

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

Salud mental y políticas de empleo: un camino hacia la inclusión

Fiorella Pecora

Tutor: Celmira Bentura

2015



Resumen ejecutivo.

El presente documento consiste en la monografía de grado exigida para acceder al título de licenciado en trabajo social otorgado por la Universidad de la república.

Su objetivo es problematizar acerca de las políticas existentes en el área de salud mental en nuestro país, focalizándose en las que buscan una inserción al mercado laboral.

En lo que respecta a la metodología, la citada monografía se basa en el análisis de fuentes bibliográficas y entrevistas a informantes calificados.

Para comprender las políticas implementadas en la actualidad se considera necesario analizar el abordaje que históricamente ha tenido la enfermedad mental en nuestro país y el mundo.

De esta manera, en la presente monografía se realiza un análisis histórico de la atención en salud mental dando cuenta del pasaje de un modelo asilar de atención a un modelo que se ha denominado comunitario.

En el actual modelo de atención los centros de rehabilitación psicosocial adquieren un papel más que relevante y dentro de su propuesta, el componente laboral resulta fundamental.

Las estrategias llevadas adelante por estos centros parten de la premisa de que la inserción en el mercado laboral constituye un factor clave para lograr una mayor inclusión social en todas las personas y fundamentalmente en esta población que ha estado históricamente excluida.

El empleo con apoyo ha demostrado ser la mejor estrategia para lograr la inserción laboral de personas con trastornos psíquicos no obstante, de las entrevistas se recogen una serie de dificultades para implementar estos proyectos.

La falta de reglamentación en torno a estas estrategias de inserción laboral, el escaso involucramiento del sector empresarial y la vigencia de prejuicios en torno a la enfermedad mental muestran que queda mucho camino por recorrer en materia de inclusión social y derechos de las personas con trastornos psíquicos en nuestro país.

INTRODUCCIÓN.....Pág. 1

CAPITULO I

**Salud mental: conceptualización desde las ciencias sociales
y análisis histórico de su abordaje.....Pág. 4**

CAPITULO II:

Salud mental en Uruguay: modelo asilar y modelo comunitario.

2.1) El modelo asilar: “detrás de los muros”.....Pág.16

**2.2) El incipiente modelo comunitario: los centros de
Rehabilitación psicosocial.....Pág.27**

CAPITULO III:

**Políticas de empleo para personas con patologías
Psiquiátricas: relevancia y dificultades.....Pág.32**

REFLEXIONES FINALES.....Pág.51



INTRODUCCIÓN.

El presente documento constituye la monografía final exigida curricularmente para obtener el título de licenciado en trabajo social otorgado por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El tema seleccionado para la realización de la monografía final son las políticas sociales en el terreno de la salud mental en términos de lograr la inclusión de personas con patologías psiquiátricas en nuestro país.

Dentro de esta temática se escogió el estudio de las políticas que buscan la inclusión social de esta población a través del acceso al mercado laboral bajo diversas modalidades como el empleo protegido y empleo con apoyo.

De lo antedicho se desprende que los objetivos de la monografía son:

- a) lograr una aproximación a la realidad actual de las políticas en el área de salud mental, especialmente las de inserción laboral.
- b) Investigar su contribución en el logro de una real inclusión de personas con patologías psiquiátricas en nuestro país.

La elección del tema guarda relación con el desarrollo de la práctica pre profesional de la estudiante, que tuvo lugar en el centro Montevideo, centro diurno destinado a la rehabilitación de personas con diversas patologías psiquiátricas.

Dicha participación en sus proyectos despertó el interés por profundizar sobre el abordaje de la salud mental en nuestro país; cuales son los modelos de atención que se han desarrollado históricamente, sobre que



paradigmas se sostienen, así como el estudio de las respuestas que se brindan hoy a las personas que atraviesan esta realidad y a sus familias.

Se considera relevante analizar desde una postura crítica las políticas implementadas en el área de salud mental y contribuir así a una discusión sobre su alcance y efectos en la mejora de la calidad de vida de los implicados que se cree, debe ser el fin de toda política social.

En lo que respecta a la posición teórica adoptada por la estudiante cabe mencionar que se parte de una concepción de la realidad como un todo complejo, que es necesario abordar tomando en cuenta las múltiples determinaciones de lo concreto (Kosik, 1969).

Por lo que se cree pertinente vincular la temática de esta monografía con otros procesos económicos, históricos y sociales evitando así trascender lo fenoménico, lo superficial.

En consonancia con lo anteriormente expresado, se efectuara una descripción del problema a través de la conformación de un marco teórico, apelando a una revisión de la bibliografía existente sobre el tema elegido.

En cuanto a la metodología, la citada monografía se basa en un estudio de bibliografía y documentos relevantes para reconstruir el recorrido histórico que ha tenido el abordaje de la temática así como su situación actual en nuestro país.

Dicho estudio se complementa con entrevistas a informantes calificados que se considera, resultan sumamente útiles para una correcta comprensión del tema elegido y el logro de los objetivos planteados en el inicio de la monografía.



De este modo, se abordarán los conceptos de salud- enfermedad así como salud y enfermedad mental desde las ciencias sociales para luego analizar las diversas intervenciones que históricamente se han desarrollado en el área de la salud mental y su relación con otros procesos tales como la medicalización, la modernización, la constitución y desarrollo del sistema capitalista, el neoliberalismo etc.

Se procederá posteriormente, a un análisis similar pero de la realidad uruguaya haciendo hincapié en el nuevo paradigma de atención en salud mental que intenta levantarse sobre los vestigios del modelo asilar.

Dentro de estas nuevas estrategias de intervención se profundizarán las políticas que buscan la inclusión de personas con patologías psiquiátricas a través de la inserción en el mercado laboral bajo diversas modalidades.

La misma finalizará con conclusiones que se desprendan del proceso de elaboración del documento monográfico, reflexiones personales, así como posibles nuevas hipótesis que surjan en el desarrollo de la tarea, que excederán el cuerpo de ese documento pero pueden ser el puntapié inicial de futuras investigaciones y/o documentos.



CAPITULO I

Salud mental: conceptualización desde las ciencias sociales y análisis histórico de su abordaje

"Porque la locura no es en el fondo una entidad natural, sino una pura relación. Los libros de los historiadores han hecho pasar, con toda razón, la locura de la naturaleza a la historia, definiéndola a través del dialogo cambiante de la razón y el desatino" Roger Bastide

Los conceptos de salud y su par dialéctico enfermedad, así como el de salud mental han sufrido modificaciones a lo largo de la historia y por consiguiente su abordaje también se ha visto alterado.

Se entienden desde la perspectiva de las ciencias sociales como construcciones históricas y socio culturales. Expresan San Martín et. Al. (1991:13): *"la salud es un estado dinámico, cambiante, de equilibrio inestable, por el que pasa la materia con vida (...) Está influido por factores internos y externos. Es decir que tiene vinculación con factores intrínsecos, propios del ser vivo y extrínsecos, propios del medio en el cual este ser se encuentra"*

En sintonía con esta perspectiva Víctor Giorgi (1988:137) establece que *"las concepciones de la salud y la enfermedad que se producen en una sociedad en cierto momento de su historia son parte del universo cultural de esa formación social. Se articulan con las concepciones del hombre, de la sociedad y de la vida que caracterizan a esa sociedad y que a su vez, están determinadas por factores de índole económica y política"*

En suma, en lo que respecta a la salud, existe hoy un consenso de que estar sano excede los aspectos biológicos; el concepto de salud es



mucho más complejo que la ausencia de enfermedad, constituye como bien manifiesta la organización Mundial de la salud (OMS) un estado de bienestar bio-psico-social. (www.who.int)

Esto conduce a un abordaje complejo en salud que incluye la participación no solo de médicos, si no de múltiples profesionales así como de la comunidad, que como se verá más adelante, juega un papel relevante en el nuevo modelo de atención en salud.

En relación a lo anteriormente expuesto la OMS sostiene que *“La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (www.who.int)

Se observa no obstante, que no existe un consenso a nivel mundial sobre el concepto de salud mental y mucho menos sobre la forma que debemos abordarla, limitándose muchas veces la atención a un enfoque paliativo.

Desde la perspectiva manejada en esta Monografía, resulta necesario resaltar que la salud mental trasciende la ausencia de trastornos psíquicos y supone una relación de equilibrio entre el sujeto y el entorno. En este sentido se observa cómo es necesario incluir otras variables en la definición de esta categoría, el aspecto biológico deja de ser el único que define la salud mental de una persona.

Una definición de salud mental acorde a esta postura debe incluir aspectos sociales así como estar atravesada por la variable histórica, pues, las ideas que hoy se tienen respecto a la salud mental son producto de un devenir histórico.



Lucia Amico plantea respecto a la construcción de una definición de salud mental: *“la categoría salud mental es de difícil definición, pues se trata de un término cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana y enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico.”* (Amico, L.; 2005:17)

De modo similar Acosta (2003:157) expresa *“La salud psíquica estará determinada por procesos de carácter social, ya que la interacción hombre-medio, está condicionada socialmente”*

Visto esto, resulta necesario reconstruir el devenir histórico que ha tenido el abordaje de la salud mental en nuestro país para comprender la carga valorativa y el posicionamiento ideológico detrás de la definición de “salud mental” y “locura”

La concepción medieval de la locura, guardaba relación con el fuerte poder ejercido por la iglesia católica sobre los pueblos.

“el loco” era un ser demoniaco, su conducta denotaba un alejamiento de los valores cristianos, un vínculo con el pecado y lo satánico.

Como consecuencia, la intervención sobre la locura radicaba en exorcismos u otros procesos que alejaran del cuerpo los espíritus y los pecados.

Michel Foucault en *“historia de la locura en la época clásica”* (1967) utiliza distintas figuras para expresar las diferentes intervenciones que se han efectuado en torno a la locura.

“la nave de los locos” representa la exclusión de aquellos portadores de sinrazón. Al igual que el leproso, el loco debe ser excluido, alejado de las



ciudades.

“Confiar al loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida (...) Hacia el otro mundo es a donde parte el loco en su loca barquilla; es del otro mundo de donde viene cuando desembarca” (Foucault, 1967:25)

El siglo XVIII, en el marco de la ilustración, presenta otra imagen y por consiguiente abordaje de la locura. El apelo a la razón como motor de la humanidad hizo dejar atrás las ideas del loco como un ser poseído e instauró la imagen del loco como un sujeto peligroso.

La locura ya no supone un peligro para los valores cristianos, si no un peligro para el triunfo de la razón, para los nuevos valores que intentan instaurarse.

Siguiendo los aportes de Foucault (1967) “La nave de los locos” es sustituida por “el gran encierro”. Comienzan a construirse los grandes centros de encierro, que aun en el siglo XVIII no poseen un fin terapéutico si no que su objetivo es separar a aquel que pone en riesgo el nuevo orden social.

Se observa a la locura como un atentado a la moral y se procede al encierro de quien la padece junto con otras personas cuyas conductas también son consideradas inapropiadas.

Como bien se estableció hasta el momento, el concepto y abordaje de la salud mental han variado a lo largo de historia, no obstante, muchas de las concepciones que tenemos en la actualidad acerca de la misma guardan relación con la modernidad.



Siguiendo a Carballada (2004:1) *“las concepciones actuales acerca de la salud mental, en especial en cuanto a su construcción histórica, pueden ubicarse junto con el origen de la modernidad”*

La modernidad, supuso nuevos valores, nuevas normas que fue necesario impartir en la sociedad, para lo cual se sirvió de dispositivos técnicos e ideológicos.

El proceso de medicalización de la sociedad contribuyó al proyecto moderno. Se entiende la medicalización como *“la permeación y el dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos”* (Portillo, 1993:7)

La medicina adquirió un papel relevante en el nuevo orden establecido y los médicos se convirtieron en agentes claves, portadores de los nuevos valores de la ascendente burguesía.

En lo que respecta a las acciones llevadas adelante en torno a la locura, es en este momento en que se sientan las bases de la psiquiatría moderna.

El encierro no se elimina si no que, en el marco del proceso de medicalización, es justificado con un fin terapéutico. De esta manera, la sociedad moderna supera el dilema de la intervención sobre aquellas personas que atentan la normatividad deseada pero que no han cometido ningún ilícito: La locura pasa a ser concebida como una enfermedad, el loco un alienado y el gran encierro del que hablaba Foucault (1967) deviene en el asilo.

Respecto a lo antedicho expresa Castel (1980:7): *“Sobre el telón de fondo de la sociedad contractual que instaura la revolución francesa, el loco*



desentona. Carente de razón no es sujeto de derecho, irresponsable, no puede ser objeto de sanción; incapaz de trabajar o servir, no entra en el circuito reglamentado de los intercambios (...) Foco de desórdenes hay que reprimirlo más que nunca pero según un sistema de punición distinto del establecido por los códigos para aquellos que han transgredido las leyes voluntariamente”

En la misma línea, la violencia física fue sustituyéndose poco a poco por un modelo más ligado al disciplinamiento, a formas más sutiles de ejercer la violencia; irrumpiendo el hospital psiquiátrico como institución modelo en el tratamiento de la locura en la modernidad.

En “La sociedad del olvido” Techera, Apud y Borges (2009:37) definen al hospital psiquiátrico de esta manera *“El hospital psiquiátrico es hijo de la modernidad, y consistiría entonces, por un lado, en una forma de exclusión que aísla los “focos infecciosos” por otro, procedería mediante una organización disciplinaria del espacio social, por medio de una clasificación de multiplicidades que remite siempre a un eje salud-enfermedad.”*

Es necesario profundizar entonces sobre este modelo asilar que pese a las críticas que ha recibido, sobre todo desde el surgimiento y repercusión de las corrientes anti psiquiátricas, continúa siendo una alternativa al tratamiento de las patologías mentales y muchas veces a las problemáticas sociales tales como la pobreza, exclusión, etc..

La figura del psiquiatra es sin duda, sumamente importante en el análisis de este nuevo modelo de atención de la enfermedad mental, que aun en los inicios de este modelo asilar, se manejaba desde una perspectiva biologicista.



En la relación psiquiatra-paciente, el discurso del primero es el único que toma valor, pues representa la verdad y esto lo lleva a un ejercicio de poder amparado en la ciencia y la nueva moral. El paciente, se presenta como un sujeto sin voz, carente de derechos, representa la pérdida de sentido, de razón.

Para continuar con el análisis del modelo asilar, es importante citar los aportes de Erving Goffman, especialmente aquellos derivados de su investigación sobre la vida cotidiana en lo que denominó instituciones totales.

Las mismas *“pueden definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación asilados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”* (Goffman, E.; 1988:13). El hospital psiquiátrico, es un ejemplo de institución total, donde los pacientes encuentran reguladas todas sus actividades y su autonomía se encuentra profundamente limitada.

Siguiendo la línea de los aportes de Goffman el autor habla de que en una institución total, el individuo sufre continuas *“mutilaciones del yo”* que van desde la expropiación de sus pertenencias, hasta la falta de intimidad y la obligación de ser observados de manera continua ya sea por sus compañeros de sala como por el personal médico y no médico del hospital.

Numerosos son los estudios que como este, tratan sobre las múltiples consecuencias negativas que tiene sobre el individuo, la permanencia por largos períodos de tiempo internado en una institución psiquiátrica. Las



mismas van desde hospitalismo; procesos de deculturación; iatrogenia¹; estigmatización; hasta la vulneración continua de derechos que sufren los pacientes.

Es sumamente interesante el estudio que al respecto realiza la autora anteriormente citada Lucía Amico, donde contrapone la “formalidad” que emerge de la declaración de los derechos del hombre y el ciudadano con la cotidianidad de muchas personas que se encuentran asiladas en hospitales psiquiátricos. La citada declaración deja en claro, en su artículo 12 que *“nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación”*.

Las continuas “mutilaciones del yo” a las que se hizo referencia párrafos atrás, representan no obstante “injerencias arbitrarias” en la vida de los enfermos mentales que parecen no ser sujetos de derechos si no estar subordinados a la voluntad y el poder médico.

Como se menciono anteriormente, el discurso médico, es el único que adquiere valor en el trato médico-paciente, cuando este padece una enfermedad mental, lo cual nos habla de la vulneración de uno de los derechos civiles según la clásica tipología de Marshall, la libertad de expresión; pues, lejos de ser tomado en cuenta, el paciente muchas veces no es siquiera escuchado.

Las mencionadas críticas al modelo asilar así como el avance de la industria farmacológica que permitió llevar tratamientos fuera de los recintos hospitalarios, llevaron a una continua “desinstitucionalización de la locura”.

¹Iatrogenia: “cadena de eventos que llevan a un deterioro progresivo de las capacidades cognitivas y sociales de la personas internadas, en tanto son encerradas en una institución que los aísla del entorno social y las lleva a un sedentarismo y pasividad que las estanca.” (Techera, Apud y Borges, 2009: 25).



Se entiende por desinstitucionalización el proceso de continua expulsión de pacientes de instituciones psiquiátricas y la irrupción de políticas en salud mental basadas en la inclusión del sujeto a la sociedad; tomando como pilares el trabajo, el rol socializador de la familia y la contención que brinda la comunidad al individuo.

No obstante, debemos relacionar este proceso de desinstitucionalización con nuevos modelos económicos basados en la reducción de la intervención estatal, entendida como costosa e ineficiente y su sustitución por políticas mínimas, focalizadas y por consiguiente menos costosas.

Resulta pertinente retomar los aportes de Robert Castel (2004) quien en su obra *La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido?* Analiza esta transformación en la protección social.

El estado se retrae, responsabilizando al individuo en el manejo de sus propios riesgos. El mercado laboral se fragmenta, se flexibiliza y con él se des colectivizan y debilitan las protecciones relacionadas a este. Es así como muchas personas quedan al margen, desprotegidos sin poder gestionar los riesgos asociados a la vida, dentro de los cuales se encuentra la enfermedad.

El ocaso del modelo asilar coincide con la caída de los estados de bienestar europeos así como la disminución de las protecciones brindadas por el estado en países como el nuestro. Este modelo de atención, además de haber demostrado efectos negativos en la rehabilitación de los pacientes resulta costoso por lo que comienza a implementar un modelo de atención de las patologías psiquiátricas “extra muros” apelando como ya se mencionó a la comunidad y a la familia.



Este cambio de paradigma con respecto a la salud se ve identificado claramente con la Declaración de Alma Ata y Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa.

La declaración de Caracas de 1990, más precisamente en la conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, un conjunto de diversas organizaciones, asociaciones, autoridades y profesionales de la salud, principalmente aquellos enfocados en la salud mental; Percibieron una variada gama de fallas que se estaban produciendo en torno a la salud, principalmente en este caso en la salud mental.

Dentro de estas fallas se encuentran que la atención psiquiátrica no convencional, no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral continua y preventiva.

A su vez el hospital psiquiátrico como única modalidad asistencial, plantea ciertas trabas para lograr algunos objetivos, como la inclusión de las personas con trastornos psíquicos en la sociedad.

El aislar a los sujetos que presentan patologías psiquiátricas de su medio, crea condiciones que ponen en riesgo los derechos humanos y civiles de estos.

Se establece la necesidad de mayores recursos financieros y humanos asignados para este sector de la salud, entre otras.

La reestructuración que se plantea en la atención psiquiátrica, tanto en la Atención Primaria de la Salud y los sistemas locales, lleva a la promoción de diversos modelos alternativos que tienen como principal punto de atención la comunidad, está a nivel regional implica una revisión crítica



tanto del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico, en lo referente a la prestación de servicios.

Se debe asegurar, que se respeten los derechos tanto humanos como civiles de los pacientes, a su vez los recursos deben estar basados en criterios racionales y técnicamente adecuados.

Plantean que las capacitaciones de los recursos humanos deben realizarse en base al modelo que se plantea, teniendo como hilo conductor la salud comunitaria.

Por otra parte la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, se planteó como objetivo “Salud para todos en el año 2000”, esta carta se planteo como una respuesta a la demanda de una nueva concepción de la salud pública a nivel mundial

Esta carta enfatiza en la promoción de la salud, consintiendo está en brindar a todas las personas los medios para poder mejorar su salud. Establece que alcanzar un adecuado estado de bienestar tanto físico como mental y social se debe tener la capacidad de identificar y establecerse sus aspiraciones y poder satisfacerlas.

En conclusión, en base a lo desarrollado hasta el momento podemos decir que el modelo de atención asilar ha demostrado consecuencias negativas en la rehabilitación de personas con trastornos psíquicos.

Pero la desinstitucionalización de la atención supone mucho más que el cierre de los hospicios; implica generar las redes y las políticas sociales que permitan una rehabilitación integral de estas personas.



Una vez visto el recorrido histórico que ha tenido el abordaje en el área de la salud y específicamente de la salud mental se procederá a analizar la realidad de nuestro país, en el que también se han dado transformaciones desde un modelo asilar hacia uno nuevo, que lleva algunas décadas buscando la rehabilitación e inclusión de personas con patologías psiquiátricas.



CAPITULO II:

Salud mental en Uruguay: modelo asilar y modelo comunitario.

"medicalizar un problema es más desplazarlo que resolverlo, pues no se hace más que autonomizar una de sus dimensiones, trabajarla técnicamente y ocultar así su significación sociopolítica"

Robert Castel

2.1) El modelo asilar: “detrás de los muros”

Al igual que en resto del mundo, en el Uruguay la primer intervención que se Efectuó sobre los enfermos mentales fue encerrarlos

Si nos remontamos a la época de Montevideo colonial, observamos que los “locos” eran reclusos junto con otras personas cuyas conductas se consideraban “desviadas”, delincuentes, mendigos, etc.; careciendo de instituciones especializadas para el tratamiento de las patologías psiquiátricas.

Como dicen Pena y Bespaldi “(...) *Los etiquetados de locos eran marginados de la sociedad, y vagaban por las calles mendigando, siendo a veces reclusos en los Calabozos del Cabildo donde compartían la reclusión con los presos comunes*” (Bespaldi, De Pena en Guedes; 2012:19).

Vemos como desde sus inicios, la locura fue asociada a comportamientos condenados por la sociedad, a conductas repudiadas; emparentada con la delincuencia, la improductividad, los vicios; era de esperar que la respuesta del resto de la población fuera el castigo y el aislamiento.

En 1880 se funda el manicomio nacional, que luego paso a denominarse Hospital Vilardebó. Esto debe entenderse como un hito en el tratamiento



de las patologías psiquiátricas en nuestro país, así como también debe inscribirse en un proceso histórico que supuso un cambio en las formas de pensar y sentir de la sociedad uruguaya, la conformación del Uruguay moderno.

La fundación de este hospital, inspirado en modelos de atención de la salud mental del primer mundo, se dio durante el denominado periodo militarista, que llevo adelante un primer impulso modernizador del país. Supuso la configuración de un incipiente aparato estatal, cuyo poder supera al de los caudillos locales pero que además discipline al pueblo y lo acompañe a los nuevos valores imperantes en el mundo.

Sin duda fue necesario más que la conformación de un ejército nacional con superioridad armamentística y modificaciones a nivel económico e institucional para dejar atrás el Uruguay “comercial, pastoril y caudillesco”(Barrán,1993), fue necesario en la conformación de un Uruguay moderno, la creación de dispositivos ideológicos que lograran un cambio en la sensibilidad uruguaya así como también de actores (médicos, maestros) que transmitan a las masas esta nueva sensibilidad, propia de un pueblo civilizado.

Como explica JP Barran (1993) las primeras décadas del siglo XX se caracterizaron por el triunfo de la “Civilización sobre la Barbarie”. El ocio, el juego y los excesos pasan a diabolizarse mientras que el trabajo, el recato y la cordura son los nuevos dioses de la modernidad.

En concordancia con lo antedicho Techera Apud y Borges expresan “*La órbita nacional e internacional estaba marcada por cambios de gran importancia que buscaban adaptar las economías emergentes a la necesidad de las centrales. Para que estas nuevas economías ingresaran al circuito económico financiero imperante, en el interior de cada país*



debía producirse una serie de cambios, no solo económicos si no políticos, sociales y culturales que lo adecuaran al mundo moderno. A este proceso de adaptación y puesta al día se lo conoce como modernización. .”(Techera, Apud y Borges; 2009:54).

El proyecto modernizador se caracterizó por el rol protagónico del Estado en el “cuidado” de su población y especialmente de aquellos que se considera poseen conductas desviadas. Observamos de este modo un Estado uruguayo interventor que toma bajo su órbita funciones que antes eran atribuibles a la familia, tales como la educación de los hijos, el cuidado de los enfermos y el disciplinamiento de aquellas personas que por distintos motivos no se ajustan a los nuevos valores imperantes.

Continuando con los aportes de Barrán (1995:231) *“Cada paso que se avanzó en estas dimensiones, implicó a la vez un incremento del poder del Estado y un avance de la salud pública.(...) Estado e higiene empezaron a vivir en simbiosis”*

En lo que respecta a la salud y específicamente a la salud mental, La creación de instituciones tales como el Consejo de asistencia pública nacional en 1910 o la colonia Bernardo Etchepare en 1912 se enmarcan en este proyecto que implicó la expansión del poder médico sobre la población. La dicotomía salud/enfermedad se hace presente en todas las esferas de la sociedad en lo que se dio a llamar medicalización de la sociedad.

Según Menéndez (1894:165) *“el proceso de medicalización supuso la apropiación ideológica y técnica de los procesos salud/enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social lo que aparejó una escisión entre el saber médico y el saber popular. Desde la*



perspectiva de la legitimación del control se puede no solo prevenir y curar, si no que se puede controlar, normalizar y legitimar a través de categorías científicas”,

La razón médica del 900 (Barrán, 1995) desplaza a las demás instituciones encargadas hasta ese momento del tratamiento sobre la locura.

Este triunfo de la razón instrumental-burguesa se tradujo en un primer cambio en el tratamiento de la enfermedad mental que hasta ese momento se basaba más que en una cura para el enfermo, en una “cura para la sociedad”, para la cual el enfermo mental suponía un peligro.

Como expresa el citado autor, los médicos fueron los primeros en denunciar los castigos físicos sufridos por los pacientes en el manicomio e implementar tratamientos basados en el aislamiento, y “la cura moral” entendiendo que la causa de la enfermedad mental residía en conductas inmorales.

“Como la locura era el descontrol de las pasiones, el alienista siempre hallaba “hechos morales” que habían causado el delirio, la homosexualidad o la morfinomanía. Solo el restablecimiento del autocontrol por medio del nuevo y científico director de conciencia, devolvería la razón” (Barran, 1992:75)

En suma, de lo expresado hasta el momento podemos concluir que el disciplinamiento de los cuerpos y la medicalización de la sociedad son procesos que deben contextualizarse en esta época, donde se busca, bajo la premisa del predominio de la razón, formar hombres y mujeres útiles, funcionales a un sistema capitalista industrial en crecimiento

Es en este contexto que el hospital psiquiátrico surge como institución



encargada de disciplinar, controlar a las personas con patologías psiquiátricas. Como bien dice Barrán (1995:171-172) *“la enfermedad mental fue sobre todo sentida y descrita como la gran desobediencia a los valores establecidos. Esta opción convirtió a la psiquiatría del novecientos en una tecnología suave que procuro el ajuste del sujeto al statu-quo”*

Como se expresó al inicio de este capítulo, el hospital Vilardebó se fundó como una institución moderna en el tratamiento de las patologías psiquiátricas y rápidamente se transformó en una referencia a nivel nacional en la atención de los sectores más vulnerables de la sociedad.

Cabe destacar que prácticamente desde su fundación, el hospital debió enfrentar el problema de la superpoblación y el hacinamiento producto del continuo ingreso de pacientes y las largas estadías en el hospicio.

En referencia a esto expresa Ginés(1998:21) *“el hospital Vilardebó previsto en 1880 para 700 camas, supera en una década las 1000 personas y en 1910 alberga a 1500 personas. A partir de 1912, por la creciente demanda de asilo, se abren las colonias de alienados en el departamento de San José, que sumadas al hospital Vilardebó van a elevar el número de asilados hasta cerca de 5000 personas a mitad de siglo ,con una tasa próxima al 19/1000 una de las más altas del mundo”*

Ambas instituciones, tanto el hospital como las colonias, perduran en la actualidad y son objeto de múltiples críticas. No obstante, se han suscitado cambios a lo largo del Siglo XX que han dado lugar, siguiendo los aportes de Ginés, (1998) a una suerte de “ocaso del asilo mental” en nuestro país.

Las críticas internacionales a cerca de las consecuencias negativas del modelo asilar en la vida de los pacientes descritas en capítulo anterior,



también llegaron a nuestro país. Desde algunos sectores de la academia, en encierro por largos periodos de tiempo comenzó a verse como algo nocivo para la calidad de vida de los pacientes y sumamente contraproducente para la rehabilitación de los mismos.

El modelo asilar, contribuía a la estigmatización de la enfermedad lo cual hacia más difícil aún la reinserción del individuo en la sociedad.

A estas críticas del “modelo manicomial” debemos sumarle el incipiente desarrollo que tuvo a mediados de siglo pasado la industria farmacológica, se comenzaron a utilizar los primeros psicofármacos que no demoraron en mostrar sus efectos secundarios. La industria continuó desarrollándose al punto de minimizarlos o desarrollar otras drogas que los compensen, desarrollando un autentico “chaleco químico”.

Lo cierto es que pese a los efectos secundarios provocados por la ingesta de psicofármacos, estos siguen posibilitando hasta nuestros días un abordaje de los trastornos psiquiátricos prescindiendo o minimizando los periodos de internación.

En 1966 el consultor de la OMS Pierre Chanoit, realiza un crítico informe sobre la salud mental en nuestro país. En el mismo resalta la carencia de alternativas al modelo asilar en la atención a los trastornos psíquicos, la necesidad de avanzar en el desarrollo de otros dispositivos, como centros diurnos así como modernizar la legislatura vigente que hasta el día de hoy data de 1936.

Concluye en su informe que a la fecha en el Uruguay *“El paciente mental es un estorbo para la sociedad, y la atención que de él se realiza, se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído a la vista de la población, termina su infeliz existencia”*



(Chanoit Apud Ginés, 2013:42)

Dicho informe conformo el puntapié inicial para la formulación del plan de salud mental de 1972 que tomaría en cuenta las citadas recomendaciones. No obstante, la dictadura cívico militar que golpearía al país en 1973 no solo obstaculizo el desarrollo del mismo si no que supuso un retroceso general en la atención de la salud mental y un recrudescimiento en el trato a las personas alojadas en las clásicas instituciones asilares.

El retorno de la democracia oficio de escenario para la creación del plan de salud mental en 1986. En el mismo se plasma un diagnostico acerca de la situación sanitaria del país, destacando falta de infraestructura adecuada así como las penosas condiciones de la colonia Etchepare y el hospital Vilardebó.

“El M.S.P. con el 90% de las camas psiquiátricas del país ofrece hospitalización y asilo, como opción terapéutica preponderante en Salud Mental.

La carencia de una red de policlínicas zonales y las que existen, insuficientemente dotadas, lleva a la sobreutilización del hospital como recurso terapéutico y a una casi duplicación de los índices de cronificación.

A nivel del M.S.P. no existen planes de prevención en Salud Mental y se dispone de muy escasos recursos en rehabilitación; sólo para el 0.6% de los pacientes crónicos.” (www.msp.gub.uy)

El Plan de Salud Mental, plantea una división en niveles de atención de las personas con patologías psiquiátricas.

Se pretende ampliar las instituciones que brinden atención a estas



patologías, debido que hasta el momento solo se contaba con el Hospital Vilardebó, la Colonia de Alienados B. Etchepare, algunas policlínicas en Montevideo, y algunos centros de atención a la psiquiatría en el interior del país.

El hospital Vilardebó atendía a los pacientes, con grandes déficit a nivel de personal técnico, así como edilicios. Mientras que la Colonia de Alienados B. Etchepare, se caracterizaba por la clásica institución con las características de aislar y custodiar a los enfermos, y ya en ese tiempo sufría carencias materiales y se vulneraban los derechos de quienes estaban asilados en ella.

El plan deja en claro que a esa fecha el M.S.P. carece de programas destinados a la atención de salud mental. Se observa que *“no se contemplan las necesidades específicas del enfermo mental y del arsenal terapéutico, hoy disponible en salud mental, solo se utilizan psicofármacos y estos ni siquiera por los especialistas.”*, (www.msp.gub.uy)

El plan deja en claro que un nuevo modelo de atención en salud mental deberá reconocer los estados psicopatológicos cambiantes así como las diversas situaciones psicológicas sociales y culturales de los pacientes.

Lo antedicho determina la necesidad de crear nuevas estructuras de atención, articuladas con el fin de asegurar la diferenciación y continuidad en la atención. Priorizar la necesidad de la promoción activa de la participación de la comunidad así como la creación y fortalecimiento de dispositivos dentro de la comunidad.

En resumen y según lo establecido por Techera, Apud, Cano et al. (2013:19) *“El Nuevo plan tenía como cometidos la Atención Primaria en*



Salud, la creación de equipos de salud mental en los hospitales generales, la descentralización del servicio hacia todo el interior del país y la creación de centros de rehabilitación.”

El plan careció de un cronograma de ejecución así como de recursos económicos, capacitación y voluntad política. La década de los 90 se caracterizó por gobiernos latinoamericanos con una fuerte impronta neoliberal y nuestro país no fue la excepción.

Con una reducción al mínimo del gasto público, una lógica mercantilista e impulsos privatizadores y desreguladores, el neoliberalismo se tradujo en políticas sociales altamente focalizadas y residuales (Baraibar, 2007)

La crisis política y económica llevó a una modificación progresiva de la matriz de protección social; según Filgueira (1994:11) *“puede afirmarse que el viejo edificio de Estado social se agoto a fines de los 60. Diversas políticas “de parche” lo mantuvieron vivo hasta los 90, cuando los embates liberales transformaron un edificio con fracturas, en un mutante irreconocible respecto a su pasado”*

Es en esta década donde se consolida el estado neoliberal, basado en una lógica de focalización, flexibilidad y desregulación de las políticas sociales, desmantelando gran parte de las conquistas obtenidas décadas atrás.

En este marco y siguiendo un lineamiento de los organismos de financiamiento internacional, surge un paquete importante de propuestas dirigidas exclusivamente a los sectores más pobres y la categoría “pobreza” se transforma en el locus central de las intervenciones estatales, en detrimento del concepto de ciudadanía social tal como lo analiza Domínguez Uga (2004)



En el área de la salud mental, se destinaron escasos recursos y las acciones llevadas adelante tendieron más a una “expulsión de pacientes” con el fin de reducir el gasto público que a una modernización del modelo de atención que se alinee a lo establecido por el plan nacional de salud mental o la declaración de Caracas de 1990.

En relación a esto, algunos autores como Nelson de León o Juan Fernández (1996) hablan de “*desmanicomialización forzada*” para referirse a la restructuración del hospital Vilardebó como hospital de agudos y el cierre del hospital Musto², ocurrido en 1996.

En 1995, otro informe internacional deja en evidencia la situación de la atención en salud mental en nuestro país. Esta vez la ONG *Mental Disability Rights International* es la que informa sobre la situación precaria de los servicios de salud mental y advierte sobre los usos excesivos de psicofármacos y terapias electroconvulsivas.

Del mismo modo, deja en claro la importancia de un modelo de atención integral que tenga como pilares programas de rehabilitación psicosocial. Para lo cual resulta necesaria la interacción de múltiples actores incluidos la familia de los pacientes y la comunidad. Por último, hace referencias a las acciones educativas necesarias para deconstruir el estigma en torno a los trastornos psíquicos.

Muchas observaciones del mencionado informe tienen en la actualidad, veinte años después, plena vigencia. En otros aspectos, se ha avanzado sustancialmente.

² El hospital Musto tenía en el momento de cierre 350 camas. Pensado como un hospital de agudos, albergaba fundamentalmente pacientes crónicos, muchos de los cuales al cierre fueron trasladados a las colonias. (www.spu.org.uy)



La existencia de las Colonias Etchepare y Santin Carlos Rossi, vuelven a estar hoy en el tapete, y se sigue discutiendo sobre las posibilidades de su cierre.

Aun hoy el Uruguay se debate una nueva ley de salud mental ya con el Sistema Nacional Integrado de Salud como escenario y una Comisión Asesora Técnica Permanente (C.A.T.P.) conformada, que busca una construcción participativa de los nuevos lineamientos en lo que respecta a la atención en esta área.

En el próximo apartado, se profundizara sobre la creación de múltiples centros de rehabilitación psicosocial que dan cuenta de este nuevo paradigma de atención, que intenta cristalizar todo el proceso que hemos venido describiendo, dejando atrás el modelo asilar pero levantándose sobre sus vestigios.

Como bien mencionan Techera, Apud, Cano et al. (2013:20) *“en el ocaso del “modelo manicomial” se ha generado una nueva situación, en la que se mezclan claridades y oscuridades. Aun cuando persisten oscuridades inaceptables, un nuevo estilo de asistencia está naciendo.”*



2.2) El incipiente modelo comunitario: los centros de rehabilitación psicosocial.

Como se ha observado hasta el momento, se han suscitado cambios en el abordaje de la salud mental en nuestro país en las últimas décadas.

Así mismo, fieles a la perspectiva teórica de este documento, se analizaron estos cambios como el resultado de múltiples procesos económicos sociales y políticos. Los mismos determinaron desde hace ya varios años el progresivo abandono de un modelo exclusivamente asilar en el tratamiento de las patologías psiquiátricas y la construcción de otros dispositivos de atención.

Ahora bien, como mencionan Techera, Apud, Cano et al. (2013:20) *“la desaparición del modelo asilar debería acompañarse de la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener y prestar los servicios necesarios y adecuados para nuestra población. Debería enfocarse en el uso de la internación en forma breve; en la psicoterapia, haciendo énfasis en la integralidad de la asistencia; privilegiar el desarrollo de estrategias en rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario”*

En esa línea, se crean los centros de rehabilitación psicosocial y los centros diurnos dando cuenta de una diversificación así como una descentralización de la asistencia para personas con patologías psiquiátricas.

Por su parte, una institución clásica como es el hospital Vilardebó sufre modificaciones tales como su reconversión en un hospital de agudos y el funcionamiento dentro de su predio de un centro diurno y una serie de



talleres y programas tendientes a una rehabilitación integral del usuario. En base a estos cambios, su misión supone *“ser el hospital psiquiátrico de referencia nacional inserto en la red de salud mental que brinda atención continua e integral de segundo y tercer nivel, con calidez, elevado nivel técnico y eficiencia, procurando mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias preservando su dignidad y sus derechos humanos”* (documento obtenido en el hospital Vilardebó)

Durante la inauguración del mencionado centro diurno en 2008: *“La Ministra de Salud Pública, María Julia Muñoz, destacó que el Centro constituye un eslabón en el acceso al derecho a la salud mental. Al igual que todos los otros derechos, se conquista por la lucha de cada día, agregó. El Centro representa una transición entre lo viejo y lo nuevo, la locura y la cordura”* (archivo.presidencia.gub.uy)

En la actualidad funcionan una serie de centros de rehabilitación en nuestro país, bajo diversas modalidades y propuestas de atención.

El Centro diurno Sayago depende de la administración de los servicios de salud del Estado (A.S.S.E.) mientras que el centro nacional de rehabilitación psíquica Dr. Alberto Martínez Visca fue creado mediante el decreto del poder ejecutivo 117/971 en 1971 como un centro dependiente de la comisión honoraria del patronato del psicópata, producto esta de la ley 11.139 del año 1948.

Por su parte centros de rehabilitación psicosociales sur Palermo y Montevideo (ex bahía del sur) constituyen ONG`s sin fines de lucro dando cuenta de la entrada en escena de otros actores en la implementación de políticas sociales.

En relación a esto, cabe rescatar los aportes de Claudia Danani (2005) en torno al proceso de comunitarización de la protección social, típica de



las políticas de los años 90 pero vigente en la actualidad.

Es, según la autora, una forma de privatización de la protección. Es parte de la privatización de la protección en el sentido de que define y asigna la responsabilidad por el bienestar a ese par comunidad –familia.

Es la “tercerización” de las intervenciones sociales, por delegación a organizaciones de la sociedad civil, o a ONG’s, o a instituciones varias sin fines de lucro, al famoso Tercer Sector.

Por su parte, en lo que respecta a las propuestas de los distintos centros en cuestión, se puede decir a grandes rasgos que todos apuntan a una rehabilitación integral de los usuarios, entendida como el logro del mayor grado de autonomía e independencia de los mismos; que les posibilite una inserción en la sociedad en óptimas condiciones construyendo y/o recuperando los vínculos sociales muchas veces perdidos en el transcurso de este tipo de patologías.

El proceso llevado a cabo en los centros resulta clave entonces, para mejorar la sociabilidad del paciente así como espaciar o eliminar las internaciones.

En el marco de la elaboración de esta monografía, se realizaron entrevistas con referente de algunas de estas instituciones, encontrando múltiples coincidencias en la misión de los distintos establecimientos así como en los objetivos que persiguen las distintas propuestas desarrolladas.

Todos los entrevistados coincidieron en que la persona con patologías psiquiátricas portan aun en la actualidad, un estigma; que como se desarrollo en capítulos previos, resulta de una construcción histórica de “la locura” vinculada a la peligrosidad.



Esta estigmatización de las patologías psiquiátricas sumada a los efectos nocivos de las internaciones, los efectos secundarios de la ingesta de psicofármacos y las descompensaciones propias de las patologías, hacen que el usuario requiera de una serie de mecanismos que posibiliten su recuperación y posterior rehabilitación.

De este modo, la atención en los centros que hemos estudiado se compone de múltiples propuestas que van desde la comunidad terapéutica, el seguimiento individual realizado por parte de psicólogos, diversos talleres tales como expresión, música, desarrollo cognitivo, cocina, informática, entre otros.

Se observan instancias individuales y grupales así como también otras que involucran la participación de las familias de los usuarios; actor que los entrevistados consideran clave en el proceso de rehabilitación.

Del mismo modo, se observa la conformación de equipos multidisciplinarios integrados por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, docentes y talleristas, enfermeros entre otros; lo que da cuenta de la concepción de trastorno psíquico como un fenómeno multicausal y por ende complejo por lo que debe ser abordado desde distintas áreas.

Sin dejar de lado el aspecto estrictamente “biológico” de la patología, se hace foco en la persona como un ser integral, que requiere de una serie de apoyos en diversas áreas para mejorar su calidad de vida.

En suma, en la actualidad tanto en nuestro país como a nivel internacional, existe un consenso acerca de la importancia de modelos de atención psicosocial de las patologías psiquiátricas.

Al respecto, un artículo publicado en la revista de psiquiatría uruguaya en el año 2005 establecía que *“En pacientes con esquizofrenia el agregado*



de un tratamiento bien implementado a la farmacoterapia antipsicótica continuada hace disminuir la tasa de recaídas en un 50% con relación a los pacientes tratados solamente con medicación y tratamiento estándar”
(Pardo, Castillo, et. Al)

En un proceso de rehabilitación integral, como el que hemos visto, se proponen los diversos centros, el componente laboral tiene un rol fundamental.

En todos los centros se llevan adelante distintas alternativas tendientes a que los usuarios consigan insertarse en el mercado laboral, en diversas condiciones de acuerdo a sus posibilidades y fundamentalmente a las oportunidades que se presenten en un mercado altamente competitivo y exigente como el actual.

En el próximo capítulo, se profundizará en estas alternativas, analizando los principales aspectos teóricos en los que se sustentan.

A partir de entrevistas a informantes calificados se recogerán los logros obtenidos hasta el momento en experiencias de inclusión laboral bajo diversas modalidades así como las principales dificultades con las que se encuentran.



CAPITULO III:

Políticas de empleo para personas con patologías psiquiátricas: relevancia y dificultades

Las poblaciones que son objeto de intervenciones sociales difieren fundamentalmente según sean o no capaces de trabajar y en función de este criterio se las trata de manera totalmente diferentes” Robert Castel

En el comienzo de este capítulo, cabe recordar que en esta monografía se hará referencia a las distintas experiencias llevadas adelante por los centros de rehabilitación ya mencionados que tienen como objetivo favorecer la inserción de personas con trastornos psíquicos en el mercado laboral bajo diferentes modalidades.

Lo antedicho excluye todo tipo de actividades que persigan un fin meramente terapéutico, sin dejar de reconocer los beneficios que aportan en el proceso de rehabilitación del usuario.

Otro aspecto clave a enunciar es que desde el presente documento se parte de la premisa de que las personas con patologías psiquiátricas en periodos de estabilidad de su enfermedad puede desempeñarse en el mercado laboral y que esto es beneficioso para deconstruir procesos de desafiliación y estigmatización (Saavedra, 2010)

No obstante resulta necesario ir más allá en la fundamentación de estas políticas. Partiendo de un paradigma de ampliación de ciudadanía (Bentura, 2006), se considera que tienen derecho a trabajar en



condiciones normalizadas y que es obligación del Estado diseñar las estrategias adecuadas que posibiliten estas condiciones ampliando las oportunidades para esta población, que como se observó previamente, históricamente ha estado excluida del mundo del trabajo.

En correlación con lo antedicho, la supervisora general del Taller “el Ceibo” expresó en la entrevista realizada en el marco de esta monografía:

“Nosotros no empezamos a trabajar con esto de que... ¿es posible que una persona con trastorno mental trabaje? Yo no creo que sea una cuestión de fe, de creer que se puede o no. Yo creo que desde una perspectiva de ciudadanía todas las personas somos sujetos de derecho y desde allí, todos debemos tener las mismas posibilidades de tener un trabajo digno”³

Para las personas con patologías psiquiátricas, que históricamente se han visto excluidas, ocupar un lugar en el mercado laboral constituye entonces primer lugar un derecho y en segundo lugar un eslabón necesario en su proceso de recuperación.

Así lo entiende Francisco Saavedra (2010:133) quien establece que *“un marco fundamental en la recuperación es la dimensión laboral. Se encuentra ampliamente demostrado que los roles laborales son fundamentales en las sociedades occidentales. En la cultura occidental el trabajo es altamente evaluado y es considerado una fuerza socialmente integradora. Sin embargo la gran mayoría de las personas con enfermedad mental son excluidas del mundo laboral”*,

Analizar la relevancia de este tipo de políticas como mecanismo de inclusión social nos lleva a reflexionar sobre el empleo como factor

³ Entrevista realizada a la supervisora general del taller “El Ceibo”



integrador en las sociedades modernas.

Robert Castel en su clásica obra “la metamorfosis de la cuestión social” establece la existencia de zonas definidas por dos ejes: el trabajo (entendido por el autor como empleo) y la densidad de las redes o vínculos sociales de una persona. De este modo establece que “... *la asociación “trabajo estable/inserción relacional sólida” caracteriza una zona de integración. A la inversa, la ausencia de participación en alguna actividad productiva y el aislamiento relacional conjugan sus efectos negativos para producir la exclusión, o más bien, (...) la desafiliación. La vulnerabilidad social es una zona intermedia, inestable, que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad*” (Castel, R; 1997; 15).

Si bien estas zonas que el autor identifica en el proceso de integración-desafiliación se definen en base a la conjunción de dos factores el trabajo ocupa un rol preponderante, el trabajo, devenido en empleo, es visto como el soporte privilegiado de la inserción en la estructura social que tienen los individuos en sociedades capitalistas modernas.

Cabe mencionar que además, en la sociedad salarial que el autor analiza, la tenencia de un empleo estable, entendido como la inserción por periodos medianamente largos en el mercado laboral formal, trae aparejada una serie de protecciones sociales vinculadas estrictamente a la condición del trabajador. Este conjunto de protecciones es el que permite al individuo gestionar los riesgos asociados a la vida tales como las enfermedades o accidentes (Castel, 2004)

Lo cierto, es que el aun en la actualidad la condición de trabajador es fuente de una serie de protecciones sociales y el empleo sigue considerándose un mecanismo privilegiado de inclusión social. No obstante, el mundo del trabajo ha sufrido diversos cambios de los cuales



ya Castel (1997) hablaba en famosa obra sobre la crónica del asalariado.

La precarización laboral, la flexibilización en los contratos de trabajo, así como la tercerización son rasgos característicos del mercado laboral actual. Un mercado que a su vez se muestra altamente competitivo y requiere para una inserción medianamente estable, cada vez mayores grados de capacitación de los trabajadores.

Esto dificulta aún más, la inserción de poblaciones vulnerables en el mercado laboral. La falta de calificación, trayectorias de vida ligadas con escasa o nula experiencia laboral se suman en el caso de las personas con patologías psiquiátricas a las dificultades que derivan de su propia enfermedad y el estigma del que son objeto que como vimos, es herencia del viejo modelo asilar.

¿Cuáles son entonces, las alternativas que tienen para incluirse en la sociedad a través del mercado laboral? ¿En qué consisten las experiencias que llevan adelante las instituciones referentes en la rehabilitación de personas con trastornos psíquicos?

A partir de lo recabado en las entrevistas con referentes de centros de rehabilitación de nuestra capital observamos que las estrategias de inserción laboral para personas con trastornos psíquicos se da bajo la modalidad de empleo protegido, empleo con apoyo así como la conformación de cooperativas de trabajo, vinculadas fundamentalmente al sector servicios.

El empleo protegido, supone la realización, por parte del usuario de una tarea que lo inserte en el ciclo productivo como puede ser la comercialización de algún producto. La misma, no se da en condiciones normalizadas si no en una atmosfera prediseñada por parte de la



institución a la que acude que “lo protege” de las exigencias del mercado laboral formal. Se realiza un acompañamiento más o menos permanente del usuario durante la realización de su tarea y se establecen contemplaciones respecto a los horarios, los días trabajados etc. Como se puede observar, el trabajador no posee las mismas obligaciones que un trabajador en condiciones normalizadas pero tampoco posee los derechos de un trabajador en esas condiciones si bien por la realización de una tarea recibe una remuneración, generalmente baja, no tiene acceso a los beneficios relacionados al empleo como ser aguinaldo, seguro de desempleo, etc.

Según los autores Mascayano Lips y Moreno (2013) *“El objetivo principal de este tipo de empleo es la realización de un trabajo productivo, la participación en operaciones de mercado y la mantención de una remuneración. Estos empleos han sido concebidos para personas que presentan una enfermedad mental grave, un bajo nivel de funcionamiento social y que adolezcan de una preparación suficiente como para participar en espacios laborales normalizados. Respecto a las remuneraciones, éstas sólo ocasionalmente se correlacionan con la calidad de los productos confeccionados o con el logro de las tareas realizadas y suelen ser de baja cuantía.”*

Ejemplos de programas que incurren en esta modalidad pueden ser “destápate” llevado adelante por Sur Palermo. El mismo consiste en la recolección y clasificación de tapitas de plástico que posteriormente son vendidas para que se reciclen. Según lo informado por la directora del citado centro, participan en él usuarios que se encuentran en una fase del proceso de rehabilitación que no les permite trabajar en condiciones laborales normalizadas.

Por su parte, el programa “un libro, un abrazo” fomenta la venta de libros



de autores uruguayos, Los mismos se comercializan a un precio muy bajo gracias a la colaboración de la editorial Banda Oriental y de los propios autores o familiares que ceden sus derechos. En el mismo participan múltiples organizaciones sociales entre ellas en Centro de Orientación Y rehabilitación Psicosocial Montevideo.

El citado programa posee aspectos que lo vinculan con la modalidad de empleo protegido, por ejemplo la carencia de aportes a la seguridad social de quienes participan en el mismo.

Por su parte “El Empleo con apoyo se basa en el paradigma “place-train”, es decir, se promueve con prontitud la colocación laboral competitiva de personas que presenten alguna discapacidad. Por lo tanto se les ofrecen procesos de entrenamiento y apoyo de acuerdo a las necesidades que surjan durante sus actividades laborales. El Modelo de Empleo con Apoyo (...) fue diseñado para favorecer la integración laboral de aquellas personas con discapacidad que estén motivadas para trabajar.” (Mascayano Lips y Moreno, 2013)

A diferencia de la modalidad de empleo protegido en el empleo con apoyo la inserción laboral se realiza en condiciones normalizadas. Esto quiere decir que la persona que participa de un programa de empleo con apoyo se inserta, previa preparación en una empresa donde desarrolla sus tareas en igualdad de condiciones que el resto de los trabajadores y recibe por ello la remuneración igual a la del resto de los trabajadores, acorde a su tarea, obteniendo además todas las prestaciones derivadas de su trabajo.

Según bibliografía consultada (Mascayano Lips y Moreno, 2013;EUSSE) el empleo con apoyo está basado en la idea de normalización. Se centra en la capacitación de la persona y la inserción en puestos de trabajo convencionales, otorgándole los apoyos necesarios dentro y fuera del



lugar de trabajo.

Bajo esta modalidad trabaja entre otros el Taller el Ceibo. Su supervisora general sostiene:

“nuestro modelo de trabajo consiste en contactar empresas, preparar usuarios y contactar empresa-usuario. Concretamente hemos trabajado con quince personas bajo esta modalidad de los cuales hay doce que sostienen el trabajo en las empresas como cualquier trabajador”

“En el caso de las dificultades propias de la patología como las salidas al médico y los periodos de descompensaciones consideramos que tienen los mismos derecho que cualquier trabajador de ausentarse por enfermedad por lo que la empresa debe regirse por la normativa vigente en seguridad social. No buscamos ningún tipo de privilegio”⁴

Las pasantías en el área de cocina y huerta llevadas adelante a través de un convenio entre el hospital Vilardebó y el centro psicosocial sur Palermo también constituyen una inserción laboral bajo la modalidad de empleo con apoyo. Aunque poseen características particulares como la corta duración (seis meses), suponen la inserción en condiciones más bien normalizadas previa capacitación en la tarea y estableciendo los apoyos necesarios durante el transcurso de la misma por parte de la institución referente.

El empleo con apoyo se basa en el principio de discriminación positiva. Este implica la realización de una serie de acciones que tiendan a “compensar” a los sectores más vulnerables, que son objeto de discriminación por algún motivo y esto lo coloque en desventaja respecto

⁴ Entrevista realizada a la supervisora general del taller El Ceibo



al resto al colectivo. De esta manera se busca equiparar las oportunidades de estos grupos minoritarios con la de la mayoría y de alguna manera “neutralizar” la discriminación negativa de la que son objeto.

“Cuando tenes una persona con un grado de discapacidad, en general, esa persona está por debajo... en desventaja respecto a la posibilidad que tenemos el resto de los ciudadanos por ejemplo. De acceder a un empleo. El mínimo de discriminación positiva es lo que o pone en igualdad de condiciones. El principio de discriminación positiva ayuda a equiparar al que no tiene igualdad de oportunidades con el otro... es a eso a lo que apuntamos”⁵

Otra estrategia de inclusión laboral llevada adelante en las instituciones referidas es la creación de cooperativas de trabajo integradas por usuarios que cuentan con el apoyo de un equipo técnico.

El más claro ejemplo lo constituyó la cooperativa “Sur ya”, que brindaba servicios de mensajería. Creada en el año 2002 por el centro psicosocial sur Palermo, la misma estaba integrada por personas con trastornos psíquicos en proceso de rehabilitación y contaba con el apoyo de coordinadores del Centro.

Se procedió a la capacitación de los usuarios en tareas vinculadas a la mensajería (distribución de correspondencia, manejo de calles, procedimiento de entrega de correspondencia, etc.) Las tareas a desarrollar por los usuarios fueron incorporándose progresivamente sumándose mayor complejidad a la vez que se fueron retirando progresivamente los apoyos del equipo técnico

^{5 5} Entrevista realizada a la supervisora general del taller El Ceibo



“se fue disminuyendo la carga técnica a medida que fueron evolucionando los usuarios, si esto no se hace se corre el riesgo de psicologizar los procesos”

Manifestó la directora del centro psicosocial Sur Palermo en ocasión de la entrevista realizada en el marco de la elaboración de la presente monografía.⁶

Lo anteriormente expuesto, da cuenta del difícil equilibrio que debe mantenerse entre una estrategia terapéutica y la conformación de un programa de inclusión vía mercado laboral.

En lo que respecta a los resultados, manifiesta que *“el 80% de las personas que paso por el correo está ocupada, tiene un trabajo más o menos formal por el que recibe una remuneración”⁷* en base a lo cual resume la experiencia como exitosa aunque no estuvo exenta de dificultades las cuales serán analizadas más adelante.

El taller el ceibo también opto por la creación de una cooperativa de trabajo, está dedicada a los servicios de limpieza y pintura. Para la conformación de la cooperativa con el apoyo del Ministerio de Desarrollo y Seguridad Social (MIDES) mientras que la capacitación fue llevada adelante por el instituto de Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP). La cooperativa, conformada hace un año, se encontró con la dificultad de no haber podido establecer ningún contrato de servicio aún. La misma suerte corre la cooperativa de trabajo en el sector gastronómico conformada por usuarios del Centro Psicosocial Sur Palermo.

Vistas las diversas estrategias de inclusión laboral, se procederá a

⁶ Entrevista realizada a directora del centro psicosocial Sur Palermo

⁷ Idem 6



analizar a grandes rasgos los fundamentos y las principales apreciaciones sobre estas experiencias llevadas adelante en los centros de rehabilitación cuyos referentes se entrevistaron durante la elaboración de esta monografía.

En primer lugar, en las entrevistas se destaca como pilar fundamental el derecho que tienen estas personas a tener un trabajo digno que repercuta en una mejora en su calidad de vida. Esto implica según la definición manejada por la CEPAL, un mejoramiento de sus condiciones de vida objetivas, como pueden ser las materiales así como también un mejoras desde el punto de vista subjetivo, de la percepción que tengan los usuarios de ellos mismos.

El trabajo es concebido como una actividad dignificante, que contribuye a la construcción de una identidad nueva, socialmente aceptada. Recordemos que las personas con patologías psiquiátricas fueron históricamente excluidas de múltiples áreas de la sociedad por considerarse distintos y sobre todo peligrosos. Esto ha dado lugar a la construcción de una identidad no deseada, un estigma que es necesario deconstruir si se quiere generar procesos genuinos de inclusión, que trasciendan los discursos y se traduzcan en acciones concretas.

En relación a la existencia de un estigma en torno a las personas con patologías psiquiátricas, es relevante tomar los aportes de Goffman (1986) quien plantea que la sociedad funda los medios para categorizar a las personas.

Así describe el “sí mismo” en su construcción como producto de la acción colectiva, la cual depende del entorno social en el que se desarrolle. Logrando así una imagen de sí mismo y una imagen deseada. (Goffman, E.; 2008:12)



La sociedad produce, frente a lo que no nos es familiar cierto estigma social que es en palabras de Goffman *“un atributo (...) especial que produce en los demás un descrédito amplio”*. (Goffman, E.; 2008:12)

El estigma no solo construye la imagen que la sociedad tenga sobre una persona si no, la imagen que los individuos tienen sobre sí mismos. Esto es fundamental en la conformación de la identidad en las personas con trastornos psíquicos

Continuando con el análisis de Goffman: *“El individuo estigmatizado tiende a sostener las mismas creencias sobre la identidad que nosotros; este es un hecho fundamental. La sensación de ser una “persona normal”, un ser humano como cualquier otro, un individuo que, por consiguiente, merece una oportunidad justa para iniciarse en alguna actividad, puede ser uno de sus más profundos sentimientos acerca de su identidad”* (Goffman, E.; 2008:17).

En relación a esto, una de las referentes del centro de orientación y rehabilitación psicosocial Montevideo decía:

“ellos, están habituados a ser pacientes de un lugar, a estar en una situación que los coloca permanentemente en un desnivel, nada horizontal. Como trabajadores se ven en relación de igualdad con otros y eso mejora radicalmente la imagen que tienen de sí mismos y por ende su autoestima”⁸

Otro aspecto relevante, que guarda relación con la construcción de una nueva identidad, es que los procesos de inclusión laboral contribuyen a mejorar la autonomía de las personas con patologías psiquiátricas.

La supervisora general del Taller “El Ceibo” se refería a los programas de

⁸ Entrevista realizada a referente del Centro de Orientación Y rehabilitación Psicosocial Montevideo.



inserción laboral del taller estableciendo que:

“las evaluaciones de impacto que hemos hecho son evaluaciones de necesidades de apoyo y te puedo decir que cambian sustancialmente. Las personas que empiezan a trabajar tienen menos necesidad de apoyo, son mas autónomos.”⁹

En suma, podemos decir que estas políticas suponen un mecanismo de inclusión social en la medida que contribuyen a romper con los prejuicios que se tienen en torno a las personas con patologías psiquiátricas, favorecen a una mejora en el autoestima y la autonomía de quien participa de ella, que pasa a concebirse como un trabajador, ampliando sus redes sociales y modificando la forma de relacionarse con los demás.

En lo que respecta a las principales dificultades a la hora de implementar y mantener estas experiencias todos los referentes institucionales hacen referencia al estigma construido en torno a las personas con trastornos psíquicos.

Las empresas que están dispuestas a formar parte de este tipo de estrategias de inclusión laboral son muy pocas. Pensamos que sigue vigente la idea de “peligrosidad asociada a la locura” y la concepción equivocada de qué trastornos psíquicos y trabajo son irreconciliables.

Las inserciones laborales exitosas en empresas privadas se dan gracias a la existencia de contactos entre referentes de los centros de rehabilitación psicosocial y personas dentro de las empresas que se encuentran sensibilizadas con la temática. “son empresas amigas” como mencionó una de las referentes entrevistadas:

⁹ Entrevista realizada a la supervisora general del taller el ceibo.



“Logramos inserciones de pasantes de cocina en varias empresas chicas y dos empresas grandes pero siempre apelando a contactos personales y a la sensibilidad de los mismos”¹⁰

En la misma línea la supervisora general del taller “El ceibo” expresa:

“hemos encontrado resistencia por parte de las empresas. Resistencia para contratarlos, y para permitir hacer los seguimientos que requiere un empleo con apoyo. La modalidad de empleo con apoyo además de conectar empresa y usuario requiere realizar los apoyos muchas veces in situ y esto las empresas uruguayas lo ven como persecutorio”¹¹

Dicha supervisora, se desempeña además como docente de la universidad de psicología y trabaja hace un año en un proyecto de empleo con apoyo en el cual observó el mismo comportamiento por parte del empresariado de nuestro país, lo cual denota sin duda una postura respecto a la enfermedad mental compartida por gran parte de la sociedad uruguaya.

Otra referente entrevistada dice al respecto:

“la sensibilidad social es un obstáculo para generar unas políticas de este tipo en el área de la salud mental. Aún las enfermedades psiquiátricas generan miedo y resistencia”¹²

¹⁰ Entrevista realizada a directora del centro psicosocial Sur Palermo

¹¹ Entrevista realizada a supervisora general del Taller el Ceibo

¹² Entrevista realizada a referente del Centro de Orientación Y rehabilitación Psicosocial Montevideo.



Como se mencionó en el segundo capítulo de la presente monografía, uno de los pilares fundamentales del llamado “modelo comunitario” implica la concientización de la comunidad acerca de la realidad de las personas con trastornos psíquicos a fin de abandonar el miedo y resistencia que generan.

Para esto, son necesarias campañas activas de información y educación que demuestren que una correcta implementación de tratamientos psicosociales sumada a un tratamiento farmacológico adecuado permite, a la persona con trastornos psíquicos vivir en óptimas condiciones.

La desinformación generalizada respecto a esto, contribuyen a la segregación de estas personas por parte de la sociedad retroalimentando procesos de exclusión.

Una de las entrevistadas expresaba al respecto:

“necesitamos un cambio social, una sociedad más inclusiva... hay toda una cuestión histórica con respecto a la salud mental. Aun hoy, la sociedad está pensada sobre el modelo asistencial, eso tiene que cambiar”¹³

Se observa que las políticas de inclusión social de personas con patologías psiquiátricas deben darse en el marco de un cambio social, de la generación de una sociedad más inclusiva.

Al respecto Palacios (2008:401) expresa *“las soluciones frente a la discriminación y la baja participación de este colectivo deben ser encaradas principalmente desde la adaptación de los entornos laborales, teniendo en cuenta la eliminación de las barreras y los prejuicios*

¹³ Entrevista realizada a supervisora general del Taller el Ceibo



existentes. Lo anterior requiere, básicamente la implementación de políticas antidiscriminatorias”

¿Qué rol cumplen entonces, las políticas sociales en la conformación de una sociedad más inclusiva? ¿Cuál es el papel que debe cumplir el Estado Uruguayo?

Las entrevistadas coincidieron en que se necesita una ley de salud mental que dé cuenta de la nueva realidad de las personas con trastornos psíquicos y contribuya a transformar el modelo de atención en salud mental resaltando entre otras cosas la importancia de las políticas de inserción laboral de esta población.

Una de ellas manifiesta:

“Las leyes vigentes en salud mental son la del año 1936 y la de 1948 que dio creación a patronato del psicópata, La misma habla de enfermos mentales entre otras cosas. Ha corrido mucha agua bajo el puente desde ese momento a la fecha. Sabemos que hay una pelea desde el gobierno por actualizar la legislación, lo que es fundamental pero mientras tanto no nos queda otra que actualizar las prácticas”¹⁴

Es muy difícil llevar experiencias de inclusión laboral para personas con patologías psiquiátricas sin la existencia de una normativa que las regule. Resulta necesaria la creación de políticas sociales activas que contribuyan a la realización de estas experiencias de inclusión laboral, que faciliten la conexión entre empresas y usuarios así como regule los mecanismos de capacitación seguimiento y evaluación de estas experiencias que han mostrado ser exitosas en otros lugares del planeta.

¹⁴ Entrevista realizada a supervisora general del Taller el Ceibo



En cuanto al marco normativo internacional vigente, la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas (CDPD)¹⁵ en su artículo número 27 establece que: *“Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad.*

Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación”

En nuestro país, los trastornos psíquicos están contemplados dentro de las discapacidades lo que implica que las leyes que se formulen en torno al acceso al mercado laboral para personas con discapacidad afecta también a esta población.

En el 2010 se aprobó la ley 18651 sobre la protección integral para personas con discapacidad. En lo que respecta a la empleabilidad de estas personas, la citada ley establece en su artículo número 48 que: *“La orientación y la rehabilitación laboral y profesional deberán dispensarse en todas las personas con discapacidad según su vocación, posibilidades y necesidades y se procurará facilitarles el ejercicio de una actividad remunerada. La reglamentación determinará los requisitos necesarios para acceder a los diferentes niveles de formación”*

Mientras que en artículo siguiente establece la obligación por parte de los organismos públicos de incluir en sus vacantes personan con

¹⁵ La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, y quedaron abiertos a la firma el 30 de marzo de 2007. Se obtuvieron 82 firmas (www.on.org)



discapacidad en una proporción no menor al 4%. Cabe mencionar que ese porcentaje incluye a personas con todo tipo de discapacidad dificultando el acceso mediante concurso de personas con discapacidad intelectual y trastornos psíquicos.

No existe reglamentación aún en lo que respecta al sector privado lo que se considera fundamental para posibilitar el acceso de estas personas a un mercado laboral altamente competitivo que requiere cada vez más, mayor capacitación.

En lo que respecta a la capacitación laboral, mediante la ley 18.406 se crea en el año 2008 el instituto nacional de empleo y formación profesional (INEFOP). El mismo, constituido en forma tripartita (contando con los aportes del Estado, las empresas y los trabajadores) tiene el objetivo de contribuir en la generación de políticas activas de empleo.

Tiene dos grandes líneas de acción: por un lado la capacitación de trabajadores que se encuentran empleados o en el seguro de desempleo, por otro lado, la capacitación de poblaciones vulnerables.

Dentro de esta última línea, INEFOP lleva adelante el programa de capacitación laboral para personas con discapacidad (PROCLADIS) El mismo se plantea como objetivos: *“Estimular y dirigir a las Personas con Discapacidad para que se incorporen a todos los dispositivos de capacitación y empleo existentes en INEFOP en el país.*

Promover la inclusión social contribuyendo a formar la identidad como trabajador/a.

Desarrollar la igualdad de oportunidades en capacitación y el empleo desde una perspectiva inclusiva o intervenciones focalizadas (cuando sea necesario).

Dar apoyo técnico y crediticio a Emprendimientos Productivos para



Personas con Discapacidad, que presenten un proyecto viable y sostenible.”¹⁶

En el marco de elaboración de esta monografía y con el objetivo de investigar las posibilidades de capacitación e inserción laboral de personas con trastornos psíquicos en nuestro país, se entrevistó al coordinador de PROCLADIS.

El mismo mencionó las dificultades con las que se encuentran a la hora de capacitar y emplear a las personas con trastornos psíquicos y cual considera la alternativa de inclusión laboral para esta población que históricamente ha estado excluida del mercado laboral.

“la discapacidad que más se nos dificulta capacitar en el trastorno mental, básicamente por dos motivos: el primero son los prejuicios sociales que todavía existen, “la locura” despierta muchos temores en la sociedad y eso dificulta la inserción laboral de estas personas. El otro motivo tiene que ver con las características de las patologías. Pese a la diversidad de diagnósticos, todas las patologías psiquiátricas comparten la variabilidad en la personalidad”¹⁷

Sivori manifiesta que de las personas con discapacidad que el instituto capacita solo un 5% son personas con trastornos psíquicos y de estos, los que se insertan laboralmente son mucho menos.

No obstante, considera que la inserción en el mercado laboral no solo es posible si no que constituyen un derecho para estas personas.

¿Cuál es entonces, la estrategia de inserción laboral para estas personas? El mencionado coordinador expresa “en la actualidad estas

¹⁶ www.inefop.org.uy

¹⁷ Entrevista al coordinador de PROCLADIS



personas necesitan un empleo con apoyo. Digo en la actualidad porque el día que se den una serie de factores: como el avance de la ciencia y un abandono de los prejuicios a cerca de “la locura” quizá ya no lo necesiten. Si comparas la realidad actual con la de hace cincuenta años te das cuenta que queda camino por recorrer, que se puede avanzar”¹⁸

En vista a lo desarrollado hasta el momento, se puede concluir que el empleo con apoyo ha mostrado ser el camino para lograr una inclusión de las personas con trastornos psíquicos.

Pese a esto, estas experiencias resultan mínimas en la actualidad, necesitan transformarse en políticas sociales, reglamentarse y multiplicarse.

Para esto, muchos actores deben unir fuerzas; en especial el Estado debe hacerse participe abandonando el modelo asistencial de atención que aún sigue mostrándose vigente.

¹⁸ Idem 15.



REFLEXIONES FINALES:

En el presente documento se intentó realizar una aproximación a los procesos de inserción laboral de personas con patologías psiquiátricas en nuestro país.

Para esto, se partió desde una definición de salud mental desde las ciencias sociales que concibe a la misma no solo como la ausencia de trastornos psíquicos si no como resultado de múltiples determinaciones.

Se concibe a la salud mental como una construcción en un momento y lugar determinado por lo que se procedió a reconstruir el abordaje que ha tenido esta temática en las distintas épocas y establecer la relación de este con diversos procesos económicos, sociales y políticos.

En lo que respecta a la realidad de nuestro país, la monografía intento plasmar los principales rasgos del modelo de atención del asilar de la locura, el ocaso del mismo y el advenimiento de un modelo “comunitario” que como se desarrolló, se dio en el marco de un proceso de recorte fiscal y políticas focalizadas.

Así se llegó al análisis de las propuestas de los centros de rehabilitación psicosocial y especialmente a las que tienen como objetivo la inclusión de las personas con trastornos psíquicos en el mercado laboral.

El empleo, es un factor fundamental de inclusión social y tener un empleo digno es un derecho de todo ser humano. Esos son los pilares sobre los que se levantan las experiencias de inserción laboral que se han



desarrollado.

Las experiencias llevadas adelante bajo la modalidad de empleo con apoyo y/o cooperativas de trabajo, han mostrado buenos resultados en el proceso de rehabilitación de quienes participaron en ellas pero por sobre todo han dejado en claro que es necesario avanzar más en torno a la conformación de una sociedad más inclusiva, que abandone los prejuicios establecidos en torno a la enfermedad mental.

Generar una sociedad inclusiva, requiere del esfuerzo de muchos actores entre ellos los profesionales de las ciencias sociales. Desde el ejercicio de nuestra profesión debemos procurar actuar siempre desde una perspectiva de ampliación de ciudadanía (Bentura, 2006) trabajando desde una perspectiva de derechos, abandonando una intervención asistencialista.

Surge la necesidad de avanzar en la aprobación de una ley de salud mental que se adecue a la actual realidad que contribuya a generar procesos de inclusión de estas personas en la sociedad.

Del mismo modo, el Plan Nacional de Salud Mental a casi treinta años de su formulación tiene deudas en instrumentación. Aún continúan de pie instituciones asilares y custodiales como las colonias Etchepare y Santin Carlos Rossi.

Aun queda mucho por hacer para mejorar las condiciones de atención de las personas con trastornos psíquicos. El SNIS supuso un avance en la cobertura de la salud de los uruguayos, apelando a la descentralización y una atención integral dividida en tres niveles de acuerdo a las necesidades de los usuarios

Dentro del SNIS, el sistema de prestaciones en salud mental *concibe la*



Salud Mental como un derecho humano fundamental y -por tanto- las intervenciones psicosociales y la psicoterapia y otras formas de preservarla o recuperarla como derechos deben estar accesibles a todos los ciudadanos. ¹⁹ Pese a esto, las mencionadas intervenciones se hacen muchas veces con escasos recursos humanos y materiales.

La labor de los centros de rehabilitación psicosocial apunta a una rehabilitación integral, donde el componente laboral se asume como fundamental, pero como se ha visto en el desarrollo de la monografía, la generación de mecanismos de inclusión social vía mercado laboral se encuentran con múltiples dificultades, siendo unas de las principales la falta de apoyo estatal y la vigencia de nociones estigmatizantes respecto a la enfermedad mental.

En suma, una mirada crítica del abordaje de la salud mental en nuestro país y el mundo dan cuenta que se ha avanzado pero aún queda mucho camino por recorrer, de nada sirve cerrar todos los hospitales psiquiátricos si los procesos de exclusión continúan del otro lado de los muros.

¹⁹ Plan de salud mental agosto 2011.



Bibliografía

Acosta, L. (2003) Consideraciones generales sobre la historia del servicio social en “Temas de teoría social, debates desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea. UDELAR FCS. Montevideo

Amico, L. (2005) La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención; Ed. Espacio. Buenos Aires

Baráibar, X (2007): “Poco, para pocos y por poco tiempo: políticas sociales en tiempos de emergencia”, en Escenarios, Año 7, N°12, octubre, pp.25-33 Ubicación: Escenarios N° 12

Barrán, J.P.(1992) El manicomio y la razón médica en el Novecientos en . Gaceta Universitaria. Universidad de la República vol. 6, no. 1. -- p. 71-77. Montevideo

Barrán, J.P. (1993) Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo II el disciplinamiento (1860-1920). Montevideo; ed. Banda Oriental.

Barrán, J.P (1995) Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Tomo III. La invención del cuerpo. Ed Banda Oriental. Montevideo

Bentura, J.P. (2006) Trabajo Social, legitimidad y ampliación de la ciudadanía. In **DEL VALLE CAZZANIGA S (ORG.)**. Intervención profesional: legitimidades en debate. Universidad Nacional de Entre Ríos Facultad de Trabajo Social, Maestría en Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires.

Carballeda, A. (2004) Lo social y la salud mental: algunas cuestiones preliminares. Universidad de la plata.

Castel.R. (1980) El orden psiquiátrico. Ed. De la Piqueta. Madrid



Bibliografía

Castel, R. (1997) *La metamorfosis de la Cuestión Social. Una crónica del asalariado.* Paidós. Buenos Aires

Castel, R. (2004) *La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido?* Ed. Manantial. Buenos Aires

Danani, C. (2005). *Las políticas sociales en los '90: los resultados de la combinación de individualización y comunitarización de la protección monetaria: América Latina en una perspectiva comparada.* Instituto de Ciencias (UNGS)/Institut por le Développement/ANPCyT-FONCYT. Buenos Aires.

De León, N. y Fernández Romar, J. (1996). *La locura y sus instituciones. En III Jornadas de Psicología Universitaria: historia, violencia y subjetividad.* Montevideo: Multiplicidades.

Dominguez Uga, V. (2004). *A categoria "pobreza" nas formulações de política social do Banco Mundial.* Revista de Sociologia e Política, No. 23, Curitiba.

Filgueira, F. et al (1994) *El largo adiós al país modelo :políticas sociales y pobreza en el Uruguay.* Arca Montevideo.

Foucault, M. (1967) *Historia de la locura en la época clásica.* Ed. FCE México.

Foucault, M (1991) *Vigilar y Castigar.* Ed. Siglo XXI. Buenos Aires.

Ginés, A. (1998) *Desarrollo y ocaso del asilo mental en Uruguay en Revista de psiquiatría del Uruguay.* Vol 62 N2.



Bibliografía

Ginés,A et al. (1998) El plan de salud Mental: veinte años después. Evolución perspectivas y prioridades. Disponible en www.mednet.org.uy

Ginés,A.(2013) Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud en Salud Mental en Debate. Pasado presente y futuro de las políticas de salud mental. UDELAR Montevideo.

Giorgi, V. (1988) Vinculo marginalidad y salud mental. Montevideo.Roca viva

Goffman, E (1988): Internados: ensayo sobre la situación de los enfermos mentales Bs As; Ed. Amorrortu,

Goffman, E (2008) Estigma: la identidad deteriorada. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

Guedes, N. (2012) Políticas en salud Mental. ¿Omisión del Estado uruguayo? UDELAR. FCS.Montevideo

Kosik, K. (1969) "Dialéctica de lo concreto. Estudio sobre los problemas del hombre y del mundo". Editorial Grijalbo, México.

Mascayano, Lips y Moreno (2013) Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión en Salud Mental vol. 36 no.2 disponible en <http://www.scielo.org.mx/>

Menéndez. E. (1984). Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo medico hegemónico En revista paraguaya de sociología año 21 N.61



Bibliografía

Palacios, R. (2008) El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Ed. cinco.

Pardo, Castillo, et al. (2005) Descripción y evaluación de un programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente. En Revista de Psiquiatría del Uruguay no.69 Montevideo.

Portillo, J. (1993) La medicina: imperio de lo efímero. En Medicalización de la sociedad. Ed. Nordan. Montevideo.

Saavedra, F. (2010) Como encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves". Sevilla. Universidad de Sevilla.

San, M. H., Portillo, J., & Blanco, R. (1991). *Teoría social de la salud y epidemiología científica*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República, Departamento de Publicaciones.

Techera, Apud ,Borges (2009) La sociedad del olvido: un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Montevideo, UDELAR

Techera, Apud, Cano. Et al, (2013) Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. en Salud Mental en Debate. Pasado presente y futuro de las políticas de salud mental. UDELAR Montevideo.

REFERENCIAS WEB

www.cepal.org/es Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
Consultado abril 2015

www.inefop.org.uy Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional.
Consultado abril 2015

www.msp.gub.uy Ministerio de Salud Pública. Consultado marzo 2015

www.presidencia.gub.uy. Archivo presidencia de la República. Consultado mayo 2015

www.un.org. Organización de Naciones Unidas. Consultado mayo 2015

www.who.int Organización Mundial de la Salud. Consultado marzo 2015

FUENTES DOCUMENTALES

CAJA DE HERRAMIENTAS DE LA EUSE (EUROPEAN UNION OF SUPPORTED EMPLOYMENT)

CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. 2006

DECLARACION DE CARACAS 1990

LEY N°9581 AGOSTO 1936

LEY N° 11.139 NOVIEMBRE 1948

PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL 1986

PLAN DE SALUD MENTAL AGOSTO 2011