Amorroutu. Pág.13 Las denominadas "Instituciones totales", se caracterizan por una marcada tendencia a obstaculizar la interacción de los internos con el medio social, a través de pabellones, muros, celdas, rejas, entre otros.

²² Goffman,E.(1984). *Internados*, (Segunda edición).Buenos aires:Amorroutu.Pág.12

. El mundo de los internos.

El interno se ve sometido a disposiciones institucionales. Apenas ingresa en la institución empieza a recaer sobre él, la profanación de su "yo". Este despojo del yo del interno, es más que un corte en las actividades y roles que cumplía fuera de la Colonia, consiste en el sometimiento a imposiciones desde la institución que atacan tanto su "libertad" como su "autonomía"²³. Podemos observar como la mayoría de los internos se ven con la imposición de vestirse de la misma forma, ósea con uniformes que le son proporcionados por la institución. Esta imposición tiene como consecuencia que muchas veces sea difícil distinguir entre personas de sexo femenino y personas de sexo masculino agregando que también se presta para esta confusión el hecho de que la gran mayoría se los rapa para combatir el contagio y la propagación de piojos.

Por lo tanto los internos son colocados en un nuevo lugar y ambiente, el cual se encuentra cargado de símbolos y significaciones los cuales el colectivo social rechaza.

En resumen, los internos ***"alcanzan un punto de ruptura en el cuál las intervenciones quedan limitadas a aquellos que comparten su posición. De este modo el universo de significados, valores, bienes culturales, así como la vida de que los sujetos disponen para la construcción de subjetividad se ven empobrecidas y tienden a fijarla en su condición de excluido"***²⁴

Este proceso se lleva a cabo bajo la práctica de dispositivos de control y vigilancia, que se caracterizan por la realización de prácticas sociales constituidas por un cúmulo de estrategias, en donde el saber de los médicos se traduce en una forma de dominación y colonización sobre los internos.

. El mundo del personal.

No hay duda de que también los operadores de la institución (funcionarios, médicos, Trabajadores sociales, etc.) también crean subjetividades, ya sea por la fuerte carga emocional que puede traer consigo trabajar en la Colonia, ya sea por trabajar en una institución en la que los recursos siempre son escasos. Esta realidad produce desgastes en el personal. A su vez el

²³ Idem-Pág.19

²⁴ Giorgi, V.(1994). Construcción de la Subjetividad. (Primera Edición) Montevideo: Banda Oriental. Pág.10

desgaste puede ser una de las causas de lo que comúnmente denominamos **vicios institucionales**.

Dentro del mundo del personal, como ya mencionamos anteriormente se encuentran los Trabajadores Sociales, esto no es menor, ya que esta tesis estará principalmente ligada a la descripción y problematización del quehacer profesional de los Trabajadores Sociales en las Colonias.

En este sentido, el Trabajo Social, no sólo se ve determinado por su propia especificidad dentro de la división socio técnica del trabajo, sino por el mandato institucional, por el proyecto en el que está inserto. Esto puede ser, en muchos casos un punto de contradicciones ya que en muchas oportunidades la realidad dista de los discursos, sumándose a esto la complejidad que el "mundo de lo social nos ofrece".

IV. La Dirección y sus objetivos.

La dirección de la Colonia Dr. Bernardo Etchepare se plantea distintos objetivos, los cuales si cualquier ciudadano común los escuchara y nunca se hubiese sumado a la aventura de conocer a dicha institución, tendría que pensar en una institución que tiende a lo "ideal".

Dentro de los objetivos principales de la Colonia Etchepare resaltados por su junta directiva se destacan: como objetivo general, la promoción, sin restricción, de buena calidad de vida y el respeto a los Derechos Humanos de los pacientes. Para asegurar el cumplimiento de este derecho se sostiene que es indispensable asegurar a los internos, su derecho a ser protegidos de la discriminación, del daño y la medicación injustificada, derecho a mejor tratamiento de rehabilitación para poder lograr la autonomía personal, derecho a participar en la comunidad, derecho a ropa apropiada, alimento a ayuda médica, derecho a la educación y al trabajo.²⁵

Otros de los que también forman parte del mundo del personal son los directores del centro, éstos son los encargados de dirigir la Institución, controlar, y de garantizar el respeto a los Derechos Humanos de los pacientes que allí se atienden.

²⁵ Ardulino, M. A., Ginés (2002) Noventa de años de la Colonia Etchepare. Recuperado : 23 de Agosto, En <http://www.Mednet.org>

V. *Relación objetivos - realidad.*

La Colonia posee una de las características que normalmente poseen las "Instituciones Totales"²⁶, si bien se presentan ante la sociedad con pretensiones de ser instituciones ideales, por debajo de esas pretensiones, al observar que su funcionamiento en algunas situaciones se asemeja más a un depósito de humanos que a una Institución ideal para rehabilitación.

Para citar un ejemplo concreto: en el año 2007, (bajo la misma dirección que actualmente dirige el centro) en pleno invierno durante dos meses, dos de los pabellones de la institución se encontraban sin servicio de agua caliente, por lo que los usuarios de los mismos se vieron en la encrucijada de elegir entre bañarse con agua fría, o directamente no bañarse. Es de destacar el intenso e inhóspito frío que se vivió en ese 2007, agregándose a esto que estamos hablando meses de los meses de julio – agosto.

También a consecuencia de la última inauguración del pabellón 25, un medio de prensa señaló a través de las declaraciones de un funcionario de la Colonia, el cual trasmite que los pacientes de las la Colonia Etchepare no están pudiendo ser atendidos en relación al tema odontológico. Hace meses ya que el sillón de odontología está roto, sumándose a esto que teniendo la oportunidad de ser atendidos en la Colonia Santin Carlos Rossi esto no puede concretarse porque la única ambulancia de la institución cuando no está rota es utilizada para las urgencias. También es de destacar que en este artículo se denuncian filtraciones de agua y humedad que se viven en los pabellones al igual que comida que en muchos casos es considerada según este funcionario como inaceptable²⁷.

En conclusión, se evidencian grandes contradicciones entre el discurso Institucional y la realidad que viven día a día pacientes y funcionarios a pesar de los esfuerzos que en los últimos años se han ido realizando en pro de acercar la realidad al estatus ideal de plena realización de los Derechos Humanos de los que tanto pacientes como funcionarios son titulares.

A continuación expondré algunas líneas de análisis, subrayando algunas de las determinantes que podrían explicar la presencia de muchos de los pacientes que al día de hoy son atendidos en las Colonias.

²⁷ Extraído de : <http://www.radio36.com.uy/entrevistas/2009/10/29/fabrizio.html>

Capítulo 3

Cuestión social y salud mental, una explicación de las causas de la situación actual.

A continuación, pasaré a dar cuenta del devenir histórico de los procesos globales que determinaron la vulnerabilidad de muchas de las familias de las “clases populares”, siendo que de regla, los pacientes de la Colonia tienen este origen familiar.

Para entender la vulnerabilidad que han atravesado y atraviesan muchas de estas familias, es necesario conocer las transformaciones que en los últimos años ha experimentado el capital, el trabajo y la ideología y el funcionamiento del Estado. Con la caída del Estado de Bienestar, el aumento de los precios, la caída real del salario y el recorte de programas sociales, la familia fue forzada a asumir el rol de llenar los espacios que antes llenaba el Estado²⁸. Las familias enfrentaron principalmente a este fenómeno a partir de la década del 70, teniendo como punto de expresión máximo los años 90. Es de destacar, que en los últimos años se produjo un vuelco importante en relación al posicionamiento del Estado con relación a las “clases populares”, ejemplo de esto fueron los diferentes planes ejecutados principalmente a través del Ministerio de Desarrollo Social, ministerio creado en el año 2005; así como la reposición de los consejos de salarios, y la puesta en marcha de diferentes políticas sociales de corte universal.

De todas maneras, el precio a pagar por tantos años de replegamiento de las funciones que históricamente venía cumpliendo el Estado es el de tener que afrontar nuevas y masivas manifestaciones de la cuestión social.

Algunos ideólogos y gran parte del colectivo social alegan que la familia está en crisis, que está fallando, que alguna cuestión de su naturaleza ya no funciona, como sería “natural” que funcione, y que esto determina que la familia es en cierta medida la responsable de gran cantidad de los vicios en la que está inmersa la sociedad.

La intención de este capítulo es intentar romper con esta visión. En todo caso podríamos decir que más que concebir a la familia en “crisis”, la concebimos experimentando un proceso de transformación determinado por la reestructuración del capital y del Estado.

²⁸ De.Martino (2004), Políticas Sociales y familia :En Revista Fronteras N4, Montevideo.Pp103-114

1. *De la era de oro al Familiarismo.*

Una de las principales características del fordismo, imperante entre 1930-1960, fue la producción en masa, por lo que el capital necesitaba de una población en condiciones de consumir. La satisfacción de tal necesidad determinó el surgimiento del Estado bienestar, el que funcionó como regulador y articulador entre el capital y la sociedad. Es en este contexto el Estado funcionó como garante para que el fordismo o modelo de acumulación rígido (como prefieren llamarlo algunos autores) pudiera funcionar y desarrollarse²⁹.

Gramsci, transmitía que era imprescindible que el Estado Nación asumiera un rol especial dentro del sistema global de regulación social, remarcando que sin el apoyo del Estado, el fordismo no sería más que una utopía³⁰.

El Estado se convirtió en el regulador de este modelo de acumulación a través de la aplicación de políticas sociales dentro de las que podemos señalar las 8 horas de trabajo, aumentos del salario real, adjudicación de salarios reales, políticas universales de integración. Con este tipo de políticas el Estado se aseguraba tener una población en condiciones de consumir la oferta de productos que el fordismo le ofrecía y de esta forma garantizar la reproducción del modelo de acumulación imperante.

Es de señalar, que del Estado de Bienestar no fue aplicado con la misma intensidad en las diferentes regiones del mundo occidental, algunos autores como Gosta Esping-Andersen hacen referencia a 3 tipos de Estados de Bienestar:

- a) el modelo "Social demócrata", cuyo mayor ejemplo paradigmático fue Suecia, caracterizado por ser el más ortodoxo en su pretensiones de protección;
- b) el modelo "Estado de Bienestar Corporativo", cuyo ejemplo paradigmático fue Alemania, caracterizado por una tendencia hacia la protección de los grupos con mayor capacidad de presión;
- c) el modelo de "Estado de Bienestar Liberal", cuyo ejemplo paradigmático fue el Estado Inglés, caracterizado por ser el más heterodoxo en sus pretensiones de protección.

Corresponde agregar que a pesar de su apertura universalista tanto del los Estados Social Demócratas como en los Estados de Bienestar Corporativo (estos últimos en menos

²⁹ Hervey, David . "La condición de la pos modernidad". Editorial Planeta, Buenos Aires, 2004.Segunda parte. La trasformaciones económica política del capitalismo tardío del siglo XX.Pp.141-222

³⁰ Idem

medidas); siempre quedaron sectores librados a los malos salarios y viviendo en condiciones de pobreza, como ser el caso de Uruguay.

En esta dirección el sociólogo Uruguayo Fernando Filgueira³¹, tomando como referencia al modelo de Gosta Esping-Andersen³², señala 3 tipos de Estado de Bienestar para América latina: "Universalistas Estratificados", los "Regímenes Duales"³³, y los "Regímenes Excluyentes"³⁴.

Fernando Filgueira³⁵ señala que en esta tipología Uruguay se incluye dentro del tipo "Universalista Estratificado" y describe a los países que adoptaron tal modelo de la siguiente forma: *"... hacia 1970 todos ellos protegían de alguna u otra forma a la mayor parte de la población mediante sistemas de seguro sociales, de servicios de salud, a la vez que habían extendido la educación primaria inicial e secundaria a toda la población. En otras palabras, todos ellos ofrecían extendidos niveles de "decomodificación" tanto en la prestación de servicios fuera del mercado como en la provisión de beneficios monetarios para diversas situaciones de imposibilidad laboral. La otra característica central de estos sistemas la constituye una fuerte estratificación de beneficios, condiciones de acceso y rango en materia de seguro social y en similar medida de salud. Los trabajadores del Estado y los profesionales, servicios urbanos y trabajadores fabriles urbanos tuvieron acceso en ese orden a protecciones y beneficios, y también en ese orden estratificaron calidad y acceso. Los autoempleados, el sector informal, desempleados crónicos, y trabajadores rurales lo hicieron*

³¹ F. Filgueira(2000), Ciudadana y Políticas Sociales Latinoamericanas, Editorial Flacso, Costa Rica.

³² G. Esping Andersen. (1993), Los Tres Mundos Del Estado De Bienestar, Editorial Alfons, Valencia, España.

³³ Por regímenes duales Fernando Filgueira entiende los Estados Benefactores que tienen *"un casi universalizado desarrollo de la educación primaria y un importante aunque estratificado grado de cobertura en salud. En lo relativo a la seguridad social la cobertura acentuaba los aspectos estratificados de los sistemas maduros sin la cobertura universalizada de los regímenes de universalismo Estratificado. En estos países es donde el problema de la heterogeneidad territorial puede observarse con mayor claridad.*

F. Filgueira(2000), Ciudadana y Políticas Sociales Latinoamericanas, Costa Rica, Editorial Flacso

³⁴ Por regímenes excluyentes el autor entiende a los Estados Benefactores en donde *"las Elites que se apropian del aparato estatal y que apoyados en la explotación de bienes primarios en economías de enclave utilizan la capacidad fiscal de estos Estados para extraer rentas, sin la contraparte de bienes colectivos, sea ello en forma de infraestructura, regulación o servicios sociales. Los sistemas de protección y seguro social de este tipo consisten en su mayor parte de políticas elitistas que agregan a la población en situaciones privilegiadas, privilegiados adicionales. Profesionales, un reducido número de trabajadores formales y los funcionarios públicos son quienes típicamente se ven favorecidos con estos modelos. La mayor parte de la población representada en el sector informal, la agricultura y la mano de obra secundaria se encuentran excluidos".* También existía hacia 1970 en estos países una nula universalización de la educación primaria.

F. Filgueira (2004), Ciudadana y Políticas Sociales Latinoamericanas, Costa Rica, Editorial Flacso

más tardíamente y con peor suerte en materia de acceso y beneficios. En otras palabras los grados de "acceso", se encuentran directamente estratificados en estos países"³⁶.

Entre los años 1965-1973 el capitalismo entra en crisis y para garantizar su permanencia asumieron determinadas medidas a pesar de las consecuencias sociales, políticas y geopolíticas de las mismas.

A partir de ese momento empezaron a vislumbrarse tensiones entre los fordistas – Keyneccionistas y los liberales los cuales aseguraban que el Estado tenía que bajar el gasto social y reducirse, ya que dichos hechos tienden a producir inflación y se pondrían en juego la inversiones. Por más que los defensores del Fordismo opusieron resistencia, los mismos no pudieron contener el aluvión que devino a causa de la restructuración del Capital³⁷. En este sentido, el afán de atraer capitales activó nuevos medios de regulación para adaptarse a las nuevas circunstancias. Empezaron a surgir problemas de flexibilización en lo que respecta a la fuerza de trabajo y se agravaron los compromisos Estatales en relación a temas como la seguridad social. La flexibilización de los contratos laborales dio lugar a un cada vez más extendido sub – empleo, generándose también un importante ejército de reserva el cual aseguró la perpetuación del modelo.

El capital financiero también toma un papel central colocando a los Estados a su merced, en este contexto lo que perdieron fue poder soberano.

El Estado cambió su orientación intervencionista haciendo hincapié en la intervención referida a los tipos de cambio, a las tasas de interés y la política tributaria, dándole autonomía al sector financiero, desmantelando en muchos casos el gasto social y abandonando sus funciones de integrador social.³⁸

Sin dudas, el Uruguay, en comparación con otros países de Latino – América no ha sufrido cambios tan profundos en lo referido a la reforma Neo liberal, pero de todas maneras el Estado manifestó una reducción importante del gasto público lo que significo que *"las capas de menor status socio económico sufran más que las otras las transformaciones*

³⁶Filgueira, Fernando (2004). "Ciudadanía y Políticas Sociales Latino Americanas" Editorial Flacso , Costa Rica. Pag.84

³⁷ Hobsbawm. Eric. "Historia del siglo XX" Critica, Grupo editorial Planeta, Buenos Aires, Tercera Parte, El derrumbamiento, cap. XIV. "las décadas de crisis" Pp.401-431.

³⁸ De.Martino (2002), "Políticas Sociales y familia": En Revista Fronteras N4, Montevideo.Pp103-114

*redistributivas en bienes y servicios efectuados por las políticas sociales las cuales representan una proporción relativamente mayor de su ingreso*³⁹

Este recorte social que aplicó el Estado significó una importante carga para la familia, a la cual se le asignó "la responsabilidad doméstica de cubrir los diferentes servicios". La crisis del Estado de Bienestar requirió de una solución por parte de familia. La pregunta es, ¿estaban estas familias en condiciones de hacerse cargo de esta responsabilidad?

Partimos de la hipótesis de que los procesos de desintegración social y el aumento de las desigualdades no hacen otra cosa que vulnerar a las familias afectando drásticamente en su calidad de vida. *"En todas las clases, la dinámica familiar está muy marcada por la situación económica general, que afecta de manera específica la forma en que se logra acceder y articular los diversos recursos para el mantenimiento, para el bienestar o preservar un estilo de vida"*⁴⁰. Y por eso *"el bienestar de las familias se halla condicionado por la manera en que los miembros del grupo aprovechan las oportunidades de la estructura productiva y social y política que los afecta en cada momento"*⁴¹.

Siguiendo la línea de argumentación, de Elizabeth Jelin expresa que, en este contexto no todos los hogares están preparados para esta nueva privatización de sus funciones y preparados para defenderse del deterioro.

Este deterioro al que nos referíamos anteriormente es determinante para que en la actualidad muchas familias pobres recorran en gran número los distintos centros de salud mental tanto de nivel primario, como a nivel especializado. En muchos, casos a la familia se le hace insostenible seguir manteniendo sus vínculos afectivos con la persona enferma, pidiendo a gritos la institucionalización del mismo.

En este sentido, entendemos a la cuestión social con un estrechísimo vínculo con los problemas de salud mental que sufren miles de uruguayos, generando tanto a nivel personal, así como familiar fuertes desajustes, que en muchos casos terminan con la institucionalización de miles de ciudadanos.

Desde esta perspectiva entiendo que no siempre la institucionalización del paciente, es el mejor de los caminos a recorrer, sino se pueden y se deben generar herramientas que

³⁹ R. Bayse (1995), *Mujer, Familia y Políticas Sociales*, Montevideo, Editorial UNISEF. Pp.32

⁴⁰ Jelin, E. (1998) *Pan y Afectos*. "las Transformaciones de las Familias". Fondo de cultura Económica, Buenos Aires, Pag.24

⁴¹ Idem- Pág.24

permitan revertir la tendencia destructiva que la propia cuestión social genera en el seno de las familias. Tendencia que se puede ver reflejada en el desempleo, en los problemas de vivienda, en los problemas relacionados a la salud como ser la mortalidad infantil, la delincuencia, y los problemas relacionados a la salud mental, tema el cual hoy nos ocupa.

. *"Cuestión social" y "Salud Mental"*

Por lo tanto la cuestión social aparece como tema ineludible a este trabajo teniendo en cuenta que al referirnos a los usuarios de las Colonias, nos hacemos otra cosa que aludir a personas que han sufrido antes que nada, en la gran mayoría de los casos, la pobreza, la marginalidad, la desigualdad social.

Las deficiencias en lo relacionado a la salud mental tienen como base 3 variables explicativas, que pueden manifestarse de manera conjunta o no. La bioquímica (la cual hace referencia a cuestiones propias del organismo, a causas naturales o genéticas), la cultural (ya que es la cultura dominante del grupo o sociedad en cuestión la que determinara que tipo de conductas pueden definirse como sanas o "no sana", "normales" o "anormales") y la social o ambiental (la cual hace referencia a las influencias de factores externos que condicionan y en muchas oportunidades potencian patologías psiquiátricas, en relación a este último punto, puedo afirmar que la una parte importante del funcionamiento psíquico está inevitablemente determinado por la estructura económica).

Existen diferentes corrientes de la psiquiatría que defienden los enunciados anteriormente referidos, *"la psiquiatría, además de ser una ciencia médica del organismo humano, es también una disciplina eminentemente psicosocial. Cuanto más avanza la investigación de la enfermedad mental más se confirma esta concepción que hoy ya nadie discute dentro del mundo científico"*⁴².

En este contexto, estamos en condiciones de afirmar, que la situaciones de vulnerabilidad en la que se ven sumergidos cientos de ciudadanos los expone a problemas de salud, incluyendo claro está, la salud mental. *"Nietzsche con anterioridad ya había manifestado que el hombre podía resistir cualquier adversidad, siempre y cuando tuviera una razón para vivir por un claro objetivo por conseguir que estuviera al alcance de sus*

⁴² Martí Tusquets, J.I (1980) *"Enfermedad Mental y Entorno Urbano"*. (Primera edición). Barcelona. Pág.9

medios y posibilidades. Hoy en día el cambio del ritmo de la vida en la que estamos inmersos no favorece precisamente el paso del deseo al acto, sino que más bien pone barreras que en algunos casos, son insalvables. La marginación social y económica es un buen ejemplo(...). La falta de oportunidades y de recursos pone en jaque la estabilidad psicosocial de los habitantes de la aéreas marginadas aunque puede extenderse al ámbito de la población de la población en general y con el agravante de la presión de los mas s- media que desvirtúa nuestra concepción de necesidad. Identifica como tales, aspectos puramente materiales y de estricta satisfacción personal e individual, favoreciendo el deterioro de la relación interpersonal y el aumento del ansia de posesión de bienes (que confieren un estatus privilegiado) que al no ser de fácil obtención provocan desazón y angustia según el pensamiento de Marcel y Nietzsche es el signo bajo que sufre el hombre moderno y el carácter competitivo que se ha impuesto a la vida social ayudado por la propaganda comercial , es fuente de tensión cotidiana".⁴³

Esto cuanto más, cuando hablamos de personas que en un gran porcentaje carecen de todo, familia, vivienda, educación, trabajo, esperanzas y proyectos. En este sentido el término, alineación muy comúnmente pronunciado por los psiquiatras del novecientos puede tomar todavía una dimensión más amplia *"la relación de la salud mental con las estructuras sociales es de general aceptación. El término alienado, estar ajeno, cuya primera utilización en la medicina tenía relación con la salud mental, ha pasado a tener connotaciones más universales asociadas con las características de la relación del hombre con su trabajo y con su mundo en general. Se está alienado ajeno, no solo por enfermedad mental, también porque la vida laboral, o la sociedad en general, no tiene significado, no hay poder sobre ella, esta ajena"*⁴⁴.

Sumándose a esto último que *" No solo no se pierde poder sobre la vida laboral o la sociedad en general, sino que se producen subjetividades en los mismos afectados, que no hacen otra cosa que culpabilizarlos de la situación de pobreza vivida "Por tanto el proceso de exclusión incluye entre sus diversas formas de desconexión del tejido social una pérdida (expropiación) de la cuota de poder. Que ha caracterizado históricamente al trabajador y otras clases subalternas. Esto se asocia en el plano subjetivo a la baja autoestima como producto de la introyección de la imagen desvalorizada que la sociedad le devuelve. En una*

⁴³ Ídem- Pág. 23

⁴⁴ Weisnstein, L (1975) Salud Mental y Proceso de Cambio. (Primera edición). Buenos Aires. Pag.40

cultura donde se predica que el éxito depende de las condiciones y aptitudes personales el fracaso también queda planteado como responsabilidad personal. Esto genera vergüenza y puede pensarse como "privatización de la culpa" en relación a la propia pobreza"⁴⁵.

Indudablemente la reestructuración que ha experimentado el capital a nivel mundial, ha impactado de gran forma en los niveles más micros de la sociedad, como ser en la familia. La familia ha sido desprotegida, no estando preparada para el impacto. Esta situación, fue de impacto, no sólo para las familias que siempre estuvieron inmersas en situación de pobreza, sino que también para familias antes tuteladas y protegidas por el estado benefactor, los denominados "nuevos pobres".

Si bien las Colonias siempre se caracterizaron por tener un perfil de usuarios sumergidos en la pobreza, marginados, carentes en un gran porcentaje de redes primarias de contención, indudablemente la prevención, es una de las herramientas fundamentales para poder enfrentar y anticipar muchos de los problemas directamente relacionados con el concepto de Salud Mental. En este sentido se ha señalado:

"Mediante un corto viaje a lo largo del devenir existencial del individuo, exponiéndolo a situaciones y vicisitudes a la que está sometido en su niñez, en su adolescencia, de adulto o en su ancianidad, pues para entender correctamente la evolución de la conducta anormal debemos conocer a la perfección las tensiones sociales que pueden provocar cambios a nivel individual, familiar o grupal. Ya que comprender es empezar a prever"⁴⁶.

⁴⁵ Giorgi, V. (1994). "Construcción de la Subjetividad". (Primera Edición) Montevideo: Banda Oriental. Pág. 12

⁴⁶ Martí Tusquets, J. I. (1980) "Enfermedad Mental y Entorno Urbano". (Primera edición). Barcelona. Pág. 108

Capítulo 4

Intervención, Trabajo Social, Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santin Carlos Rossi.

1. *Distintas preguntas disparadoras para la elaboración del objeto de tesis.*

Como se mencionara en la introducción, este trabajo monográfico está fuertemente signado por lo que fue mi experiencia de practica pre-profesional realizada en el año 2007, así como al mismo tiempo se nutre de la visión de distintas Trabajadoras Sociales de variada experiencia institucional (algunas de ellas trabajan desde hace muchos años en la institución, otras trabajaron en la institución hace ya algunos años y hoy trabajan en otros centros de Salud Pública, otras ingresaron hace pocos meses a la misma).

Muchas de las preguntas que me fueron surgiendo tanto antes de elegir el centro de práctica curricular, así como en el trascurso y finalización de la misma, son en gran medida las semillas de esta tesis de grado. Estas preguntas giraban en torno a cuestiones directamente relacionadas con el quehacer del Trabajo Social. Muchos compañeros que cursaron MIP III⁴⁷ en el 2007, prefirieron en aquel momento desestimar a las Colonias como centro de prácticas. El prejuicio de que la práctica curricular se limitara a la asistencia, era lo que más motivaba; que el centro no fuera tomado en cuenta por los alumnos. También la idea que poco se podía hacer por los pacientes que allí eran atendidos era algo que flotaba en el aire, de forma más o menos indirecta. El Trabajo Social, como disciplina en las Colonias era ya en ese momento muy cuestionado, tal vez de forma prejuiciosa por muchos futuros colegas.

Por lo tanto la pregunta estaba colocada en torno a ¿Qué pasa con el Trabajo Social en las Colonias de Asistencia Psiquiátricas Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santin Carlos Rossi? ¿El asistencialismo es la única posible línea de acción en una institución de estas características? ¿De ser así, es posible plantarse la posibilidad de un Trabajo Social distinto? Las búsquedas de las respuestas, generaron en mí un fuerte estímulo para que me inclinara a

⁴⁷ El objetivo principal de esta práctica es la intervención en familia. Para ser más exacto "*Mip III es la última materia del plan de estudio vigente dedica a la formación en T.S; se imparte en el último año de los cursos de grado y eso habilita a que se constituya en una especie de visión teórica metodológica abarcadora del pensar y el hacer genéricos del T.S, aunque el foco de interés en el que deba contrastarse es el trabajo en familias y con personas atendidas de manera individual*".

De Martino, M. Gabin, B.(2008) "Prácticas Pedagógicas y Modalidades de Supervisión en el Área de Familia". (Primera edición). Montevideo: Universidad de la República, Facultad De Ciencias Sociales.



realizar mi práctica en la Institución, así como son fuente de motivación para la realización del presente trabajo.

II. *El quehacer del Trabajo Social en las Colonias*

En la Colonias, se pueden observar dos grandes grupos de tareas desarrolladas por los Trabajadores Sociales: Los Trabajadores Sociales que intervienen a nivel de pabellones y de sector de admisión, lo mismos trabajan predominantemente en la realización tareas de corte más "administrativo" y tareas de corte más técnico. Gran parte del trabajo, consiste en el control de la documentación de los internos, de tramitar la adquisición de documentación cuando los internos carecen de la misma, de intento de comunicación con familiares, realización de entrevistas de ingreso y diagnósticos sociales para la obtención de prestaciones sociales como ser pensiones por incapacidad.

En entrevista con una de las Asistentes Sociales de las que más años hace que trabaja en la Institución, me trasmitió ***"te puedo decir que en este momento estamos tratando de hacer lo fundamental, para los seres humanos que están ahí dentro, las pensiones por incapacidad, la documentación, esto como 2 prioridades importantes y como siempre cuando haya datos del medio familiar, en el caso de que exista y si es continente, generar vínculos entre el paciente y ésta. Esa tarea es difícil, pero hemos tenido éxitos, las nuevas técnicas de comunicación nos han permitido encontrar familiares que antes era prácticamente imposible ubicar porque vivan en el medio del campo. Ahora están los medios de comunicación, inclusive también por vía de la seccional policial correspondiente muchas veces tenemos más respuestas que antes, entonces llamamos a la seccional correspondiente damos los datos del familiar y logramos por lo menos una respuesta, que inclusive nos ayuda muchas veces a tratar de complementar datos filiatorios básicos y demás"***⁴⁸.

Una cosa a resaltar es la dimensión asistencial que asume la intervención, lo cual es resaltado en varios fragmentos de las diferentes entrevistas a las Asistentes Sociales que allí trabajan y/o trabajaron, ***"la cotidianidad como ya te dije antes, hace que la urgencia le impida a uno pensar o también haciendo una auto critica el costumbrismo la habituación a una determinada forma de trabajo que en muchos casos impide que se pueda decir: la urgencia***

⁴⁸Entrevista con Lic. Trabajo Social C.G

tiene que quedar de lado y nos tenemos que sentar a programar, organizar, distribuir tareas. Esto tiene que ver con los requerimientos institucionales, no es un tema solo del Servicio Social. La urgencia o el oficio judicial a contestar. Lo asistencial ocupa sin dudas el primer lugar”⁴⁹

Muchas de estas tareas han tendido a reducir la acción a una suerte de pragmatismo, el cual termina concluyendo con un trabajo que nunca se separa del “intento recta”. En este sentido A. Heller entiende por intento recta *“todo saber que se forma simplemente mediante el registro ,la agrupación, la sistematización de experiencias de la vida cotidiana. El registro, la agrupación y la sistematización constituyen un pensamiento sub- científico (...) En la categoría intento oblicua comprenderemos todo saber que no sea elevado de la vida cotidiana, pero que surge a través de la única estructura de pensamiento, ya formadas por objetivaciones genéricas”*.⁵⁰ Por lo tanto, el trabajo acumulado en muchas oportunidades termina en una importante sistematización de datos y trámites resueltos.

Teniendo en cuenta que desde este trabajo se busca contribuir al fomento de poder lograr una intervención que tienda a romper con el estatus quo, que sea emancipadora y visualizadora del usuario y su familia como un todo, alejándonos de una mirada fragmentaria y disociada de la sociedad. Comprendiendo tanto al sujeto y su familia como una unidad, en donde los problemas tienen que ser analizados desde una perspectiva de totalidad *“el reconocimiento de la familia como totalidad implica también reconocerla dentro de un proceso continuo de cambios. Estos son provocados por numerosos factores principalmente referidos a la estructura social en la cual están insertos y aquellos colocados en procesos de desenvolvimiento de sus miembros. Estos factores se constituyen significativamente para que aparezcan dificultades familiares”*⁵¹. Dificultades familiares que en muchas oportunidades termina deviniendo en la vulneración de muchas familias, cuyo resultado en un gran cantidad de casos, termina siendo el padecimiento de una enfermedad mental de uno de sus miembros, a resultado de esto la familia empieza a vivenciar momentos de mucha tensión, situación que termina en muchos casos, con la institucionalización de alguno de sus miembros, afectados por distintas vías como ser la médica e incluso la judicial.

⁴⁹Entrevista con la Lic. En Trabajo Social C.G

⁵⁰Heller, A.(1970) *“Historia de la Vida Cotidiana”* (Tercera edición),México: Grijalbo.Pag-240

⁵¹ Mioto, R. Familia y Servicio Social: *“Contribuciones para el Debate”*. En .Servicio Social y Sociedad. Año 1993, N 55, Noviembre del 1997.Pag-124

¿Se encuentra dentro del campo de los posibles realizar una intervención en el sentido propuesto? La respuesta a esta pregunta debe contestarse teniendo en cuenta el contexto en el cual se enfatizó nuestra intervención. La Colonia desde su fundación, en el 1912, ha tendido a funcionar con la misma racionalidad: "recuperación de un miembro problema". Esta racionalidad de intervención, "recuperación de un miembro problema" es contradictoria con la visión totalizadora de la familia. Este tipo de abordaje de intervención no hace más que quedar suspendida en una suerte de intervención periférica, la que centraliza básicamente su atención en auxiliar, diagnosticar y centralizar la atención en un tratamiento individual.

Esta Institución cuenta con la particularidad de ser el último eslabón de la cadena, el último lugar al cual un individuo puede ir a parar, no sólo a consecuencia de una patología, sino cuando, el mismo no tiene sustento económico de ningún tipo, cuando ya carece de todo tipo de redes primarias.

Tal vez podamos llegar a la siguiente conclusión, cuando llega el paciente a las Colonias trabajar alejándonos de una mirada y de una práctica "recuperación miembro problema" se torna una tarea para nada sencilla. En muchos casos, la familia del paciente se encuentra totalmente desinteresada de la situación o más aun en muchos casos, es totalmente inubicable.

En la misma dirección pero con más contundencia una Trabajadora que Social que desempeño funciones durante más de una década en la Colonia, afirmó *"En realidad te digo que la intervención es sobre el paciente , la familia quedaba bastante al costado porque nosotros hacíamos mucho hincapié en el paciente en ver de qué manera se podía rehabilitar y como la familia en general era del interior, con pocos recursos, la cual no tenían mucha idea, hacía falta un trabajo de capacitación a las familias, que se intento hacer en asistencia familiar con las familias , pero ta era como difícil, yo no fue uno de los temas que me aboque mas , me enfoque más al paciente si se le daba una pensión o no, si podía tener una inserción laboral , ese tipo de cosas"*⁵².

En relación a este mismo tema otra Trabajadora Social que hace medio año que ingresó a Trabajar en la institución en los relación a este tema nos trasmitió *"Mi rol más que nada es la parte social, el vinculo con la familia (que muchas veces no existe) tratar de ubicarla, tratar*

⁵² Entrevista a la Lic. Trabajo Social A.P

de contarles donde están, tratarles de contar en qué tipo de pabellón se encuentran ahora, cual es el objetivo del pabellón y ver si pueden venir a verlos o mínimamente hacerles una llamada por teléfono o que ellos llamen. Se trata de intentar rehacer el vínculo que a veces se puede y a veces realmente no, de la misma manera que a veces se puede contactar a la familia y a veces sumamente difícil contactarlos. Después esta todo el tema de trámites, lo que son las pensiones, los que son las cédulas, lo que son los carne de asistencia, o bueno tramites que sean necesarios”⁵³

Otra podría ser la realidad de las Trabajadoras Sociales, que se desempeñan en los proyectos de egreso: “Hogar sustituto” y “Asistencia familiar”, en ellos la dinámica hace que la intervención del profesional sea más enriquecedora y que se caracterice por poseer una dimensión pedagógica –educativa, la que por definición apunta a **“procesos de aprendizaje de cambio en los condiciones materiales y simbólicas de vida de los sujetos. Implica por lo tanto intervenir en el desarrollo de las potencialidades y capacidades intelectuales, organizativas y afectivas”⁵⁴**. Estos proyectos apuntan a facilitar el proceso de inserción en la comunidad de los pacientes que egresan.

Por la posición que como profesión ocupamos en la división social del trabajo, muchas veces nuestra labor nos coloca en un rol de agentes cuyo objetivo es el de fomentar la cohesión social de los beneficiarios que estamos asistiendo, para intentar canalizar y reconstruir las redes vulneradas producto de las desigualdades sociales.

En la misma línea Mario Heller plantea que **“en las sociedades capitalistas el Trabajador Social interactúa con la incontrastable expresión de la desigualdad estructural; y lo hace como para desactivar la potencial conflictividad de las desigualdades, en una sociedad que se autodefine como igualitaria”⁵⁵**

De todas maneras, el mismo autor señala que independientemente a esto, **“Desde una perspectiva ética, el postulado de igualdad y libertad (restringido por la orientación al mantenimiento del orden social que les impone la institucionalización del Estado), conserva**

⁵³ Entrevista a la Lic. Trabajo Social M.B

⁵⁴ Universidad de la Republica, Facultad de Ciencias Sociales. (2006). “Debates y perspectivas de la complejidad contemporánea”. Pag-74

⁵⁵ De Martino, M. Gabin, B.(2008) “Prácticas Pedagógicas y Modalidades de Supervisión en el Área de Familia”. (Primera edición). Montevideo: Universidad de la República, Facultad De Ciencias Sociales. Pág-46

*no obstante su poder crítico, su capacidad para cuestionar y transformar las relaciones sociales. Poder que tiene vías de concreción en el mismo estatuto profesional del Trabajo Social, pues las profesiones modernas se caracterizan por su derecho a actuar autónomamente*⁵⁶.

No apunto en este trabajo, tampoco a subestimar el papel de lo instituido, que enmarca a la práctica, así como tampoco de la política de Estado en materia de salud que la sustenta. José Luis Rebellato haciendo mención a esta cuestión transmitía *“Estudiantes y docentes encuentran en la práctica de campo las grandes tensiones de la práctica social: la tensión entre los espacios micros y la transformación global de la sociedad, entre los procesos de grupos y las comunidades y sus propios procesos, entre la vida cotidiana y los proyectos sociales, entre las dimensiones objetivas y aquellas subjetivas, y éticas, entre el poder local y el poder político. Tensiones que es preciso vivenciar y que se pueden transformar en fuente de producción teórica y desafíos para múltiples investigaciones”*⁵⁷

En general, las Instituciones como en la que me estoy ocupando en este trabajo, con sus pocas herramientas, contienen los efectos destructivos que genera la cuestión social, en este caso, la locura.

Cuestión social que no hace otra cosa que manifestar el déficit entre la relación capital – trabajo, de esto es que el Estado con sus múltiples Instituciones va a intentar corregir todo aquello que pueda causar un desequilibrio del orden burgués⁵⁸. Por lo tanto *“el capitalismo monopolista, por su dinámica y contradicciones, crea condiciones tales que el Estado por el capturado, al buscar legitimación política a través del juego democrático, es permeable a demandas de las clases subalternas, que pueden hacer incidir en él sus intereses y sus reivindicaciones inmediatas. Y que este proceso está en su conjunto tensionado no sólo por las exigencias del orden monopólico, sino también por conflictos que éste hace enmarcar en toda la escala societaria. Es solamente en estas condiciones que las secuelas de cuestión social se tornan, objeto de una intervención continua y sistemática del Estado”*⁵⁹.

⁵⁶ Ídem- Pág.46

⁵⁷ Ídem-Pág.47

⁵⁸ Montaña, C. Pastorini (1998) “Génesis y Legitimidad del Servicio Social”. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria.

⁵⁹ Ídem-Pág.13

De todas maneras pienso que es muy importante subrayar algunos conceptos que fueron señalados anteriormente. Los trabajadores Sociales de las Colonias a pesar de verse constreñidos muchas por lo "instituido" tienen que asumir un papel crítico hacia su tarea, de la misma que hacia la política de trabajo direccionada por la Institución, resaltando es este sentido que cada vez más las profesiones se caracterizan por tender hacia la autonomía.

. El trabajo Social y políticas de Salud Mental.

Indudablemente, los diseños institucionales, como fuera mencionado en una de las entrevistas, es, sin duda alguna un factor determinante para la capacidad de Trabajo de los profesionales que han actuado y actúan en las Colonias. Diseños institucionales que son el resultado de las decisiones de Estado en relación a las Políticas Sociales. Son las Políticas Sociales y la Institución las que en definitiva, van a determinar parte de la tarea de los Trabajadores Sociales y más teniendo en cuenta, la característica de los mismos, como ejecutores terminales de esas políticas.

Tal vez pensando en el desarrollo de Políticas de Salud, halla que plantearnos el desafío de minimizar los riesgos en salud mental desde la prevención, o políticas de reducción de daño, centrándonos en la atención primaria ante los primeros signos de la patología.

Sumándose a esto la posición de que si se pretende lograr una intervención efectiva las políticas en materia de salud mental, creo que las mismas no deben ser diseñadas y/o abordadas desde la perspectiva "miembro-problema".

En este sentido compartimos lo señalado por Miotto cuando considera al ***"miembro problema como un proceso en un contexto social comprometido, altera el éxito de la intervención profesional"***⁶⁰.

Por lo tanto concuerdo con Miotto en la afirmación acerca de que muchas instituciones focalizan su atención en prestaciones de apoyo familiar, en la ejecución de políticas en las fases más crueles de los problemas, señalando que ***"muy poco de estos programas son dirigidos a las dificultades básicas de las familias en las perspectivas de dar líneas de sustentabilidad"***⁶¹. En este sentido, Foucault, en su obra Ensayo sobre la locura, trasmite ***"Y si***

⁶⁰ Miotto, R. Familia y Servicio Social: "Contribuciones para el Debate". En Servicio Social y sociedad. Año 1993, N 55, noviembre del 1997. Pp,121

⁶¹ Miotto, R. "Nuevas propuestas y viejos principios". En Revista frontera N 4, DTS, 2001. Pp96

claro se distribuyen directamente los socorros a las familias de enfermos habría en ello tres ventajas. Primero, sentimental porque al verlo cotidianamente, la familia no pierde la piedad real que experimente hacia el enfermo. Económica, puesto que ya no es necesario dar a este enfermo alimento y alojamiento, que le esta asegurados en su casa. Finalmente médica, porque sin hablar de la minuciosidad particular de los cuidados que recibe, el enfermo no corre el riesgo del hospitalismo⁶²

Pero concretamente en el caso de la Colonias la dificultad a superar radica en cómo lograr posicionarnos, desde una postura ético política con las características anteriormente expuestas, en una Institución con la racionalidad con la que se trabaja en las Colonias, y hasta donde es posible realizar una intervención como la ideada cuando nos enfrentamos a un usuario oriundo, por citar un ejemplo, del Departamento de Artigas, que ha perdido todo vínculo con su familia, que posee una patología crónica que lo ha "incapacitado" para poder desarrollar su vida cotidiana (en el sentido amplio de la expresión), y que carece de cualquier recurso material.

Sin pretender generalizar, creo estar en condiciones de afirmar que la gran mayoría de las situaciones que se presentan en la Colonia tienen en grandes rasgos estas características.

Este panorama induce a una especie de extrañación, en donde en muchos casos podríamos perder capacidad de movimiento, teniendo como consecuencia quedar atados al pragmatismo cotidiano y en algunos casos a la espontaneidad, en donde la intervención se termina focalizando en aspectos tales como la realización de procedimientos administrativos como la regularización de documentos, así como la realización de diagnósticos, o informes sociales para poder lograr la obtención de algún tipo de prestación de seguridad social.

Pienso que la dinámica cotidiana, marcada por la urgencia, la falta de estímulo institucional, el desgaste que produce en los funcionarios el trabajo con una población con características tan particulares, las condiciones materiales de la Institución, su posición geográfica, el número (hoy muy reducido) de Trabajadores Sociales en comparación a otras épocas, son algunos de los muchos factores que podrían estar incidiendo para la no apertura de nuevos espacios para el Trabajo Social.

⁶² Foucault, M. (1967) "Historia de la Locura en la Época Clásica". (Segunda Edición). México: Fondo de la Cultura Universitaria. Pág.36

Estas tal vez hayan sido algunas de las causas que han desmotivado a muchos de los trabajadores sociales que actúan en dicha Institución, algunos de los cuales llevan más de 20 años como funcionarios. Frente a este panorama es que nos vemos en la obligación de ampliar la mirada y repensar nuevas estrategias de intervención para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes. Esto, tanto a nivel de los que se encuentran internados en las Colonias, así como los que se atienden en los diferentes niveles de Salud.

Con la ejecución de políticas sociales que apunten tanto al desarrollo social de las personas, así como también a la profundización democrática, la reducción de las desigualdades y la eliminación de las condiciones que generan pobreza. Al igual que buscar la mejoría de la calidad de vida de la población. Teniendo la convicción de que la ***“calidad de vida de las familias depende de la articulación que cada uno consigue hacer entre las demandas internas y las demandas advenidas del espacio social”***⁶³.

Desde esta perspectiva es imprescindible pedir la intervención del Estado ***“desde una perspectiva inter generacional, la ampliación de las oportunidades educativas, laborales, de calidad de vida en términos más amplios implica orientar la acción hacia la detención temprana de las poblaciones en riesgo”***⁶⁴

Cuando nos toca intervenir en una situación en la que el daño ya está provocado y además la familia está sumergida en la desintegración social, nuestra intervención va a ser en algunos aspectos muy limitada, ya que nos va a tocar actuar sobre el daño no teniendo ya lugar la prevención.

En esta primera instancia no solo debemos centrar en la intervención usuario – problema, si no que tenemos que afrontar la intervención desde una perspectiva totalizadora donde se pueda identificar las dificultades del usuario y su familia tanto a nivel interno como externo en relación al medio social, principalmente como ya fue mencionado en los primeros niveles de atención.

Para la realización de este ideal, correspondería posicionarnos sobre dos ejes básicos, los cuales son descriptos por H. Martorelli.

⁶³ Jelin, E. Pan y Afectos. “La transformación de las familias”. Fondo de cultura Económica, Buenos Aires, 1998, Pág.24

⁶⁴ Jelin, E. “Genero, Familia y políticas Sociales”. Ediciones Trilce , Montevideo,1997, Pag.40

En primer lugar, el eje ético, el cual consiste en la visualización de la persona humana como sujeto de derechos. Desde esta perspectiva se nos hace imprescindible condenar abiertamente la perpetuación de las desigualdades e inequidades y de la pobreza, al igual que la asimetría en lo que tiene referencia a la disponibilidad de recursos y bienes ***“la dimensión de sujeto implica la capacidad de hacer valer sus derechos y al mismo tiempo de tomar parte de los asuntos que hacen a la vida social; en este sentido las políticas sociales deben asumir que los beneficiarios o usuarios no son pasivos consumidores, sino participes también de los procesos de promoción del bienestar humano”***⁶⁵.

En segundo lugar, la necesidad de refundar la Democracia revalorizando la participación de los espacios no estatales de la esfera pública.

Con respecto al Trabajo con los pacientes internados en las Colonias, tal vez la apuesta deba situarse en abrir la mirada hacia la comunidad, no solo a través de los programas de egreso como “Asistencia Familiar” o “Hogar sustituto”, sino teniendo en cuenta la compleja red de actores que puedan estar operando, sean estos actores estatales o de la sociedad civil.

. Visualización de los déficits de la intervención de parte de las profesionales entrevistadas.

De las entrevistas realizadas se desprende que las profesionales entrevistadas visualizan las mismas dificultades de trabajo que se pueden visualizar desde la perspectiva de un observador externo; las conocen y las aceptan como un “debe” profesional e institucional.

A continuación pasera a enumerar algunas de las dificultades en el quehacer del Trabajo Social, en las Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santin Carlos Rossi.

a) *Dificultades para la coordinación interinstitucional.*

En ese sentido la Trabajadora Social C.G, frente a la pregunta de qué desafíos visualizaba en el ejercicio de la profesión señaló: ***“Siento que el deber ser del trabajo social no se ha logrado en el momento, no se ha logrado en estos años, y creo que una de las fallas es no ponernos el nexo con la comunidad(...)Yo me refiero al vínculo con la comunidad en el***

⁶⁵ Universidad de la Republica, Facultad de Ciencias Sociales. (2006). “Debates y perspectivas de la complejidad contemporánea”. Pág.97

*sentido amplio de la expresión, hacer coordinación institucional, sentarnos a pensar, programas de trabajo en ese sentido, creo que es eso lo que se debería hacer*⁶⁶. De lo transcrito se desprende la visualización de la deficiente intervención y la visualización de un campo de acción diferente, más cercano al "deber ser" de la intervención profesional como posible; y en concreto la dificultad de la coordinación interinstitucional.

Pensamos que otro tipo de intervención profesional sería posible si la institución apoyara o fomentara, (tal como lo señalaba la entrevistada) una mayor vinculación con otras Instituciones tanto públicas como privadas.

Como ejemplo, se podría reforzar el vínculo con el MIDES, él cual brinda apoyo a las cooperativas sociales de trabajo, las cuales apuntan a sujetos en situación de vulnerabilidad social. Se podría pensar en la creación de una o varias cooperativas sociales de trabajo, para la formación y desarrollo de los usuarios de la Colonia que estén en condiciones de llevar adelante, con contención y apoyo, un proyecto de trabajo. Este como otros recursos de la comunidad y de diferentes instituciones podrían estar desperdiciándose por no existir una fluida comunicación.

En el mismo sentido, otra profesional entrevistada señaló: *"Yo creo que hay una cuestión que pasa más el conocimiento de lugares y de afinidades que tiene uno con distintas instituciones, que ese es un excelente nivel de coordinación, pero ese no es el más importante. Como todas las cosas yo creo que tiene y debe estar pautado desde lo institucional, y debe haber mecanismos de evaluación, porque yo si tengo ganas coordino y si no tengo ganas no coordino nada y nadie me controla. Ese es el problema, ojo no te estoy hablando de control milico, te hablo del contralor mínimo para cumplir la gestión, que diga bueno porque no sale esto? , Que pasa?, como resolviste con este paciente?, comprometer para comprometerte a vos*⁶⁷.

b) Dificultades para el trabajo en equipo.

Otra de las Trabajadoras Sociales en relación al déficit respecto de la forma de trabajo señaló: *"Primero en trabajo Social no podes trabajar solo si vos no trabajas en equipo vos no podes trabajar, para trabajar en equipo tiene que haber una política. Cuando yo arranque en*

⁶⁶ Entrevista con la Lic. en Trabajo Social. C.G

⁶⁷ Entrevista con Lic. en Trabajo Social. A.P

la Colonia lo que te permitía trabajar en equipo era que había mucha soledad, entonces poder reunirte para trabajar era toda una novedad, siempre se hablaban cosas y de paso se trabajaba, Cabrera fue el que más hizo por el trabajo en equipo, después ya vino otra gente que bueno...”.

El trabajo en equipo y el trabajo interdisciplinario es otra de las cosas que no debería nunca quedar al margen y más en los tiempos que corren, donde cada vez más las disciplinas se necesitan unas con otras.

Pareciera que este déficit es menor en el tipo de trabajo que se realiza en los pabellones hace poco inaugurados, según lo expresa una entrevistada: *“Acá trabajan Psiquiatras, Psicólogos, médicos y toda la parte de enfermería, se da mucho el trabajo en equipo, al menos acá particularmente se da, se conversa todo el tema egreso, ingreso, este cuando hay que contactar familia, estamos bastante informado, de todo lo que está pasando. También puede influir que el equipo esta exclusivamente para trabajar en estos pabellones, entonces la carga horaria la desarrollamos acá, tenemos muchas instancias de vernos de intercambiar”⁶⁸*. En mi opinión el trabajo en equipo tendría que ser algo que funcione de manera generalizada en todos los pabellones y en todo espacio de las Colonias donde confluyan distintas disciplinas⁶⁹.

Para que exista trabajo en equipo no solo tiene que existir un reglamento que así lo determine, sino tiene que existir un grupo de personas de distintas disciplinas que se muestren con la apertura necesaria y de esta manera a través de la cooperación puedan complementarse unas con otras.

c) Dificultad para el contacto directo con la familia del paciente.

Una de las entrevistadas señaló: *“el tema que es un debe acá que es el contacto directo con las familias, personal, ir a la casa ver cuál es la realidad, muchas veces uno no sabe realmente como es el contexto de la familia. El otro día fui a una casa por un tema concreto y me di cuenta que realmente no podían tener el paciente allí. Ese contacto directo*

⁶⁸ Entrevista con la Lic. en Trabajo Social M. B.

⁶⁹ Este es otro de los ejemplos de las grandes e injustificables, desde un punto de vista ético, diferencias que viven los usuarios entre sí. Como se señaló con anterioridad existen en la Colonia grandes diferencias entre quienes están siendo atendidos en los pabellones que no fueron reciclados y los que están siendo atendidos en los pabellones recientemente inaugurados.

podría estar bueno, acá, es más que nada por teléfono. Obviamente, el tema recursos, es clave en este punto trasladarse uno hasta Paysandú, o Artigas es muy poco viable para la Institución supongo”, “Que los pacientes que logran rehacer el vínculo con la familia son muy pocos, como desafío, podemos plantear que muchos más pacientes retomen el contacto con su familia. Eso es fundamental porque están acá, solos, abandonados, hace en algunos casos 30 años, que no ven a sus familias, que no hablan por teléfono. Eso me parece básico, más allá de las pensiones, que se insiste mucho, que puede hacer el paciente acá teniendo la pensión, bueno si la cantina para comprarse esto lo otro, pero la gran demanda de ellos es quiero saber de mi familia, quiero saber de mis hijos. Yo creo que el desafío acá es ese”⁷⁰.

Coincido, con posicionamiento ya que es un Derecho Humano básico de las personas, desarrollar su vida y/o mantener contacto con su familia y comunidad, a pesar de que soy consciente de que la redes primarias de muchos de los usuarios están sumamente deterioradas, o son inexistentes (sea por el pasar de los años, o por el desgaste que provocó la enfermedad en la familia). Es de agregar, que cuando un miembro de la familia se enferma, éste no sólo provoca el desgaste típico, por las conductas “trasgresoras” que éstos pueden llegar a desarrollar que pueden ir desde la violencia hacia sí mismo, hasta la violencia dirigida a los otros.

Indudablemente, el trabajo directo con las Familias es una de las características que más identifican a la profesión, siendo la entrevista domiciliaria una de las técnicas de intervención más común. Las circunstancias de vida de los pacientes, e incluso la ubicación geográfica de la Institución que nos ocupa, determinan que el trabajo directo con las familias se vea restringido a su mínima expresión. Pero creo que con creatividad y recursos destinados, pienso que algunas de estas cuestiones podrían minimizarse, por lo menos en algún grado. Esto Principalmente a través de la coordinación, comunicación y trabajo en conjunto con los diferentes niveles de atención.

De todas maneras considero que por las distintas circunstancias que viven muchos de los pacientes de las Colonias, tal vez el desafío del Trabajo Social como disciplina debe colocarse en cómo mejorar la calidad de vida de los pacientes que están internados en la Institución y que no tienen posibilidades reales de insertarse nuevamente con sus familias.

⁷⁰ Entrevista con la Lic. En Trabajo Social M.B

d) *Dificultad en trabajar en pro de la reinserción al seno familiar o a la comunidad desde la cual el sujeto proviene.*

La opinión de la Trabajadora Social C.G puede graficar aún más este punto ***“La gran crisis provocó que muchas familias que tenían una vida normal por ejemplo, quedaran sin trabajo y bueno ingresa en el Vilardebó con una gran depresión y a veces es difícil que salga, después es abandonado por su familia, no es una fuente proveedora, es una fuente de requerimiento de atención y entonces se produce la acción abandonica por parte de la familia. Y por otra parte lo otro, que además de tener una patología psiquiátrica (la persona) pierde su rumbo y como ya sabemos llega a robarle a la familia. Agresividad hacia la familia y como punto final de la cadena de la cual hablamos dentro de la psiquiatría en el Uruguay, llega a la Colonia”***⁷¹.

En mi opinión, creo que tiene que desarrollarse una clara política Institucional de fomento de reinserción a la familia y/o comunidad concreta de la cual el sujeto proviene, de los usuarios que tengan posibilidades de regresar al seno de su familia y/o comunidad. En este sentido, tienen que gestarse nuevas estrategias para promover la inserción del usuario.

Una de estas estrategias, podría ser procurar que se realice una estricta comunicación entre los equipos sociales de los diferentes niveles de atención, tal vez el Trabajador Social de la Colonia no pueda hacer una visita domiciliar a la familia del usuario, pero si tal vez algún integrante del equipo social de salud mental, del barrio o del pueblo. Para esto el trabajo inter- institucional es indispensable.

En este sentido, los niveles primarios de salud, no solo podrían estar jugando un rol fundamental en la prevención, sino también en la inclusión de muchos pacientes hoy internados en las Colonias en su comunidad. Desde Esta perspectiva entiendo a la atención primar de salud es ***“fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez constituye el núcleo del sistema nacional de desarrollo económico y social de la comunidad”***⁷².

⁷¹ Entrevista con la Lic. En Trabajo Social C.G

⁷² Miguez, C (1985). “Salud y Atención Primaria”. (Primeria Edición). Montevideo: Ediciones Banda Oriental. Pag.78

Por supuesto esto al igual que los puntos anteriores, no dependen solo de la voluntad de los Trabajadores Sociales que cumplan funciones en la Instituciones, sino del mismo Estado, el cual si no designa recursos humanos a los diferentes equipos de salud mental de todos los niveles de atención, y no institucionaliza verdaderas prácticas de promoción, la intervención del Trabajo social verá enteramente constreñida su acción a tareas asistenciales que mayormente ejecuta en la institución.

Si no hay recursos materiales, humanos, aval del la dirección ya no solo a nivel de las Colonias, sino a nivel de Salud Pública, será muy difícil que los Trabajadores Sociales puedan dejar de atender exclusivamente sobre las cuestiones de urgencia.

Reflexiones Finales

Este trabajo de tesis, apuntó a analizar algunas características del Trabajo Social en las Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santin Carlos Rossi, con el fin describir de la labor que se cumple en la Institución y a partir de esto marcar posibles desafíos a futuro.

El análisis no profundizó ni se detuvo con detalle, en lo referente a los Trabajadores Sociales de los programas de "Asistencia Familiar" y "Hogar Sustituto", sino que más bien centró su análisis en los Trabajadores Sociales que actúan a nivel de los pabellones y en la admisión de pacientes.

De todas maneras, antes de hacer referencia al quehacer del Trabajo Social en las Colonias Dr. Santin Carlos Rossi y Dr. Bernardo Etchepare, quisiera detenerme en algunos aspectos que no fueron ajenos a este trabajo monográfico.

En primer lugar, estimo que sería más que oportuno tanto desde la esfera estatal así como de la esfera privada, la promoción de Políticas de Salud que apunten a la prevención y/o a la reducción de daños, en lo relativo al cuidado de la salud mental.

Para lograr que esto se concrete, los niveles de atención primaria podrían estar jugando un papel preponderante. Estos principalmente podrían centrar su atención primaria en las enfermedades mentales para que estas no se produzcan o no se cronifiquen. Concentrándose estas Políticas de salud, no exclusivamente en los aspectos clínicos de la enfermedad, sino que tienen que tener capacidad de brindar a los usuarios y a sus familias, apoyo para que éstas

puedan sostenerse de los efectos negativos que la cuestión social imprime a nivel de la salud en miles de uruguayos.

En este sentido, el fomento de que la institucionalización del usuario debe ser un último recurso, esto para evitar los efectos iatrogénicos del confinamiento, también tiene que ser una prioridad. Es de señalar igual, que si las familias no son debidamente apoyadas con Políticas que tiendan a revertir el debilitamiento de las redes primarias que éstas sufren, cuando uno de sus miembros padece problemas de salud mental, lo anteriormente expuesto no podía ser más que bellas palabras en una receta médica.

Por otro lado, la necesidad para el caso irremediable de que un paciente tenga que ser institucionalizado, la creación de servicios de servicios de salud que estén por lo menos en el mismo Departamento de donde es oriundo el paciente.

También, el fomento y la profundización de la creación de centros de salud comunitarios, como los centros de medio turno para la atención de los enfermos mentales crónicos en su propia comunidad. Esto podría ser sumamente útil para poder recrear los vínculos con sus familias y/o comunidad. Desde esta perspectiva, estos centros de medio día se prestan para que pueda ejecutar una intervención con un abordaje global del paciente, de su núcleo familiar y su entorno.

Con respecto al quehacer del Trabajo Social en las Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santin Carlos Rossi, las desafíos giraran en dos sentidos.

Por un lado, la manera de concebir el sujeto de intervención. Y por otro las acciones concretas que pudieran estar maximizando las posibilidades de reinserción de los pacientes al seno de sus familias y/o comunidad, o que mejoren la calidad de vida de los pacientes que deban permanecer internados en el centro.

El paciente tiene que ser concebido como un sujeto activo de cambio, alejándonos de una mirada fragmentaria de la realidad, donde los problemas tienen que ser analizados desde una perspectiva de totalidad. Esto implica reconocer al sujeto de intervención dentro de un proceso de continuos cambios, referidos a la estructura social en la que están insertos.

En relación al trabajo que se realiza con los pacientes en las Colonias, las Trabajadoras Sociales entrevistadas señalaron que en una gran proporción de casos la urgencia, el pragmatismo cotidiano y en algunos casos la espontaneidad son las características que más acompañan a la intervención.

La pregunta que se desprende de esto último es ¿Puede ser posible el pensar un Trabajo Social distinto al que hoy existe en las Colonias?

En mi opinión, pienso que si, del mismo discurso de los Trabajadores Sociales se desprenden cuales son las dificultades presentes, dificultades que no son imposibles de superar. Pero de todas maneras hay que dejar claro que esto no solo es responsabilidad del Trabajo Social sino que la Institución y las Políticas Sociales, tienen que ofrecer un marco acorde para que la intervención pueda verse ampliada en busca de nuevos horizontes.

El primero de los desafíos estaría en resinificar el concepto de Colonias modelo "open door", las puertas ya no tienen que estar abiertas para que los pacientes pasen en el agreste lugar, sino que las puertas tienen que estar abiertas a la comunidad.

Los pacientes de las Colonias no pueden permanecer al margen de muchas de las posibilidades que le brindan las redes sociales, tanto a nivel territorial, como nacional. Que los pacientes logren apropiarse de los recursos que brindan las Políticas Sociales tienen que ser un desafío para el nuestra disciplina. La coordinación inter- institucional no puede quedar librada al azar de lo que cada profesional guste, sino que estas prácticas tendrían que tender a estar establecidas institucionalmente.

Otras de las cosas posibles a mejorar es el trabajo con la familia y/o comunidad de origen del paciente. Para esto los niveles de comunicación entre los diferentes tipos de atención también tienen que ser una prioridad. De las entrevistas se desprende que los niveles de comunicación entre los diferentes grados de atención son mínimos o inexistentes. La comunicación entre los diferentes niveles tiene que tender a ser fluida, de esta forma, podrían articularse estrategias de egreso en conjunto. Si bien los Trabajadores Sociales de las Colonias no pueden (por citar un ejemplo) realizar entrevistas a domicilio, si lo podrían hacer los distintos operadores sociales que trabajan en la zona de donde es oriundo el paciente.

Por otro lado, la falta de trabajo en equipo, es algo que en algunas de las entrevistas fue manifestado, el trabajo en equipo, la interdisciplinariedad, no pueden ser elementos que sean dejados de lados si se piensa en la posibilidad de maximizar las posibilidades de una eficaz, eficiente y enriquecedora intervención. El trabajo en equipo tendría que siempre ser una prioridad, así como también verse reflejado en los protocolos de intervención de la Institución.

Indudablemente, estos serian algunos de los elementos que podrían ponerse a discusión si pensamos en la posibilidad de plantear un Trabajo Social más enriquecedor, tanto para los pacientes como para el colectivo de profesionales que allí trabaja.

De todas maneras como ya fue señalado, la apuesta ha cambios no solo depende de una nueva de actitud de los Trabajadores Sociales, sino también de la forma que asumen las Políticas Sociales y el verdadero compromiso que éstas tengan con la ciudadanía en materia de salud.

BIBLIOGRAFIA

- Amico, M. (2005). Institucionalización de la locura. (Segunda edición). Buenos Aires. Espacio.
- Bayse, R (1995), Mujer, Familia y Políticas Sociales, Montevideo, Editorial UNISEF.
- Barran, J. (1994). Historia de la sensibilidad de Uruguay. (Segunda edición). Montevideo: Banda Oriental
- Berran, J. (1995). Medicina y Sociedad del Novecientos, Tomo 1. (Primera edición). Montevideo: Banda Oriental. Pag.69
- Barran, J. (1995) Medicina y Sociedad del Novecientos, Tomo 2. (Primera edición). Montevideo: Banda Oriental.
- Berran, J. (1995). Medicina y Sociedad del Novecientos, Tomo 3. (Primera edición). Montevideo: Banda Oriental.
- Castel, R. (1980). El Orden Psiquiátrico. (Primera edición). Madrid : Geología del Poder.
- Di Martino, M. Políticas Sociales y familia: En Revista Fronteras N4, Montevideo. Pp103-114
- De Martino, M. Gabin, B.(2008) Prácticas Pedagógicas y Modalidades de Supervisión en el Área de Familia. (Primera edición). Montevideo: Universidad de la Republica, Facultad De Ciencias Sociales.
- Foucault, M (1996). Estrategias de poder.(Primera edición). Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1967) Historia de la Locura en la Época Clásica. (Segunda Edición).México: Fondo de la Cultura Universitaria.
- Filgueira, Fernando (2004). "Ciudadanía y Políticas Sociales Latino Americanas" Editorial Flacso, Costa Rica.
- Forel ferre (1975 sin datos)
- Giorgi, V. (1984) "Construcción de la subjetividad". Montevideo, Editorial: Banda Oriental
- G. Epin Andersen. (1993), Los Tres Mundos Del Estado De Bienestar, Editorial Alfons, Valencia, España.
- Goffman, E.(1984). Internados, (Segunda edición). Buenos Aires: Amorrortu.
- Heller, A. (1970) "Historia de la Vida Cotidiana" (Tercera edición), México: Grijalbo.
- Hervey, David. (2004) "La condición de la pos modernidad". Editorial: Planeta, Buenos Aires, Segunda parte. La transformaciones económica política del capitalismo tardío del siglo XX. Pp.141-222
- Hocques, H (2001). "Hacia una psiquiatría comunitaria". Editorial: Amorrortu, Buenos Aires, Argentina
- Hosbsawm. Eric. "Historia del siglo XX" Critica, Grupo editorial Planeta, Buenos Aires, Tercera Parte, El derrumbamiento, cap.XIV. "las décadas de crisis" Pp.401-431.
- Jelin, E. (1998) Pan y Afectos. "las Transformaciones de las Familias". Fondo de cultura Económica, Buenos Aires.
- Jelin, E. "Genero, Familia y políticas Sociales". Ediciones Trilce, Montevideo, 1997, Pag.40

Martí Tusquets, J.I (1980) Enfermedad Mental y Entorno Urbano. (Primera edición). Barcelona.

Medicina General Integral. (Primera edición), Habana: Universidad de la Habana, Pág.30.

Mitjavila, M. "El saber y la Medicalización del Espacio Social". Montevideo, Universidad de La Republica, Facultad de Ciencias Sociales.

Mioto, R. Familia y Servicio Social: Contribuciones para el Debate. En Servicio Social y sociedad .Año 1993, N 55, noviembre del 1997.

Mioto, R. Familia y Servicio Social: Contribuciones para el Debate. En .Servicio Social y Sociedad. Año 1993, N 55, Noviembre del 1997.

Mioto , R .Nuevas propuestas y viejos principios .En Revista frontera N 4, DTS, 2001.Pp96

Montaño, C. Pastorini (1998) Génesis y Legitimidad del Servicio Social. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria

Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales (2006) Debates y Perspectivas de la Profesión en la complejidad contemporánea. Pág.104

Weinstein, L (1975) Salud Mental y Proceso de Cambio. (Primera edición). Buenos Aires. Pag.40

Fuentes Documentales

Ardulino, M .A, Ginés (2002) Noventa de años de la Colonia Etchepare. Recuperado: 23 de Agosto, En <http://www.Mednet.org>

<http://www.radio36.com.uy/entrevistas/2009/10/29/fabrizzio.html>. Recuperado : 2 de Agosto de 2010

[http:// www.presidencia.gub.uy/- web/noticias /2008/12/2008121223.htm](http://www.presidencia.gub.uy/-web/noticias/2008/12/2008121223.htm). Recuperado: 26 agosto de 2010