

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

Legislación en Salud Mental en Uruguay
Hacia un Abordaje Integral en Perspectiva de Derechos

Trabajo Final de Grado

Monografía

Montevideo - Julio 2017

Estudiante: Tatiana Muniz Pérez

Documento: C.I. 4 118 250 2

Tutor: Prof. Adj. Nelson de León

INDICE

Resumen	1
---------------	---

Capítulo 1

Algunas consideraciones para pensar la salud mental.....	2
--	---

Diversos Procesos de Reformas en Europa.....	4
--	---

Inglaterra	4
------------------	---

Francia	5
---------------	---

Italia: La experiencia de Franco Basaglia.....	7
--	---

Capítulo 2

Salud Mental en la Región	9
---------------------------------	---

Argentina	9
-----------------	---

Brasil	11
--------------	----

Chile	14
-------------	----

Capítulo 3

Recomendaciones Internacionales y la Perspectiva de Derechos	16
--	----

Capítulo 4

Reseña histórica de la situación de la salud mental en Uruguay.....	18
---	----

Capítulo 5

Interrogantes, análisis y reflexión	23
---	----

¿Cuáles son las concepciones de Salud Mental?	23
---	----

Interdisciplinariedad e intersectorialidad	26
--	----

Participación de los usuarios y familiares.....	29
---	----

Información y desinformación en salud mental	31
--	----

Formación y participación de los trabajadores de la salud	32
---	----

Consideraciones Finales.....	34
------------------------------	----

Referencias Bibliográficas	40
----------------------------------	----

Resumen

El presente trabajo, pretende analizar y reflexionar sobre el proceso de legislación en salud mental en nuestro país. Considerando el contexto, antecedentes, causas, consecuencias y controversias de dicho proceso. En la actualidad se está por aprobar una Ley de salud mental, que al momento cuenta con media sanción en el Senado y es discutida en Diputados; durante el proceso se han generado debates entre las llamadas posturas sanitaristas y los que defienden un modelo integral en perspectiva de derechos.

El Proyecto de Ley de Salud Mental, presenta dificultades y contradicciones al decir los diferentes colectivos sociales, hoy nucleados en la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental; “un espacio de coordinación colectiva conformado por diversas organizaciones sociales, sindicales, estudiantes, académicas y personas que luchan por profundizar los derechos de las personas con padecimiento psicosocial en nuestro país” (CNLSM); dicha comisión manifiesta que dicho proyecto hasta el momento, no los representa y no se ve reflejada la perspectiva de derechos. (CNLSM, 2017)

La problemática a abordar es la salud mental, tomando los aportes de diferentes autores, se realiza una breve reseña histórica sobre dicha temática, sus concepciones, reformas o leyes, que han surgido tanto como en Europa como en la región.

Se pretende trabajar sobre el proceso de legislación en salud mental en Uruguay, desde el relevamiento bibliográfico y su articulación con los aportes de documentos internacionales y nacionales; en conexión con algunas preguntas que guiaran el análisis.

¿Qué concepciones de salud mental se abordan? ¿Cómo se incluye la interdisciplinariedad y la intersectorialidad? ¿Qué planteos se hacen sobre la formación de los trabajadores de la salud? ¿Cómo se maneja el acceso a la información? ¿Cómo se expresa la participación de usuarios y familiares?

Palabras claves: salud mental, derechos, legislación.

Capítulo 1

Algunas consideraciones para pensar el campo de la salud mental

La concepción de salud mental, se inicia a mediados del siglo XX. En dicha época la psiquiatría comienza a sufrir fuertes críticas en relación a su modo de atención, y a su institución manicomial, basada en viejas conceptualizaciones que históricamente marcaron prácticas y significados en torno a la locura y la enfermedad mental.

La locura como construcción social, es desde la antigüedad señalada como síndrome del mal, del pecado y vista como símbolo de amenaza y de peligro. Al decir de Foucault. M (1967) desde la antigüedad el loco, fue rechazado, excluido del mundo circundante y apartado de la ciudad de diversas maneras. Fue entregado a los mercaderes, a los mares, a los manicomios, a los hospitales psiquiátricos. Se consideraba que el loco llevaba una vida errante y por ende perturbador de la tranquilidad social.

Locura, alienación, enfermedad mental, son diferentes maneras que se han utilizado para señalar a toda persona que no se ajusta al mandato social, nominaciones que producen un modo de percibir, produciendo efectos de estigmatización y exclusión.

En la modernidad, la enfermedad mental es encerrada en los manicomios, al decir de Foucault. M (1976), el manicomio como la cárcel, son estructuras que obedecen a una misma lógica, el disciplinamiento. Se entiende por tal, al modo de producir y regular las costumbres, los hábitos y las prácticas productivas. A través de las instituciones disciplinarias; el hospital, la cárcel, la escuela, la fábrica, se producen modos de ser, de actuar y de estar en la sociedad.

Foucault. M (1976), ha explicado las condiciones de las personas encerradas a través del modelo arquitectónico diseñado por Bentham, el “Panóptico”; estructura con una torre central, rodeada de celdas individuales, donde se ejerce la vigilancia, la observación y el control, sin ser vista la persona que ejerce la vigilancia. Si uno visita el hospital psiquiátrico en estos tiempos, se puede ver que la estructura no es la misma, pero sí se conserva la lógica de vigilancia, de control y de poder, de la psiquiatría sobre la decisión de quien entra o sale de dicha institución.

“El manicomio no solo encierra a los que enloquecen en exceso, sino que también actúan imaginariamente sobre toda la población, coaccionándola para que nadie enloquezca más de la cuenta, para que todo el mundo se auto controle y se comporte habitualmente de un modo responsable y cuerdo” (Mora. E 1988 p.23).

Al decir de Amarante. A (2009), es a mediados del siglo XX, que se comienzan a gestar movimientos que cuestionan las condiciones inhumanas en la que se

encuentran las personas internadas, como el saber y la práctica de la psiquiatría. Saber y práctica que tienen sus fundamentos a partir de la instauración de la modernidad y de las ciencias positivistas, que consagran a la enfermedad mental y establecen la clasificación de las mismas. Al decir de; de León. N (2015) “el mito de la enfermedad mental, remite a vaivenes y condiciones socio históricas de producción y transformación de las relaciones de saber y de poder que componen el campo de salud mental.”

En las últimas décadas, diversos movimientos sociales, se han manifestado en contra de la hegemonía de la atención manicomial y de las condiciones de vulneración en la que se encuentran las personas internadas en los Hospitales psiquiátricos. Apoyándose en la perspectiva de derechos en el campo de la salud mental, derechos que son otorgados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, y en las posteriores normativas internacionales.

En 1948, con la Declaración Universal de los Derechos, se redactan y establecen los derechos humanos fundamentales que se deben proteger. “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotado como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. (ONU, 1948)

La concepción de Salud Mental como nuevo paradigma, lleva a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar en 1959;

“(...) muchos enfermos mentales viven todavía encerrados, sin esperanza, en verdaderas cárceles: tal es la obra de los prejuicios sociales y de la incomprensión. Los psiquiatras más esclarecidos se esfuerzan por conseguir que los enfermos mentales sean tratados, y si es posible curados, como cualquier otro enfermo. Estos esfuerzos serán probablemente estériles mientras persista el miedo irracional a la “locura” y los miembros influyentes de la jerarquía social no comprendan que la salud mental interesa a la sociedad entera y no sólo a los especialistas”. (Pérez. R 2013 p.156)

Con el cambio conceptual, se pasa a considerar la Atención de la Salud Mental, desde un modelo comunitario. Para dicho objetivo como señala Pérez. R (2013) citando a Saraceno “un cambio epistemológico en el modo de entender y abordar las enfermedades mentales, (...) basado en el sujeto como elemento activo en su proceso de integración social y poseedor de derechos y deberes”. (p.157)

Diversos Procesos de Reformas en Europa.

A continuación se pretende contextualizar, los procesos de reforma que se dieron entre la década del sesenta y setenta en Europa. Época en que los diferentes movimientos reformistas, impulsados por ideas liberadoras y reivindicadoras de los derechos humanos, promueven un cambio social, la reestructuración de los hospitales psiquiátricos, como un cambio en los modos de atención y en el tratamiento.

Inglaterra

Al decir de Amarante. P (2009); en Inglaterra a finales de los años cincuenta se da inicio a un proceso de ruptura con el paradigma tradicional de la psiquiatría y es creada la primera comunidad terapéutica.

Entre los años 1960 y 1970 surge de la mano de Ronald Laing y David Cooper, el movimiento Antipsiquiatría, identificándose como un movimiento político, que da crítica al modelo y a la institución manicomial. Son partidarios de que las personas llamadas locas eran oprimidas y victimizadas, no solo en las instituciones psiquiátricas, sino también en la familia y en la sociedad.

Vásquez. A (2011), citando a Laing. R: “la locura no es necesariamente solo colapso sino también descubrimiento. Es una liberación potencial y una renovación (...).”

Siguiendo a Amarante. P (2009), para esta corriente los locos son el reflejo de los conflictos y de las contradicciones existentes en la familia y en la sociedad. Propone que la existencia patológica, no solo ocurre en el individuo, cuando su cuerpo y mente enferman, sino también, en las relaciones establecidas entre él y la sociedad.

La anti psiquiatría, propone que las instituciones psiquiátricas, deben estar basadas en los principios de una sociedad democrática y libre.

Según Vásquez. A (2011) Szasz; considera que la enfermedad mental, ha sido el mecanismo social por el cual psiquiatría determina y patologiza a la sociedad.

Como refiere el autor, para Szasz, la mente no es un órgano anatómico, por lo cual no se puede hablar de enfermedad mental, y al no existir la enfermedad mental, no puede haber tratamiento, ni internación, ni institución que la encierre. Siendo la enfermedad mental, una etiqueta impuesta por la propia psiquiatría, para estigmatizar y encerrar a las personas.

Al no existir -para esta corriente- la enfermedad mental, no plantean un tratamiento como tal, pero consideran que la función del terapeuta es acompañar, ayudar, e incluso proteger a la persona de la propia psiquiatría. La estrategia de intervención,

implica una horizontalidad en la comunicación entre las personas y los terapeutas, dando mayor participación a las personas en su tratamiento, siendo esencial la integración entre los técnicos, familiares y pacientes.

Al decir de Vásquez. A (2011) Szasz distingue dos tipos de psiquiatría; la denominada institucional: la cual responde con acciones represivas del control social en base a internaciones impuestas. Y la psiquiatría contractual, es aquella que considera a las internaciones como demanda de la propia persona.

“el énfasis en la libre comunicación entre equipo y grupo de pacientes, y en las actitudes permisivas, que promovían la expresión de sentimientos, implica una organización social democrática, igualitaria, y no una organización social de tipo jerárquico tradicional”. (Amarante, P 2009 p.45)

Al decir de Amarante. P (2009), El término anti psiquiatría creado por Cooper, respondió a un periodo socio político en contra de la psiquiatría tradicional. Según el autor, como lo ha planteado Cooper, la antipsiquiatría es política.

Siguiendo a Vásquez. A (2011) con el correr de los años hacia fines de los setenta y principio de los ochenta, las críticas y los movimientos que se manifiestan en contra de las instituciones psiquiátricas fueron decayendo a causa de las nuevas políticas neoliberales. Se produce una reducción en el presupuesto destinado a la salud mental, se da el cierre forzado de las instituciones, considerando que el costo de las camas era alto e innecesario (eran locos), lo que generó que muchos quedaran en la calle y se beneficiaran las instituciones privadas, resurgiendo viejas concepciones y prácticas psiquiátricas.

Al decir de Vásquez. A (2011), Margaret Thatcher representante de la extrema derecha, si bien da su apoyo a la asistencia comunitaria, el único fin era eliminar las camas de los psiquiátricos, ya que eran costosas, oponiéndose a las ideas de un Estado Benefactor.

Francia

Al decir de Amarante. P (2009), Francia tiene como antecedente la experiencia de François Tosquelles, protagonista de la denominada Psicoterapia Institucional o como él dice Colectividad Terapéutica.

Tosquelles, trabaja en el hospital de Saint-Alban, e inicia la reforma psiquiátrica, rescatando la noción de trabajo terapéutico, la participación de los internados, implicándolos en su propio trabajo terapéutico.

Amarante (2009) citando a Tosquelles, dice:

“(…) me preocupe que el hospital psiquiátrico, antes que nada, fuese una escuela de libertad. No dije: “Cierren el lugar”, porque en la vida social cotidiana no hay escuela de libertad, lo que hay es escuela de alienación administrativa” (Amarante. P 2009 pp.46).

Más tarde, se desarrolla la Psiquiatría de Sector, apuntando a un trabajo externo al manicomio. La idea fue dar una continuidad terapéutica después que la persona estuviera de alta, evitando la reinternación y la internación de nuevos casos.

Se crean los Centros de Salud Mental (CSM), distribuidos en distintas regiones Francia según la distribución poblacional, es la primera vez que se habla de la regionalización de la asistencia psiquiátrica.

Otro aspecto a destacar que se dio en este periodo es el acompañamiento terapéutico a los pacientes por el equipo de profesionales tanto en el hospital como en la casa. Se destaca la idea de trabajo en equipo, siendo el tratamiento no solo una cuestión del médico psiquiatra, sino que se incorpora la participación de enfermeros, psicólogos y asistentes sociales

El estado inhumano y antisocial de las instituciones relativas a la “locura” contribuyó más intensamente para mantener y agravar las relaciones individuales inadaptadas, relativas a la salud mental, que los “prejuicios” anclados en el espíritu de los individuos que no son responsables de la inadaptación de las instituciones (Amarante. P 2009 p.48).

En la actualidad, Grebert. L (2013); tras su experiencia en la clínica La Borde en Francia, expresa como “La Borde”; se caracteriza, por dar nuevos sentidos a las prácticas, al tratamiento y a la institución psiquiátrica.

Se trata de concebir; como señala la autora (2013, p.132); el ejercicio de prácticas instituyentes, de solidaridad, de cooperación, produciendo así la transformación en las prácticas del modelo asilar manicomial. Se trata de construir alternativas que habiliten el proceso de re – singularización, de agenciamiento y de deseo.

La Borde; es una clínica psiquiátrica, espacio abierto de libre circulación, donde la internación se da por voluntad de la persona. “La Borde se construye como proyecto abierto, productor de cuerpos deseantes y de procesos singulares de existencia.” (Grebert. L 2013 p.132).

Desde lo planteado por la autora se puede pensar, y visualizar a la locura como construcción social, como enunciación de distintos procesos de significantes y subjetivación; pensar desde un posicionamiento ético - político (Grebert, L 2013)

Pensar la salud mental desde otro lugar, como señala Lee Teles. A (2007) pensar; es experimentar, es devenir, es crear; es desenvolver los signos del devenir; los conceptos, las imágenes, las distintas modalidades expresivas de un ser – tiempo unívoco.

Un posicionamiento que permita transformar, los modos de ser, que fortalezca la potencia de una singularidad individual y colectiva a la vez.

Italia: La experiencia de Franco Basaglia

Basaglia, F (1924-1980) Venecia – Italia; Psiquiatra y director del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, entre 1961 al 1970 y en Trieste entre 1971 al 1979.

Al decir de Amarante. P (2009), Basaglia. F fue pionero y partidario de la destrucción del manicomio; expresa un no a la psiquiatría y un no a la miseria. Uno de sus fundamentos era considerar la “destrucción”; Al decir de Basaglia. F (2008), “Ella logra hacer comprender nuestra aspiración a que sea eliminado lo que no debe aparecer más, el exterminio del hombre realizado en su trayectoria institucional”, (...) de no ser así, el reflejo del manicomio seguirá construyendo la imagen de la locura” (p13).

Al decir de Basaglia. F (2008), considera que el manicomio no solo contradice el principio de libertad, sino que es un “hábitat forzado y lugar de perpetua institucionalización”. (p.12).

Basaglia. F (2008) se preocupó por buscar un lugar de encuentro, de reciprocidad en la relación, una “empatía con el enfermo”. (p.9), percibe la violencia que produce el manicomio sobre las personas, sobre los cuerpos.

Basaglia, enfatiza que lo esencial es la persona, más allá de la enfermedad y su diagnóstico. La persona enferma, no solo es la enfermedad que padece, si no, a parte de la cura, tiene también necesidades básicas (vivienda, vestimenta, dinero) y de relaciones humanas en especial con aquel que lo atiende.

Al decir de Amarante. P (2005), en Gorizia, se eliminan todas las medidas de restricción física, el electroshock y la ergoterapia. Se pasa a puertas abiertas basado en los principios de la comunidad terapéutica de Maxwell Jones, constituye la asamblea abierta para pacientes, enfermeros, psiquiatras y todo aquel que desea participar conjuntamente en la organización, en la toma de decisiones del hospital. Teniendo mayor participación y responsabilidad los propios internados, incidiendo en su mejoría y autonomía. Crea en 1973 la Cooperativa Trabajadores Unidos con la participación de los propios pacientes transformándose en trabajadores.

Amarante. P (2009), citando a Basaglia. F : “una vez accionado el proceso de transformación institucional, dándonos cuenta de cuan contradictorio es la existencia de una institución que niega a la propia institucionalidad en el seno de nuestro sistema social, y cuya dinámica tiende a absorber cualquier movimiento que podría alterar el equilibrio general.(...) nuestra situación no tiene otra salida que seguir siendo contradictoria: la institución es a la vez negada y generada; la enfermedad es simultáneamente puesta entre paréntesis y curada; la acción terapéutica es, al mismo tiempo, refutada y ejecutada” (p55).

Al decir de Cano. A (2013) en Italia después de aprobada la Ley 180/1978, se comienza progresivamente con el cierre los hospitales psiquiátricos, como lo establece la ley. En la actualidad Italia no cuenta con estructuras psiquiátricas.

Al decir de Evaristo. P (2013), en la actualidad Italia cuenta con un modelo comunitario, organizado a través de un Departamento de Salud Mental (DSM), con cuatro Centros de Salud Mental (CSM), con equipos interdisciplinarios, comunidades terapéuticas y centros diurnos.

Para Cano, A. “sustituir al manicomio por otras estructuras a nivel territorial no significa per se una perspectiva “desinstitucionalizadora”, ni mucho menos.” Para ello es preciso dismantelar permanentemente las lógicas manicomiales y clasificatorias, que luchan por renacer” (2013 p.114).

Evaristo. P (2013), señala la importancia de los servicios en Red en Italia, como la estrategia apropiada para llegar a comprender el sufrimiento e intervenir adecuadamente a partir de los recursos colectivos. Metodología que requiere pensar desde la complejidad, pero no caer en una intervención asistencialista.

Siguiendo con el mismo autor, los pilares del sistema en Italia a parte de los DSM y los CSM, dan prioridad a la rehabilitación como acompañamiento, en la adquisición de habilidades y potencialidades de la vida cotidiana. Se promueve la inclusión en el trabajo, como fuente económica, promoviendo la autonomía, la sociabilidad y los derechos.

Con la creación de los Centros de Salud Mental, se cedió progresivamente el presupuesto destinado al Hospital Psiquiátrico. Evaristo (2013), señala que hoy en día sería difícil mantener un Hospital Psiquiátrico.

Evaristo. P (2013 p.22) citando a Basaglia F: “Somos minoría: si acaso el proceso de desinstitucionalización se pare o vuelva atrás, queda probado que es posible tratar la locura sin manicomios”.

Capítulo 2

Salud Mental en la Región

Mientras que en Europa surgen los diferentes movimientos como la antipsiquiatría o la desinstitucionalización ante el modelo manicomial y se producen diversos procesos de reforma en salud mental. América Latina es atravesada por prolongadas dictaduras cívicas militares, siendo con el retorno de la democracia, y el reconocimiento de la perspectiva de derechos que se comienzan a gestar movimientos en defensa de los derechos de las personas que padecen un sufrimiento psíquico.

Dichas iniciativas cobran mayor relevancia a partir de las últimas décadas, con fuerte énfasis en la perspectiva de derechos y en la adopción de un nuevo paradigma de salud mental.

Con el pasar de los años surgen en la región diferentes reformas, o legislaciones en el abordaje de la salud mental. En Argentina, se aprueba la Ley Nacional Nº 26 657 en el año 2010. En Brasil, se aprueba la reforma psiquiátrica en la Ley. 10.216 en el 2001, y en 2009, se crean los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). En Chile se crea el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en el 2000. En Uruguay actualmente, se está por aprobar un proyecto de ley de salud mental, el cual tiene media sanción aprobada en el Senado.

Argentina

Tomando los aportes de Cohen. H (1999) Argentina, tiene su primer antecedente de Reforma en Salud Mental en el año 1983, en la Provincia de Río Negro, al retornar la Democracia pasar la dictadura cívica militar. Dicha reforma es impulsada por el Gobernador el Dr. Osvaldo Álvarez, generando cambios en el “manicomio” tratando de mejorar las condiciones de abandono en la que se encuentran los internados, dando una nueva mirada a la problemática de la locura y de aquellas personas que la padecen y en oposición al modelo tradicional. Se realizan algunas experiencias de procesos de externación de las personas, se construyen alternativas comunitarias, institucionales, sanitarias, y el trabajo en equipo.

“Todo este proceso nos enseñó que el manicomio se lo deja o se lo cierra. No hay medias tintas tales como sistemas de puertas abiertas o comunidades terapéuticas. Si se lo deja intentando reformarlo, esa estructura se vuelve a manicomializar. Por todo ello, al manicomio se lo deja o se lo destruye. Nosotros optamos por destruirlo” (Cohen, H 1999 p.23).

A partir de 1991 con la promulgación de la Ley 2440, “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental” se establece en el artículo 1º- “La Provincia promueve un sistema de salud que atendiendo a la entidad total y plena del Ser Humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas de cualquier edad con sufrimiento mental. Queda prohibida la habilitación y funcionamiento de manicomios, Neuropsiquiátrico, o cualquier otro equivalente público o privado que no se adecuen a estos principios de la presente Ley”.

La Ley 2440 marca una nueva perspectiva sobre el tratamiento del sufrimiento mental, apunta a destacar los aspectos más saludables de la persona sus capacidades, respeto hacia la persona, desde la interacción social involucrando a la sociedad en su conjunto. Quedando establecido en el artículo 1º, “la recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituye el fin último de esta Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.” (Cohen, H 1999, pp47).

En el año 2010, se aprueba la Ley Nacional N° 26.657. Quedando establecido en el Artículo 1º. Los Derechos y Garantías de las personas con sufrimiento mental.

Artículo 1º. La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el Territorio Nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley N° 26 657/2010).

En el Artículo 3º se da la Definición de Salud Mental; “En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Ley N° 26 657/2010).

En la actualidad, a partir de los cambios en las políticas, a nivel económico, político y social; se han obstaculizados los avances que se venían dando y generando un retroceso en los logros ganados en Salud Mental. Hechos que han provocado rechazo por las partes interesadas en promover un cambio en la atención de las personas que padecen un sufrimiento mental.

Quintana, C y Martínez, S (2017), plantean que a pesar de contar con la Ley 26.657, no se ha logrado implementar un adecuado Plan Nacional de Salud Mental, que ponga

en marcha la creación de los dispositivos alternativos al manicomio, como la conformación de los equipos interdisciplinarios e intersectoriales, entre otros puntos como lo establece ley.

Las autoras señalan que desde la Dirección actual de Salud Mental, se desarrolla un paradigma de las neurociencias y de la mercantilización de la salud mental. Sancionándose decretos con el fin de dejar sin efecto la ley aprobada en el 2010. Dichas políticas han generado fuertes críticas de los/as usuarios/as, familiares como todos los que defienden los derechos de las personas con un padecimiento psíquico.

Refieren también, que se promueve una política de vaciamiento del sistema público de salud mental, en beneficio del sector privado, transformando una parte de los hospitales (Borda, Moyano y Tobar García), en un “centro de neurociencia” favoreciendo a la industria farmacéutica.

Como señalan Quintana, C y Martínez, S (2017), se estaría promoviendo el cierre de los pocos dispositivos intermedios que se crearon para ir cumpliendo con lo dispuesto por ley. Reforzándose así el sistema manicomial desde una perspectiva biologicista, contradiciendo lo dispuesto por la ley que plantea un abordaje interdisciplinar e intersectorial.

Brasil

En Brasil como en la región la situación no fue diferente en cuanto a la atención de las enfermedades mentales, al decir de Nascimento, S (2007) en la década de los años 60, las colonias, se encontraban en pésimas condiciones, lo que generó que fueran sustituidas por hospitales psiquiátricos privados, y como dice el autor se las denominada “la industria de la locura”. (p.261).

Al decir de Delgado, P (2007), sitúa al año 1978, en el cual comenzaron a surgir movimientos sociales en defensa de los pacientes psiquiátricos en Brasil, dando surgimiento al Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental (MTSM), integrado por varios sectores sociales, como señala el autor dan denuncia de la violencia en los manicomios, de la mercantilización de la locura y de la hegemonía de los hospitales psiquiátricos privados.

En 1987, en el Segundo Congreso Nacional del MTSM, con el lema “Por una Sociedad sin Manicomio”, al decir de Delgado (2007) se dio inicio al movimiento nacional de lucha antimanicomial.

En 1989, Delgado, P (2007), señala que entro al Congreso Nacional, un Proyecto de Ley, en el cual se proponía la reglamentación de los derechos de las personas con

trastornos mentales y el cierre progresivo de los manicomios en Brasil y fue consagrada en el año 2001, la Ley Paulo Delgado. La Ley 10216, si bien promueve cambios en la asistencia en salud mental, promoviendo servicios comunitarios y da protección a los derechos de las personas con trastorno mental, no quedo se estableció el cierre de los manicomios.

Al decir de; de León, N (2013), citando a Rodríguez la reforma brasileña se destaca de otras, por la construcción de una política nacional de salud mental. Que dio lugar a la participación de usuarios/ as y trabajadores y la creación de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS); y los Programas Vuelta a casa.

Dimenstein, M (2012), plantea que la reforma psiquiátrica, nace a partir de las críticas al modelo asistencial, como al modelo asilar, a las colonias y a los hospitales de agudos. Dichas críticas fueron acompañadas por movimientos de des-hospitalización de la asistencia médico psiquiátrica.

Como señala Amarante, P (2009) el campo de la salud mental y la atención psicosocial es un proceso social complejo y como tal se basa en la diversidad de los conocimientos de la; psiquiatría, la neurología, la psicología, el psicoanálisis, la filosofía, la sociología, etc. Como refiere el autor, la transformación no solo se limita a los cambios meramente asistenciales, también es preciso recuperar la condición de ciudadanía y la de sujeto de derecho de las personas que se encuentran en los manicomios.

Al considerar un campo de la salud mental y de la atención psicosocial al decir de Amarante, P (2009) se habla de sujeto “en” sufrimiento psíquico o mental, considerando a un sujeto que sufre. Dejando de identificar a la persona por la definición de trastornos mentales, es decir una persona trastornada (pp.68).

Los servicios deben ser un lugar de cuidado, de intercambios sociales, de sociabilidad y de producción de subjetividad, donde se trabaja con la persona y no con la enfermedad.

Como lo señala Dimenstein, M (2012), con la aprobación la Ley N° 10.216 en Abril de 2001, en Brasil, la Política Nacional de Salud Mental (PNSM), tienen como objetivo reducir las camas en los hospitales psiquiátricos. También fundamenta expandir y fortalecer la red extra-hospitalaria, la reinserción social y la atención primaria. Otra de las cosas que ha establecido Ley N 10.216/2001, es que dentro de las 72 horas, se deben comunicar al Ministerio Público Estatal todas las internaciones involuntarias. Siendo incluido en el Ministerio Público el control de la política de salud mental y la atención psicosocial.

Al decir de Stuart, P (2017) Brasil lleva 30 años de lucha antimanicomial, “por una sociedad sin manicomio”. Pese a la Ley 10.216 del año 2001, la lucha persiste, si bien hay avances queda mucho por reformar. La construcción de una red sustitutiva a la hospitalización continúa en proceso.

Al decir de Stuart, P (2017), es necesario que los municipios se adecuen a la legislación, en consideración: a los números de Centros de Atención Psicosocial (CAPS), en todos los niveles y modalidades de atención; invertir en centros comunitarios y terapéuticos; en residenciales.

Stuart, P (2017) también señala; que debido a la coyuntura política del país, el proceso de reforma psiquiátrica presenta dificultades, no habiendo intención de crear la red sustitutiva, por lo cual nos lleva a replantear la lucha constante frente a los sectores; en especial la psiquiatría; que se manifiestan en contra del modelo de atención psicosocial.

El Diputado Raimundo Angelim (2017), como defensor de la reforma psiquiátrica, y de las condiciones para su efectividad, manifiesta su inquietud al respecto.

Al decir de Angelim, R (2017) pese a que han pasado 17 años de la aprobación de la Ley 10.216/2001, se sigue luchando para garantizar y mantener las conquistas alcanzadas por los movimientos sociales. Angelim, como partidario de políticas inclusivas y humanitarias, considera que las personas con sufrimiento mental deben tener una asistencia digna, y para él; es fundamental la construcción de una red comunitaria de cuidados.

Al decir de Angelim, R (2017) “Lo que pretendemos es garantizar el cuidado en salud mental con servicios sustitutivos al modelo tradicional”.

Según plantea Amarante, P (2009) hablar de ciudadanía, derechos y aprobar leyes no es suficiente para que determine que las personas sean ciudadanas y sujeto de derecho. Considera que la construcción de ciudadanía refiere a un proceso social. Un proceso social complejo que implica cambiar mentalidades, actitudes y las relaciones sociales (p.70).

Según Amarante, P (2009), la importancia de la dimensión sociocultural para lograr un proceso de reforma es fundamental.

Al decir de Amarante, P (2009) Se instituye el Día Nacional de la Lucha Antimanicomial, el 18 de mayo, en todo el país se realizan actividades culturales, políticas, académicas, deportivas, entre otras con el fin de concientizar e informar sobre la salud mental.

Siguiendo a Amarante, P (2009), el proceso de salud mental en Brasil es destacado por la participación social en la construcción de las estrategias, los principios de salud mental, la atención psicosocial, las leyes estatales, la reforma psiquiátrica y la Ley 10.216/2001.

Chile

Al decir de; de León, N (2013) a fines de los años sesenta se iniciaba en Chile, un proceso de rectificación en lo que hace a la discriminación y estigmatización, proceso que se interrumpe por la dictadura militar.

de León, N (2013) señala, que con la reapertura democrática, se comienzan a producir cambios, en el modelo de atención, se inicia en 1993 el Primer Plan de Salud Mental, el cual se reformula en el 2000.

De acuerdo al informe WHO – AIMS, con la colaboración de la OPS/OMS y el Ministerio de Salud de Chile en el 2006, con la participación de Alberto Minoletti, entre otros se obtuvo la siguiente evaluación.

Según el informe WHO – AIMS (2006), el Ministerio de Salud de Chile, se plantea elaborar el “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría”, con el fin de mejorar los servicios de salud mental. Se establecen las estrategias y las líneas políticas a trabajar, entre ellas la Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, la organización de los Servicios, la Intersectorial y la financiación, basados en un modelo comunitario y con la participación de usuarios y familiares.

Según dicho informe a partir del año 2001, se establece la Reglamentación de las internaciones en centros psiquiátricos, y una comisión de Protección de las Personas con Enfermedad Mental. (2006)

Se consagran los derechos de las personas cuando son hospitalizadas, se regulan los tratamientos voluntarios e involuntarios y se supervisa las internaciones involuntarias.

La Comisión Nacional de Protección de las Personas con Enfermedad Mental y las tres Comisiones Regionales que funcionan desde 2001, están integradas por profesionales de la salud mental, representantes de organizaciones de usuarios y familiares, representantes del ámbito legal, académico y otros. (WHO – AIMS 2006)

Los servicios de salud mental público están organizados en una red territorial en cada servicio de salud. Además se cuenta con Centros Ambulatorios, Centros Comunitarios de Salud Mental; Centros de Tratamiento Diurno, Unidades de Corta

Estadía en Hospitales Generales y Clínicas Psiquiátricas Privadas; Hogares y Residencias Protegidas.

Según dicho informe la mayoría de los usuarios son tratados de forma ambulatoria tanto a nivel público como privado. (WHO – AIMS 2006)

Según el informe realizado en el 2006, la formación y la capacitación de los profesionales en salud mental, Chile no cuenta con programas de formación de pre grado y pos grado en salud mental en enfermería y en asistente social. Psiquiatría cuenta con un programa estructurado de formación y certificación de tres años de duración y siendo el número de egresados bajo. En psicología es mayor la oferta en su distinta formación clínica en posgrado.

En cuanto a la participación de las Asociaciones de Usuarios y la de Familiares, han participado escasamente, en la definición e implementación de algunas políticas, planes y proyectos legislativos de salud mental.

Chile, no cuenta con disposiciones legislativas o financieras, que obligue a contratar personas con discapacidad, ni protección frente a la discriminación en el ámbito laboral, dado que hay un fuerte estigma hacia las personas con enfermedades y discapacidad mental.

A través del Plan Nacional de Salud Mental, Chile ha logrado algunas cosas significativas, más allá que no cuente con una legislación específica en salud mental que proteja los derechos de las personas con sufrimiento mental.

Se distribuyo fondos entre el hospital psiquiátrico y los dispositivos ambulatorios y comunitarios. Los Centros de Atención Primaria de Salud, con competencia en salud mental aumentaron, generando que las personas tengan un mayor acceso a la atención de salud mental y psiquiatría. La atención psicosocial y el manejo de los medicamentos se brindan tanto en la atención primaria como en el nivel de la especialidad.

La reforma de Chile es iniciada en el 2005, explicita las prioridades de salud mental definidas en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

En la actualidad según el Ministerio de Salud de Chile (2017), señala que si bien el país ha logrado avances, en cuanto a la incorporación de Políticas de Salud Mental y la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, persiste una gran brecha en su aplicación. Siendo las aéreas más deficitarias las de legislación y derechos humanos, recursos humanos y capacitación, medicamentos esenciales, sistema de información, investigación y evaluación, intersectorialidad.

Según el Ministerio de Salud de Chile, se ha presentado en los últimos años una desigualdad en el acceso a los centros para las personas que viven en zonas rurales apartadas. Falta del reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad mental en la legislación chilena e incumplimiento de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por Chile en el año 2008. (2017)

Aumento del uso de internaciones involuntarias, insuficiente participación de los usuarios/as y familiares en la formulación de políticas, planes. (Ministerio de Salud, 2017).

Capítulo 3

Recomendaciones Internacionales y la Perspectiva de Derechos

A la hora de considerar cambios en el modelo de atención en Salud Mental, es pertinente mencionar los diferentes documentos internacionales que han surgido en los últimos tiempos con el fin de promover y establecer las estrategias, disposiciones, principios y reglamentaciones, en consideración al respeto de derechos inherentes de las personas. Siendo que las personas con algún tipo de padecimiento psíquico, han permanecido en el olvido en las políticas que refieren a la salud mental en nuestro país.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2013) establece que la salud mental como parte de la salud, es también determinada por las condiciones socio – políticas y económicas, por lo cual tiene que ser abordada mediante estrategias integrales, con implicación del gobierno.

La Declaración de Alma Ata en 1978; Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), se acordó la meta de la salud para todos.

Al decir de Ottonelli, F (2013) se definió la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante...”. (p 62)

Se plantea trabajar desde un abordaje integral y progresista en Atención Primaria en Salud (APS), adoptada como la estrategia fundamental, que abarque los servicios de salud, las causas sociales, económicas y políticas, con una distribución más justa de los recursos sanitarios. (Alma Alta, 1978)

La Declaración de Caracas de 1990: Conferencia Regional sobre reestructura de la atención psiquiátrica; se establece que la atención psiquiátrica basada en el dispositivo asilar no concuerda, con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. Según Ottonelli en dicha declaración se plantea que la estrategia a adoptar sea APS. Se promueve un modelo alternativo, centrado en la comunidad, el cual permita salvaguardar la dignidad personal, los derechos del paciente y su permanencia en su medio comunitario. Uno de los puntos a destacar es sobre la internación psiquiátrica, estableciendo que deben realizarse en los hospitales generales.

Al decir de Ottonelli, F (2013) dicha declaración marco un punto esencial en lo que hace a la salud mental en Américas Latina y a nivel internacional se comenzó a considerar el pasaje del modelo psiquiátrico a una atención comunitaria.

La Asamblea de Naciones Unidas en 1991, recomienda a establecer resguardos y garantías a los pacientes, al ser reconocidos y tratados como sujetos de pleno derecho.

Al decir de Pérez, R (2013) la Salud Mental es considerada por las Naciones Unidas como una de las principales prioridades de la Salud. Dado el incremento de las cifras de las personas que padecen de sufrimiento de lo mental en el mundo, siendo una de las principales causas de discapacidad, dependencia y de obstáculo.

Como señala Pérez, R (2013), para lograr una vida satisfactoria y en base a derecho es preciso; citando a Saraceno “(...) un cambio epistemológico en el modo de entender y abordar las enfermedades mentales, (...) basado en el sujeto como elemento activo en su proceso de integración social y poseedor de derechos y deberes”. (p. 157)

En 1991, se redactan los principios para la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención de la salud mental, en términos de derechos humanos.

“Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendida por esa causa, tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, a un defensor que velara por el respeto de sus derechos y que no sean discriminados. Tienen derecho a vivir, trabajar y ser atendidos en su comunidad.” (Naciones Unidas, 1991)

En el 2001, la OMS redacta el Informe Mundial de Salud Mental, consagrando los principios rectores que orientan la Reforma de la Atención de la Salud Mental. Teniendo en cuenta la promoción, prevención y el tratamiento de la población en vulnerabilidad psicosocial, desde el nivel de atención primaria (OMS 2001).

Se insta a que los países establezcan políticas, programas y legislaciones nacionales, el desarrollo de recursos humanos, la educación al público y atención comunitaria, entre otros puntos.

La Convención Internacional de los Derechos de toda persona con Discapacidad (CDPD) adoptada por las Naciones Unidas en 2007, ha sido ratificada por el Estado uruguayo, en la Ley N° 18.651 en 2008, constituyendo un avance fundamental en la protección de los derechos de las personas con discapacidad.

Al decir Iglesias, G (2017), con dicha Convención, los Estados que la ratifiquen, quedan comprometidos a elaborar políticas, leyes, que aseguren los derechos reconocidos en la misma.

Para la autora es preciso tener un posicionamiento filosófico y sociológico que aborde la temática desde el sustento de los principios de los derechos humanos.

La perspectiva de la CDPD se deja atrás los conceptos como deficiencia, minusvalía, incapacidad, imposibilidad, adjetivaciones que han sido una barrera, para las personas con discapacidad. Como señala Iglesias (2017) un abordaje basado en el modelo social propuesto por la CDPD, el diagnóstico pasa a ser una variable más de la persona y no su condición de persona, “ya que el derecho a la personalidad jurídica, está garantizado por su sola existencia, por la grandeza de ser “persona” en el sistema de Derechos Humanos.” (Iglesias, G 2017 p. 43)

Como señala Iglesias, G (2017), a partir de la CDPD, se debe garantizar que las personas con discapacidad disfruten del derecho inherente a la vida en igualdad de condiciones, de libertad, seguridad, reconociendo que todas las personas son iguales ante la ley, brecha que aun se mantiene debido a las barreras sociales que han sido impuestas por las políticas no inclusivas.

Entre otros la autora señala ; el derecho a la accesibilidad; al transporte, a servicios públicos, a la información, a la comunicación, a la capacitación, promover la movilidad personal e independencia. Igualdad derechos; a trabajar dignamente, a participar de la vida política y pública e incluso el derecho al voto, consagrados en la CDPD (2007).

Capítulo 4

Reseña histórica de la situación de la salud mental Uruguay

Al decir de Barran, J (1992); historiador uruguayo; En Uruguay del siglo XIX, la enfermedad y la salud se describen en función de las vivencias del hombre con el cuerpo. El dolor físico se considera del orden de lo natural, concepción que favorece el

uso de terapias dolorosas, (como es el uso del mercurio en la cura de la sífilis), cultura que no se horroriza ante la enfermedad.

Al decir de Barran, J (1992), Es partir del siglo XX, entre 1900 y 1930, que se comienza a utilizar la medicalización en la sociedad uruguaya, se produce un cambio en las prácticas hacia la cura, que hasta entonces se basadas en el saber popular o el curandero. Pasando ha otorga el protagonismo al poder médico y al saber científico.

Considerando algunos antecedentes que hacen a la cronología; Ottonelli, F (2013), señala que en el año 1778, se producen las primeras internaciones en el hospital de caridad de Montevideo, el actual Hospital Maciel.

En 1860, se crea el primer nosocomio el “Asilo de Dementes” que funciona en la quinta de Don Miguel de Vilardebó, y en 1880 se abre el Manicomio Nacional; hoy Hospital Vilardebó; en el año 1910, contaba con aproximadamente 1500 internados.

En el año 1912, se crea la Colonia Etchepare en el departamento de San José, a consecuencia de la masificación en el manicomio nacional.

En el año 1936, bajo la dictadura de Terra, se crea la primera ley N° 9.581 “Asistencia de Psicópatas”, y se reglamenta las instituciones psiquiátricas a cargo de la dirección de un médico psiquiatra, se crea un organismo de contralor y la Inspección General de Psicópatas, se exigen constancias y certificados para otorgar internaciones (Ottonelli ,F 2013 p.61).

Según Techera, A.et al. (2013) En 1948, en el periodo de la presidencia de Batlle se crea la ley N° 11.139; “El Patronato del Psicópata”. Donde se contemplan algunos aspectos relacionados a la reinserción del paciente a la sociedad. Determina que en los talleres se puedan capacitar y dar trabajo a los internos.

Al decir de Ginés, A (2013) en el año 1966, el informe realizado por Pierre Chanoit (OPS/OMS), sobre la situación de la atención psiquiatría en nuestro país, sirvió de insumo para el Plan de Salud Mental de 1972.

Al decir de Techera, A.et al. (2013) En 1972, surge la idea de un Plan de Salud Mental por el Ministerio de Salud Pública, el cual se irrumpe con la instalación de la dictadura, en 1973, que culmina 1985. Con el retorno a la democracia la Comisión Nacional de Salud Mental, reformulan el Plan Nacional de Salud Mental y se establece la Atención Primaria en Salud y se crean unidades de Salud Mental en los Hospitales Generales.

Siguiendo con los mismos autores (2013), es de conocer que en el año 1983 se inaugura el Hospital Psiquiátrico Musto y es cerrado en 1996, tras la muerte de varios

pacientes a causa de hipotermia. Hecho que produjo que dichas personas terminaran recluidas en las colonias o quedaran en la calle.

En el 2005, se produce en nuestro país un cambio en el Gobierno, asumiendo por primera vez un partido de izquierda (Frente Amplio), el cual permanece en la actualidad.

Se generan cambios en las políticas públicas en la salud; se crea el nuevo, Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS),

El conjunto de servicios de salud del Estado, comunitarios y privados sin fines de lucro integrados en forma de red en una estructura única de organización, con un organismo central de gobierno que define políticas, normas generales, programas, unifica políticas de recursos humanos, organismos reguladores y sistemas de supervisión y control; con niveles de atención definidos e interrelacionados, con niveles de administración regionales y locales descentralizados, que convoque y asegure la participación activa de la comunidad organizada y los trabajadores de la salud; con el propósito común esencial de asegurar cobertura universal, equidad en las prestaciones y su funcionamiento, eficacia y eficiencia económica y social y una atención integral de la salud (SNIS, 2011).

Considerando los aportes de Ginés, A (2013); el SNIS, tiene como objetivo dar privilegio a la Atención Primaria en Salud (APS), se da redacción al documento “Salud Mental; en emergencia social en el nuevo modelo asistencial”, que apunta a la actualización del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), que tuvo sus inicios en la década de los ochenta, impulsado por familiares, pacientes, trabajadores, técnicos y docentes de salud mental.

Según el autor, el programa apunta a la creación de Centros de Salud Comunitarios, al desarrollo de Unidades de Salud Mental en hospitales generales y a los nuevos modelos de atención de las personas que padecen trastornos mentales severos y a la reestructuración del Hospital Vilardebó y la Colonia de Asistencia Psiquiátrica. (2013 p.37)

Siguiendo con Ginés, A (2013), el Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental está incluido en el SNIS desde 2011, tiene como objetivo realizar intervenciones psicosociales desde un abordaje psicoterapéutico, para usuaria/o con necesidades en el área de la salud mental, en todo el país, a través de implementación de nuevas prestaciones.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Los Sistemas de Salud comprenden a todos los recursos que una sociedad dedica a la protección y al

mejoramiento de la salud de las personas (...), Un buen sistema debe ser equitativo en la forma en que las personas contribuyen al financiamiento de la atención, así como responder a las expectativas de la gente respecto a su tratamiento, tratándolas con la dignidad que se merecen” (SNIS 2005/2009 p. 11).

A pesar de los cambios logrados en referencia a la salud mental en nuestro país, aún no son suficientes teniendo grandes deudas, con respecto a los acuerdos firmados y ratificado con respecto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Al decir de Kakuk, M (2013), en el 2007, mediante la Comisión Asesora Técnica Permanente (C.A.T.P) del M.S.P y el subgrupo Legislación y Derechos humanos, se da comienzo a la redacción de un anteproyecto de ley de salud mental, el cual no prosperó dada las constantes diferencias, no logrando acuerdos entre las partes.

Ante la necesidad de profundizar en los cambios en respeto de las personas que asisten a los servicios de salud mental, surge en el año 2012, La Asamblea Instituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna” con el fin de reivindicar, al Estado una Ley de Salud Mental.

Integrada por sectores de la Universidad de la República, docentes, estudiantes, Facultad de Psicología, Organizaciones Sociales, Usuarios y Familiares de los Servicios de Salud Mental. Movimiento social, de usuarios y familiares, no partidario en lucha de los derechos de las personas con un padecimiento psíquico. (Asamblea Instituyente 2012)

Según la Asamblea (2012), se dicen ser Instituyente, dado que pretenden cobrar visibilidad a las condiciones de vulneración y de violencia institucional a la que están sometidos los usuarios, familiares, como a las relaciones de poder que se dan en las instituciones psiquiátricas.

Al decir de Baremlitt, G (2005), lo instituyente; son los movimientos históricos de revolución o de transformación radical de una institución, el cual genera estos procesos de transformación y dan como resultado lo instituido; efecto de la actividad instituyente la cual va creando o modificando una institución, denominado proceso de institucionalización (p.37).

La Salud Mental, la entienden desde lo integral y como un Derecho Humano fundamental. Por Desmanicomialización, sostiene que la lógica manicomial es homogenizante, estigmatizante, productora de aislamiento y sus formas de relacionamiento generan identidades vulneradas. Vida Digna; en el sentido de una ética que permita y promueva la autonomía, la libertad, la singularidad; acción

transformadora que garantice el camino a una vida digna. (Asamblea Constituyente, 2012)

La Asamblea Constituyente en su reivindicación de los derechos de toda persona con padecimiento de lo mental, organiza la primera marcha por salud mental desmanicomialización y vida digna, el primer Encuentro Antimanicomial¹, y se elabora como insumo un Anteproyecto de Ley de Salud Mental. Manifiestan al Gobierno, la urgencia de aprobar una Ley en Salud Mental, que garantice los derechos de los usuarios y que presente alternativa al sistema manicomial.

En cuanto al Anteproyecto de Ley de Salud Mental, la Asamblea Constituyente (2015) expresa;

“La salud mental, es un componente fundamental de la salud integral y constituye un proceso de determinación histórica, social, económica, cultural, psicológica y biológica, vinculado a la concreción del derecho a la vida digna, al bienestar, al trabajo, a la seguridad social, a la vivienda, a la educación, a la cultura, entre otros derechos inherentes a su condición de persona” (Anteproyecto de ley de salud mental 2015).

Por otra parte, los diversos episodios traumáticos que sucedieron en Instituciones Asilares, como fue la muerte de un paciente internado, por causa del ataque de una jauría de perros del lugar. Hecho que cobro relevancia pública en los medios de comunicación y movilizaciones de los colectivos social, generando que el Ministerio de Salud Pública (MSP), redacte un Proyecto de Ley de Salud Mental, entra al Parlamento y cuenta con media sanción aprobada en el Senado.

Con la aprobación de dicha Ley, se pretende dar reglamentación desde un marco jurídico a las normativas y a los derechos, y a la vez otorga herramientas para la elaboración de futuros planes, programas, de atención en salud mental, considerando los derechos de las personas con padecimiento en mental.

La elaboración de un Proyecto de Ley de Salud Mental, debería contar con una clara comprensión del campo de la salud mental, de los derechos humanos, como la incorporación de la CDPD, la no discriminación. Como lo ha ratificado nuestro país, en la ley 18.651/2010, sobre los derechos de las personas con discapacidad, la “discriminación contra cualquier persona por razones de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano.” (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad 2007).

¹ En el 2016 se desarrolló la V Marcha por salud mental desmanicomialización y vida digna, y el IV Encuentro Antimanicomial.

Un punto importante que incorpora el Proyecto de Ley de Salud Mental (2015) es el cierre progresivo de estructuras asilares, según el Artículo 37 “Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas” (Proyecto de Ley de Salud Mental-Montevideo 2015).

Los procesos de desinstitucionalización, al decir de Galende, E (2008) es la salida de la institución en la que se encuentra la persona, hacia su reubicación en los espacios alternativos, como en la integración social comunitaria. Se habilita así a una nueva subjetividad, no quedando solo abocados a un cambio institucional, sino también a un cambio cultural que rompa con las lógicas hegemónicas.

Según el artículo 37; se establece uno de los propósitos de la Comisión Nacional por una ley de Salud Mental (CNLSM). Pero con cierta falencia, ya que si bien se plantea el cierre de las estructuras asilares, no plantea un cronograma y una fecha límite para el cierre de los mismos.

Capítulo 5

Interrogantes, análisis y reflexión

A continuación se pretende reflexionar sobre el proceso del Proyecto de ley de Salud Mental en nuestro país. Tratar de visualizar los conceptos y postulados contenidos en el articulado, en relación a ciertas cuestiones que se consideran relevantes y deberían estar plasmadas en una ley de salud mental, según lo han recomendado los organismos internacionales.

¿Cuáles son las concepciones de Salud Mental?

Es de recordar que la noción de salud mental, surgió como respuesta ante la necesidad de lograr un cambio de la atención psiquiátrica.

En el correr de los años, se han generado cambios en las posturas teóricas, en las significaciones, de lo que hace a la salud mental, como en la consideración de la interdisciplinariedad, intersectorialidad, la participación de los usuarios y familiares, la información y formación en el campo de la salud mental.

La salud mental para Galende, E (2006), es una cuestión ética y como tal, tiende a la crítica de las relaciones de poder, a la práctica de la psiquiatría y al modelo asilar. Entender el sufrimiento mental, desde la psiquiatría al de salud mental, es considerar un campo complejo, un nuevo objeto epistemológico.

Techera, A. Apud, I. (2013), citando a Roger Bastide; “concebir la salud mental desde una visión amplia, que permita incluir dimensiones históricas, culturales y sociales, (...) problematizar las múltiples causas, biológicas, ambientales, culturales, vinculares, etc.- que pueden incidir en el desarrollo psicológico, así como también determinar qué tipo de caracterologías se producen, normalizan y repudian en distintas sociedades y culturas (p.27).

Al decir de Vainer, A (2007), el concepto de salud mental, encierra una polisemia de sentidos, dependiendo de la ideología y las teorías que componen la concepción de enfermedad y salud mental. Por ejemplo la psiquiatría defiende la cientificidad de dicha disciplina y como la garante de promover la mejoría a través de la medicación. Se aboca a un aspecto de la persona la “enfermedad”.

Para otros autores, se entiende a la salud mental desde la complejidad, desde una dimensión bio-psico-social. Considerando a la salud mental desde un abordaje interdisciplinario, intersectorial y político.

A grandes rasgos se puede elucidar cuál de estas concepciones se reflejan en el Proyecto de ley y genera cierta tensión frente a la CNLSM.

Una de las tensiones que se manifiestan sobre el articulado del Proyecto de Ley de Salud Mental, es en referencia al uso de “trastorno mental”, como se viene planteando, esta terminología contradice lo planteado en cuanto al uso de términos peyorativo, como lo establece, la Ley 18.418, sobre los derechos de personas con discapacidad. La CNLSM, considera que aborda un aspecto de la persona, la enferma no considerando los aspectos biopsicosocial. Y como señala la CNLSM (2017) en cuanto a lo que se pretende es una ley de salud mental y no de trastorno mental.

El Anteproyecto de ley de Salud Mental en Uruguay, define:

La “salud mental es un componente fundamental de la salud integral. Constituye un proceso de determinación histórica, social, económica, cultural, psicológica y biológica. Vinculado a la concreción del derecho; (...); derechos inherentes a su condición de persona.” (Anteproyecto de Ley de Salud Mental 2015).

de León, N (1998) citando a Barembliitt; entiende el campo de la salud mental como el “lugar de entrecruzamiento de múltiples determinaciones que configuran líneas de fuerzas, materialidades diferentes articuladas o mezcladas entre sí, determinadas sociopolítica, económica, ideológica e histórica en el llamado campo de salud mental” (p 364).

Según Galende, E (2008), para lograr el pasaje de la psiquiatría al de Salud Mental, es necesario considerar una “ruptura epistemológica”. Romper con las lógicas del

positivismo que sustentan al poder médico y están internalizadas en el imaginario social, siendo la figura del médico el poseedor un saber científicamente aprobado.

Al decir de Galende, E (2006); Desde el campo de salud mental, se toma en la definición de salud, la noción de un proceso de cambio permanente; a diferencia de la psiquiatría que sustenta una definición en base a la enfermedad “mental” aludiendo a una categoría.

El Proyecto de ley de salud mental, toma la definición de Trastorno Mental según la OMS, en 1992, “la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento persona”.

Según la CNLSM (2017), El término “trastorno”, derivado de la psiquiatría, genera la patologización y la estigmatización de las personas.

Según Fernández, R (2017), el estigma y la discriminación son dos prácticas sociales que han estado siempre vinculadas a la producción de los trastornos mentales y a la negación de los derechos de dichas personas. Para dicho autor tanto la denominación de enfermedad o trastorno mental, tienen un poder social constituyendo una patologización en sí misma.

Al decir la CNLSM (2017), con el uso del término trastorno mental, se “particulariza a un núcleo de personas delimitado” no dirigiéndose a la población en general. Es preciso dejar de considerar a la persona por la enfermedad que padece, para considerar una persona que es atravesada por la incidencia de varios factores que la construyen como tal, desde las necesidades más básicas como la higiene, la vivienda, el trabajo, como se establece en la CDPD 2007.

Por lo tanto la organización de los sistemas de salud mental, deben mantener una sinergia con respeto a la concepción de salud mental adoptada, a la hora de implementar una nuevas estructuras en los servicios, siendo las estructuras comunitarias la más adecuada, como lo establece la Declaración de Caracas en 1990.

Galende, E (2008), considera a la Atención en Salud Mental desde el modelo comunitario, integra, con mayor interacción entre los profesionales, familiares y la comunidad. Incorporar redes de asistencia, más cerca de los usuarios, que abarque la promoción, prevención, tratamiento y la rehabilitación, coordinados entre el sector salud y la comunidad (p.172).

Interdisciplinariedad e Intersectorialidad

Interdisciplinariedad

Antes de hablar de Interdisciplina, es preciso hacer mención al concepto de disciplina: entendida como una forma sistemática de pensar la realidad, desde un recorte que se hace de ella, desde el saber científico que distingue a las disciplinas según su objeto de estudio. Y por interdisciplinariedad: inter- “lo que se da entre” y disciplina- “calidad de disciplina”. Se entiende como la interacción e intercambio entre las disciplinas que interactúan sobre una misma problemática.

Al decir de Stolkiner, A (1999) la interdisciplinariedad se constituye por distintas disciplinas, mediante un intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, entre cada una de las que intervienen en el abordaje. Es una de las formas posibles para enfrentar los problemas heterogéneos de la salud.

Surgiendo a Stolkiner, A (2007), la interdisciplinariedad implica un posicionamiento epistemológico que reconoce la historicidad y la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, no supone relaciones lineales de causalidad y se antepone a la comprensión de la complejidad. Como refiere la autora es un posicionamiento, no una teoría unívoca, es reconocer la incompletud de cada disciplina. Para la autora el trabajo interdisciplinario es un trabajo grupal, que permite reconocer los saberes de los otros actores, como cuestionar el propio.

Tomando el planteo Galende, E (2008) la salud mental como campo complejo, no puede ser abordada desde la imposición del positivismo de la medicina, que considera a la psiquiatría como la única disciplina que puede dar respuestas epistemológicas y metodológicas a la problemática de la salud mental, no contemplando la interacción de los saberes o sea un abordaje interdisciplinario.

Como señala el autor, trabajar desde la noción de campo, es considerar la intervención de las disciplinas no como sumatoria de las mismas, sino, se deben actuar desde la integralidad de las mismas. La Salud Mental no consiste en una disciplina que marque los límites de su campo teórico y de intervención práctica, en la producción de conocimiento acerca del sufrimiento mental, dado que sus límites son difusos y se confunden con muchas prácticas sociales y los modos de atención.

La importancia de abordar la salud mental desde lo interdisciplinario, es uno de los principios fundamentales consagrado en la Conferencia Internacional de Alma –Ata en

1978, en el marco de las estrategias de la Atención Primaria de Salud (APS). (Alma-Ata, 1978).

Al decir de Stolkiner, A (2017) citando a García, la Interdisciplina es una metodología de trabajo y al mismo tiempo un marco conceptual que intenta fundamentar el trabajo interdisciplinario sobre bases epistemológicas.

A la hora de pensar y formular una ley de salud mental que comprenda a la vez un cambio el modelo de atención, no puede quedar como un simple enunciado, sino que desde estar planteado desde el marco teórico, el trabajado interdisciplinario, desde la integralidad de todos los saberes mas allá que sean, o no científicamente o académicamente aprobados.

En el Proyecto de Ley de Salud Mental en nuestro país, plantea en el artículo 19: “que la atención en salud mental este a cargo de equipos interdisciplinarios integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. Sin especificar que se entiende por equipo interdisciplinario y cuál es su función, no se menciona la participación de los mismos en la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental, como tampoco se menciona la participación de usuarios/as y familiares, como la participación de colectivos nucleados en la CNLSM, para la elaboración de dicho plan, no reflejando una articulación integral.

A diferencia de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26 657 del 2010 en Argentina, que promueve un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de atención primaria de la salud. Promueve que la atención en salud mental este a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados. Se incluyen las aéreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otros campos pertinentes. (Véanse los artículos 8 y 9). La presente Ley aborda en diferentes artículos la responsabilidad y la competencia del equipo interdisciplinario, se hace mención en el artículo 16; a) el diagnóstico interdisciplinario e integral consiste en la descripción de características relevantes de la situación particular de la persona (...), a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen. En el artículo 24, en cuanto a la internación, se establece que los informes periódicos deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de las estrategias de atención y fundamentar adecuadamente la necesidad de la internación (...).

Intersectorialidad

La noción de intersectorialidad, entendida como la participación de otros sectores, además del de la salud, los cuales deben intervenir en conjunto. Junto a la integralidad interdisciplinar, se apunta a una atención desde un abordaje en APS, siendo la estrategia fundamental para abordar, reorganizar los recursos del sector salud, al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación. (Alma-Ata, 1978).

Como plantea Galende (2008) incluir acciones intersectoriales es fundamental, las personas con sufrimiento mental, no solo precisan de los servicios de salud, sino que presenta necesidad que hacen a la integridad de la persona, como lo es el trabajo, la vivienda, accesibilidad a los centros de salud, entre otros.

Incluir acciones intersectoriales es fundamental, como lo han planteado los autores trabajados, las personas con un sufrimiento mental, no solo precisan de los servicios de salud sino que presentan necesidades que hacen a la integridad de la persona, como lo es el trabajo, la vivienda, accesibilidad a los centros de salud, etc.

En cuanto a la intersectorialidad las políticas deberán incluir programas que garanticen a las personas con padecimiento mental, la accesibilidad al trabajo, la educación, la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda, todo lo que fuera necesario para el desarrollo y la inclusión social.

En el Proyecto de Ley de Salud Mental (2015), según el Artículo 11; A través del Ministerios de Salud; en coordinación con los otros Ministerios (Economía y Finanzas; Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Desarrollo Social, Educación y Cultura entre otros organismos competentes); promoverá planes y programas de inclusión social de las personas con trastornos mentales creando dispositivos de integración, e inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura entre otros aspectos.

Según lo expresa el Artículo 3, en el ítem j; el trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico. En el ítem s; se expresa el derecho a no ser sometidas las personas a trabajos forzados.

La inserción laboral, debe ser pensada, ajustada al perfil y a las posibilidades de las personas de mantener sostenibilidad al trabajo, el cual debe ser remunerado; promover emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo o similares; dar formación laboral con sus respectivos certificados para el mercado laboral.

Se puede ver que la intersectorialidad como la interdisciplinariedad, en el Proyecto de Ley, forma parte de un enunciado en sus respectivos artículos, pero no componen una perspectiva integral en todo el Proyecto de Ley.

Al decir de Galende, E (2013), sobre la interdisciplinariedad, es una cuestión ética, una opción ética ya sea en la práctica como en la teoría.

Participación de los usuarios y familiares

La participación de los usuarios/as y familiares se sitúa a partir de 1980, con el desarrollo del modelo psicosocial. En nuestro país surgen a partir de 1985, diferentes movimientos, vinculados a la salud mental, que reclaman un cambio de modelo de atención.

Al decir de Palacios, A (2017); es de recordar que 1986, con el Programa Nacional de Salud Mental, se promueve un abordaje comunitario en la atención en salud mental, la intervención con familiares, como el apoyo a la reinserción social, de las personas que tienen un padecimiento mental. Según la autora, señala citando a Baroni y a de León, que si bien se producen avances, el cambio en el modelo de atención no fue desarrollado por falta de recursos y disposición política (2017).

Surgen en este periodo las primeras asociaciones familiares: Grupo de la Esperanza (1989); Centro Psicosocial Sur – Palermo (1987); y Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación (CIPRES) en 1988.

Entre otros colectivos se encuentra; al decir de Baroni, et al (2013); el colectivo Radio Vilardevoz: es un espacio de intervención, que propone mediante un proceso, el considerar al paciente, como participante, y siendo los participantes los que llevan adelante la radio, siendo los que toman la voz.

Siguiendo con Baroni, C (2013), a través de la campaña llamada Rompiendo el Silencio, la cual tuvo como objetivo promover, difundir y generar la discusión acerca de la situación de la salud mental en el Uruguay, desde quienes han sido excluidos, sin ser escuchados por su condición de locos.

Baroni C; et al (2013; 170), toman las palabras de los participantes de la radio y citan:

“Los psicofármacos no son la pastilla de la felicidad, sirven para estar compensados, no solucionan los problemas sociales, de vivienda, vinculares, no solucionan los temas profundos. Los psiquiatras con su empeño de recetar y recetar solo están invadiendo nuestro cuerpo de psicofármacos a los cuales luego nos acostumbramos y los necesitamos y nos volvemos adictos (...).”

“No soy licenciada en ninguna materia, pero mi experiencia como usuaria de los servicios de salud mental, de refugios, de casas de salud y la vivencia de la experiencia de otros compañeros, etc., me dan como para que hable con propiedad sobre el tema.”

Es así, como a través de las audiciones en la radio, se propone difundir y reflexionar sobre la locura y la salud mental. Desde sus propios relatos como usuarios del sistema de salud mental se proponen sensibilizar sobre la salud mental a la población.

Como lo señalan dichos autores, para construir nuevas redes, generar posibilidades, inclusión social es preciso escuchar todas las voces, sobre todo las de los propios involucrados, los usuarios y la familia.

Tanto la familia como el usuario son voces que deben ser escuchadas; ya que son ellos los que viven día a día, las contradicciones sociales y la discriminación.

Dicho colectivo entiende a la Salud; como un proceso colectivo determinado por las condiciones socio-históricas en la que vive la gente.

Desde la perspectiva de campo de Salud Mental, se le da valor y lugar la participación del usuario, familia, al grupo social como a la comunidad.

Los diferentes documentos internacionales plantean la incorporación de los usuarios y familiares en la participación en los programas, leyes que se quieran implementar siendo parte integral y un derecho.

Al decir de Palacios, A (2017) citando a la OMS (2006): “Las familias y las personas a cargo asumen frecuentemente importantes responsabilidades en el cuidado de las personas con trastornos mentales, y la legislación debe reflejar este hecho”.

El Anteproyecto de Ley de Salud Mental y Derechos Humanos, expresa que las familias de usuarios tienen derecho, a acceder a una atención interdisciplinaria y en salud mental.

Como el derecho la participación en el diseño e implementación y monitoreo de las políticas públicas en salud mental. (Asamblea instituyente 2015)

Siguiendo con Palacios, A (2017); en un enfoque de Derechos Humanos en Salud Mental, las familias configuran un nuevo lugar en este campo: son sujeto de derecho, con derecho a la atención, a la participación y a la información.

La Federación Caminantes; Organización de Familiares por Salud Mental; se presentan ante la Comisión de Salud Pública del Senado, para exponer su opinión sobre el Proyecto de ley de salud mental. (Versión taquigráfica del día 19 de abril de 2017). Los mismos, expresan que ellos cuentan con la experiencia de la vivencia y entienden a la salud mental, en el sentido de buscar el bienestar y la inclusión social

de su familiar. Donde el centro sea la persona y no su enfermedad, más allá de eso, la salud, entienden que es un problema social, dado que las personas en sufrimiento mental, no pueden trabajar, no tienen opciones, oportunidades, quedando sus proyectos coartados. Y consideran que en este sentido la ley daría herramientas, para que dichas personas sean incluidas y reconocidas como sujetos de derechos. (2017)

Información y desinformación en salud mental

A través del Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública (CAInfo), el Instituto de Estudios Legales y Sociales de Uruguay (IELSUR) y la Asamblea Instituyente por Salud Mental, desmanicomialización y vida digna, presentan el informe “Aportes para la Transformación del Modelo de Atención en Salud Mental en Uruguay”, dicho informe se elabora, partiendo que en nuestro país a partir del 2008, se cuenta con la Ley N°18.361; Ley sobre el Derecho de Acceso a la Información Pública, solicitando a distintos organismos públicos, (MSP, BPS y ASSE), información acerca de la atención en salud mental en nuestro país. Información basada en una lista de indicadores por ejemplo: medicamentos psicoactivos y prescripción, aplicación de electrochoque, frecuencia y reincidencia, costo promedio de intervención mediante electroshock, entre otros.

Según los datos obtenidos, se pudo concluir que Uruguay está lejos de cumplir con las recomendaciones brindadas por las organizaciones internacionales, que el sistema de salud mental en nuestro país viola los derechos de los usuarios y de los familiares. Y dichos organismos públicos presentan un déficit en la información siendo escasa y nula por momentos. (Cainfo 2014)

Se puede inferir que por la poca información brindada, es deficiente el sistema de control en los distintos organismos. No se pudo determinar si hay abuso o no de los medicamentos psicoactivo, el uso de electroshock, por falta de información, indicadores de gran relevancia a la hora de evaluar la eficacia de los tratamientos, como de los dispositivos de atención centrados en la internación.

En cuanto a la información brindada por los medios, al decir de Rodríguez (2013; 202), “está presente en los medios, solo cuando a alguien es desequilibrado; (...)”; comete una acción violenta, un asesinato por ejemplo. Siendo el único interés difundir la noticia, la violencia en sí, y no la situación en sí misma en los medios de comunicación masiva.

Como señala Rodríguez, A (2013; p 203) “la información sin el contexto es una información parcial, “renga”, que no aporta mucho. Solo satisface el morbo (...)”

El mismo autor refiere, que la información que se brinda sobre las políticas de salud mental, es poca o nula en cuanto, no solo sobre el enfoque, sino también en relación a las políticas, y con el accionar de las persona en sociedad. Siendo esencial la información, el conocimiento sobre la salud mental, para poder lograr una concientización social.

Al decir de Rodríguez, A (2013), para lograr el involucramiento, en estos temas, es preciso un cambio cultural. Que otorgue una mayor responsabilidad a los medios de comunicación, a las instituciones y a la sociedad en la disminución de la estigmatización y favorezca la concientización.

En cuanto a los usuarios y familiares, por ejemplo la Ley 26.657 Argentina; establece que es parte del equipo interdisciplinario informar sobre los derechos prescriptos en dicha ley, y la posibilidad de acceder a la misma a modo de informarse de todo lo concerniente a la atención, a la internación, de modo de asegurar que los derechos consagrados sean respetados.

Al decir de Caldeyro, C (2013), la Facultad de Psicología en nuestro país, promueve; en los usuarios y en la población en general; mayor compromiso e información sobre la Salud Mental y los Derechos Humanos, mediante talleres, asambleas, marchas, etc.

La formación y participación de los trabajadores de la salud

Al decir de Gribov, D (2017), pensar en cómo es la formación de los profesionales actualmente es esencial. Teniendo en cuenta que la Universidad, ha impuesto un conocimiento básicamente disciplinar, donde cada disciplina tiene su objeto de estudio y su teoría. Se podría decir que dicha formación obstaculiza la construcción de nuevas conceptualizaciones y prácticas.

La formación, la práctica y la participación de los profesionales y de los técnicos en salud mental, son puntos relevantes a tener en cuenta para considerar un cambio en el abordaje de la atención en salud mental.

Trabajar en el campo de la salud mental, es como se ha dicho un campo complejo, en el cual confluyen diversos factores, siendo el abordaje interdisciplinario como se viene mencionando el modelo más adecuado.

Como señala Bianchi, D (2013), el equipo de salud debe mantener una coherencia entre la perspectiva de la salud mental entendida como campo complejo y el posicionamiento metodológico que se adopte.

Siguiendo con la autora, se trata de elaborar un marco conceptual en común, en términos de interacción entre los integrantes del equipo. Para ello se debe brindar capacitación y formación desde la concepción de Interdisciplinariedad.

Es de recordar que nuestra Universidad de República, como formadora de profesionales; según lo establece la Ley Orgánica 12.549 en el año 1958, tiene como finalidad contribuir a desarrollar, difundir y defender la cultura, los valores morales y los principios de justicia, de libertad, bienestar social, como los derechos de la persona humana.

Al decir de Lans, A (2013), es preciso tener un enfoque bio-psico- social, o sea considerar un abordaje interdisciplinar sobre el objeto de estudio, dejando de pensar desde el dominio de una disciplina.

Formar a profesionales, técnicos y estudiantes, atendiendo a la complejidad, la diferencia, y sobre todo al respeto de los derechos humanos. A través de capacitación e información competente en todos los ámbitos de la salud. El profesional o trabajador de la salud debe saber y manejar adecuadamente la información sobre los derechos de los usuarios de la salud mental.

Desde estas perspectivas la salud mental como un derecho de la salud integral, debería estar implícita en todas las disciplinas, adoptando una misma concepción de salud mental conforme a los derechos humanos.

Como señala Galende, E (2013) en la práctica las funciones se cruzan, se intercambian modos de pensar, de sentir y de actuar permitiendo avanzar hacia la construcción de lo transdisciplinario.

Pensar en salud desde una dimensión no acabada, como señala Etcheverry, G (2013) “Pensamos la salud enfermedad como un proceso, (...) con múltiples dimensiones en juego, donde hay componentes étnicos y de clase, de religión y de género, políticos y económicos, (...) Esta multiplicidad de dimensiones implica desde nuestra concepción a utilizar la Y, y no la O.” (pp.244)

Pensar en términos de inclusión, y no de exclusión; al decir de Bianchi, D (2013), citando a Castel, R “La exclusión es inmóvil, designa un estado, más bien, estados de privación” (p.112).

Otro punto que hace a la formación académica, son los espacios de las práctica de los futuros profesionales. Siendo a veces un obstáculo cuando la practica difiere de los principios, concepciones y fundamentos adoptados en el campo de la salud mental. Obstáculo que se puede visualizar cuando se pasa por una experiencia en una institución asilar, que defiende otros principios y abordajes basados principalmente en

la disciplina de la psiquiatría y no desde la interdisciplinariedad como se viene planteando

Al decir de la Natella, G (2017; 244) “Hacer centro en la formación técnico – profesional como un componente clave de los sistemas de salud mental, (...), ya que la formación profesional ha instituido concepciones y coadyuvado en la construcción de representaciones sociales negativas sobre el padecimiento mental”.

Coincidiendo con la autora la formación académica es uno de los aspectos a considerar si se quiere implementar un cambio, una transformación en el abordaje de la salud mental en perspectiva de derechos humanos. Como lo plantea la misma autora, la formación es parte también de una postura política, dependiendo de las decisiones del gobierno de turno, que son los encargados de diagramar e implementar las políticas públicas. (2017)

Consideraciones Finales

Como se ha señalado en el recorrido del presente trabajo, el lugar que ha cobrado la atención en salud mental ha sido históricamente desde la exclusión, la estigmatización y el encierro; siendo hasta el día de hoy un sector de la población ignorado, objeto de la discriminación social y por ende se encuentran vulnerados muchas veces sus derechos civiles y sociales.

Es de destacar que a partir de la década del cincuenta en adelante, se vienen gestando cambios a nivel mundial, en cuanto a reconocer a las personas que transitan por un sufrimiento mental como sujeto de derecho.

En la región como en nuestro país se está transitando por dicho proceso de concebir a la Salud Mental como un derecho de todos y para todos, donde la sociedad, la academia y el Estado deben participar, promover y concientizar sobre lo que implica un cambio en la atención de las personas aún consideradas “locas” y que deben permanecer encerradas violentando su dignidad.

En nuestro país, aun en proceso de promover un abordaje integral y comunitario queda mucho por hacer, pero presenta avances ya que se está tratando de establecer un marco jurídico que sustente y proteja a las personas que transitan en algún momento por un sufrimiento en lo mental.

Desde los propios usuarios/as, familiares y más de cincuenta organizaciones hoy nucleadas en la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental (CNLSM), se vienen

movilizando para que sean tenidos en cuenta y se apruebe una Ley de Salud Mental en perspectiva de derechos humanos.

En la actualidad se encuentra en el Parlamento un Proyecto de Ley de Salud Mental, que ha generado debates entre las diferentes posturas en cuanto el contenido del articulado.

Según la CNLSM (2017), no se está teniendo en cuenta la opinión y la participación de los propios usuarios/as en la elaboración del proyecto, siendo que la OMS lo ha considerado uno de los principios a la hora de promover cualquier tipo de cambio, sea mediante normativas, planes y/o programas en salud mental, teniendo en cuenta que ellos/as son los que pueden plantear sus preocupaciones, necesidades y derechos.

El proyecto acarrea diferencias entre las posturas médico - científista que centra su abordaje desde la concepción de enfermedad biologicista y las posturas psicosociales y comunitarias que sostiene un abordaje integral donde las relaciones sociales juegan un papel predominante en lo que hace a la salud de las personas y la perspectiva de derechos.

Representantes de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y Representantes del Sindicato Médico, entre otros, han presentado un documento ante la Comisión de Salud del Senado sobre algunos puntos del Proyecto de Ley en los cuales hay acuerdos y desacuerdos.

Al decir del Presidente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (2017), consideran que dicho proyecto presenta un marco sólido y flexible a la vez, permitiendo continuar dicho cambio en el proceso del Plan Nacional de Salud Mental. (Versión Taquigráfica del Parlamento).

Consideran también que dicho Proyecto promueve un cambio de modelo de atención y que lo esencial es poner en marcha un nuevo Plan más allá del articulado final.

La Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (2017) mediante su representante, manifiesta que dicha Comisión está de acuerdo en que la ley sea aprobada tal como está el articulado, siendo que esta es un marco habilitante y es en el plan de salud mental donde se daría el proceso de reforma. (Versión Taquigráfica del Parlamento).

Uno de los integrantes de la Sociedad de Psiquiatría refiriéndose a la internaciones plantea una postura contraria a lo que se pretende lograr, en cuanto se considera que las personas deben estar lo menos posible internadas en una institución, como se ha planteado las internaciones prolongadas tienden a la cronificación de la persona y no a su cura. (Versión Taquigráfica del Parlamento).

Dicha persona sostiene que él, como psiquiatra clínico, determina la internación según el paciente, y si él considera que deben estar más días de lo que se plantea en el proyecto, no va a otorgar el alta. (Versión electrónica 2017).

En relación al uso del término Trastorno Mental como se plantea en el Proyecto de Ley, la Sociedad de Psiquiatría está de acuerdo en su utilización, a diferencia de lo planteado por la CNLSM, que consideran que dicha denominación produce estigmatización y patologiza el sufrimiento psíquico, siendo una categoría denominada por la psiquiatría.

La importancia de tener una legislación en salud mental es fundamental a la hora de su promulgación, siendo una herramienta a posteriori en la elaboración de los programas sobre la atención, los cuales deben respetar los derechos de los usuarios del servicio de salud mental y como sostiene la CNLSM, la Ley que promovemos es de Salud Mental y no de Trastorno Mental.

Otros hechos que marcan las diferencias persistentes entre la postura de la CNLSM y el abordaje tradicional de la psiquiatría, se reflejan a través de las declaraciones públicas del Dr. Horacio Porciúncula, (Director de Salud Mental de ASSE).

La CNLSM (2017) manifiesta un profundo rechazo ante tales declaraciones, las mismas contradicen la propuesta del proyecto de ley y la de los colectivos que pretenden el cierre de las estructuras asilares y monovalentes.

Según la CNLSM (2017) citando a Porciúncula: “Estamos trabajando en un proceso que va lento, que necesitamos del apoyo del Parlamento para que la ley se termine de aprobar...” y que espera que el hospital psiquiátrico pase a ser un centro de atención de pacientes en crisis.

Siguiendo con dicha declaración otra de las cosas que expresa es la defensa del Electroshock, como método terapéutico. Práctica que se pretende suprimir y la cual tampoco cuenta con evidencias suficiente de su eficacia, siendo el Electroshock una terapéutica muy invasiva para la persona y no se brinda información suficiente en cuanto a sus beneficios y contradicciones.

Como se ha señalado el abordaje de la Salud Mental, viene presentando cambios a nivel internacional como regional, existiendo diversas reglamentaciones y recomendaciones dadas por los Organismos Internacionales (OMS/OPS, ONU), exhortando a los países integrantes a que se ajusten a las nuevas normativas pertinentes a la Salud Mental. Cambios que deben estar acompañados también desde lo cultural y lo social, como señala Galende, E (1997), los cambios culturales son determinantes para poder generar un cambio global en los conceptos y en las

prácticas de la salud mental y entendiendo a la cultura como construcciones socio-histórico.

Galende, E (1997) citando a Wittgenstein; *“es una gran organización que atribuye a cada uno de sus miembros un puesto en el cual puede trabajar en el espíritu del todo, y su fuerza puede justamente medirse con el resultado en el sentido del todo.”*(Galende, E 1997 p. 213).

Para sustentar dicho cambio es necesario que se dé el pasaje del modelo médico psiquiatra hacia un modelo que contemple la complejidad y lo multidisciplinario, siendo dos posturas que se diferencian en la manera de entender el sufrimiento mental; los primeros entienden al cuerpo como causa y origen de las enfermedades mentales y los segundos consideran la enfermedad desde modelo psicosocial.

En los últimos años se vienen experimentando cambios que han transformado los modos de significar la vida mediante el uso de nuevas tecnología, la globalización y el mercado de consumo, producto de las políticas neoliberales. La invasión de los medios masivos de comunicación, la publicidad, las redes sociales y la incorporación de lo virtual en la vida social, dan nuevos sentidos, creencias, deseos y necesidades que deben ser satisfechas.

Galende, E (1997) citando a Castells *“la revolución de las tecnologías de la información y la reestructuración del capitalismo han inducido una nueva forma de sociedad, la sociedad red”* (pp. 216).

La influencia de la industria farmacéutica junto con la psiquiatría da justificación al tratamiento psiquiátrico a través de la medicalización. Hacen eco de los avances y eficacias de este método en la prevención y promoción de los tratamientos, concepciones que se ven reflejadas en la publicidad de los laboratorios e instaurando en el imaginario social un modo de aliviar el dolor de cualquier índole.

Cada vez se crean más enfermedades, una prueba de ello en relación a las enfermedades mentales son las descritas y generalizadas según el *“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”* (DSM); con su última versión DSM V en el 2013, instrumento que crea la patologización de los diversos padecimientos psíquicos como de las conductas sociales, que ha sido elaborado sin más que decir, por psiquiatras en Estados Unidos.

El postmodernismo se caracteriza por la heterogeneidad de rasgos culturales, los valores éticos y morales que rigen en los nuevos comportamientos. Según Galende, E (1997), en un mundo que no problematiza la realidad, cada individuo vive su realidad como quiere a través de una imagen, pensándose a sí mismo individualmente. Se

produce una nueva subjetividad, sentimientos inmediatos, relaciones rápidas, interés personal, cambios en los modos de relacionarse las personas, la soledad, los vacíos, la angustia, la ansiedad, son algunas de las causas que han derivado en diferentes afecciones como depresión, adicciones, abuso de medicamentos psicoactivos. La OMS (2017) en este año, ha elegido para la campaña del Día Mundial de la Salud la Depresión; esta afecta a personas de todas las edades, condición social y en todas las áreas sociales y personales.

Al decir de Galende, E (2013), junto con la medicalización de la vida se produce la mercantilización de la salud como una parte más del mercado de consumo y de la economía, siendo la industria farmacéutica la protagonista de la producción de los medicamentos como mercancía para el mercado.

Retomando con la situación actual de Uruguay, si bien con la aprobación de la Ley en Salud Mental se promueven avances, no queda todo resuelto ni es suficiente como se ha visto en la Argentina y en Brasil, que ya cuentan con un marco jurídico pero siguen presentando dificultades y retrocesos con respecto a los logros obtenidos.

Considerando como se ha dicho en el presente trabajo la Salud Mental es una cuestión política, que depende de las líneas de las políticas públicas de cada gobierno de turno; es una lucha constante que no se agota con la legislación dado que la hegemonía de la medicina persiste en mantener el poder que históricamente ha alcanzado en la sociedad y es apoyado por la Industria Farmacéutica.

Aprobada la ley, se inicia una nueva batalla en lograr que lo planteado en la misma se efectivice en la práctica, y no sea letra muerta.

La CNLSM (2017), hace fuerte hincapié en la existencia de un Órgano Revisor y de Supervisión Independiente y Autónomo que garantice la protección y se efectivicen los Derechos Humanos, punto que no está presente en el articulado del Proyecto de Ley de Salud Mental. En el proyecto actual se habla de un Órgano de Contralor dependiente del Ministerio de Salud Pública según lo refiere el artículo 39. Desde la CNLSM, han planteado que dicho artículo no corresponde con los principios que se han establecido en el documento redactado 1991, que establece, debe ser un órgano independiente y autónomo, lo cual no fue tomado en cuenta ya que al día de hoy dicho proyecto ya cuenta con la aprobación en el Senado y en Diputados.

Otro de los artículos que no se cambió es el referente al equipo de salud, dado que se pretendía desde la CNLSM (2017) un abordaje Interdisciplinario en los procesos de atención.

Si, se pudo establecer un cambio en el articulado, por ejemplo en el artículo 1, en cuanto al uso del término Trastorno Mental, se paso a Usuarios de los Servicios de Salud Mental.

En cuanto al artículo 4 (Principio de no discriminación), se modifica y dice: En ningún caso podrá establecerse ningún diagnostico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: (...).

En cuanto al artículo 6 la persona usuaria de los servicios de salud mental tiene derecho a (...).

Orto de los puntos que preocupaba a la CNLSM es que en dicho proyecto no se establecía una fecha de cierre, modificación que se pudo lograr en el artículo 38, quedando a cargo del Poder Ejecutivo el establecer el cronograma del cierre de los establecimientos asilares y monovalente, proponiendo como fecha limite el año 2025.

Entre otros artículos que presentaron modificación se encuentran el (5, 9, 13, 24, 29, 30, 32, 35). (Versión Taquigráfica del 11 de Julio de 2017, de la cámara de Representantes.).

Para ir finalizando, el desarrollo del presente trabajo y la diferente bibliografía consultada, me permitió acercarme a una problemática social actual de nuestro país.

Como se ha reflejado, nuestro país presenta atrasos en relación a la Salud Mental, tal vez por la fragmentación social en la que estamos inmersos, que no permite la visualización de determinados indicadores sociales de pobreza y discriminación dado que lo tenemos naturalizados como parte del “paisaje”. Personas que se encuentran totalmente vulnerables ante el mandato social, por lo cual es preciso sensibilizar y concientizar a la comunidad, sobre salud mental y derecho.

Sin lugar a dudas queda mucho por recorrer y por aprender siendo que nada está concluido ni absoluto, sino que estamos en permanente mutación y trasformación. Por lo tanto en relación al tema planteado, queda abierta la posibilidad a seguir indagando e investigando en lo que compete a mi formación como futura profesional y al interés desde mi posición ético-política.

Referencias Bibliográficas

Amarante, P. (2005). *Locos por la Vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil.* (Capítulo 1) Buenos Aires. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Amarante, P. (2009). *Superar el Manicomio. Salud Mental y Atención Psicosocial.* Buenos Aires. Topia Editorial.

Angelim, R. (2017). Angelim defiende la reforma psiquiatría en Brasil. *Jornal Opinião* (traducido al español) recuperado en:
<http://www.jornalopinio.net/index.php/politica/item/2158-deputado-angelim-defende-a-reforma-psiquiatrica-no-brasil.html>.

Apud, I. Techera, A. Borges, C. (2013). Proyecto arte y rehabilitación. Sistematización de los trabajos realizados en rehabilitación mediante técnicas derivadas del arte en instituciones psiquiátricas del Uruguay. En: *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental.*

Barrán, J. (1992). *La medicalización de la sociedad.* Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J. (1995). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. La Ortopedia de los Pobres. Tomo 2.* Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental.

Baremlitt, G. (1988). *Saber, poder, quehacer y deseo.* Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión. (p.60).

Baremlitt, G. (2005). *Compendio de Análisis Institucional y otras corrientes. Teoría y Práctica.* Buenos Aires. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Baroni, C. (2013). *Locura en movimiento.* En: *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental.* Montevideo. PsicoLibros Waslala.

Basaglia, F. (2008). *La Condena de ser Loco y Pobre. Alternativas al Manicomio.* Buenos Aires. Topia Editorial.

Bianchi, D. (2013). Los equipos, las disciplinas y las concepciones de salud y enfermedad. En: Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. Montevideo. PsicoLibros Waslala.

Caldeyro, C. (2013). Participación, organizaciones sociales y Salud Mental. En: Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. Montevideo. PsicoLibros Waslala.

Cano, A. (2013) Algunos desafíos para la desmanicomialización en Uruguay. En: *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo Uruguay. Ediciones Levy. (p. 107-122)

Cano, A. (2013) Algunas enseñanzas de la experiencia italiana. En; *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo. Ediciones Levy. (p.108)

Castel, R. (1984). *La Gestión de los Riesgos. De la anti-psiquiatría al post- análisis*. Barcelona. Editorial Anagrama.

Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid. Las ediciones de La Piqueta.

Cohen, H. Natella, G. (1999). *Trabajar en Salud Mental; La desmanicomialización en Rio Negro*. Buenos Aires. Lugar Editorial. S.A. (p23).

de León, N. (1998). La enfermedad mental de la locura. En: *IV Jornada de Psicología Universitaria*. Montevideo. (p. 364).

de León, N. (2005) ¿Por qué no hablar con la locura? En: *Tránsitos de una Psicología Social* (p.117-126). Montevideo, Uruguay. Editorial Psicolibros Waslala.

de León, N. (Coord.) (2013). *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo. Ediciones Levy.

de León, N. (Coord.), (2013). Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. Art.2- CSIC- UdelaR. Montevideo. Psicolibros- Waslala.

de león, N (2015). Contexto socio histórico y procesos de reforma a la atención en salud mental. Revista Topia. Noviembre 2015. Recuperado en: <https://www.topia.com.ar/articulos/contextos-socio-historicos-y-procesos-reforma-atencion-salud-mental>

Delgado, P (2007). Reforma Psiquiátrica y Políticas de Salud Mental en Brasil. En: La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Recuperado en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173230/1/La%20Reforma%20de%20los%20Servicios%20de%20Salud%20Mental.pdf>

Dimenstein, M. (2012). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. Recuperado http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2011-03242013000100003

Etcheverry, G. (2013). Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. Art.2- CSIC- UdelaR. Montevideo. Psicolibros- Waslala. (p.244).

Evaristo. P. (2013). La Desinstitucionalización de la Psiquiatría en Trieste y en Italia. En: Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental. Montevideo. Ediciones Levy. (p.22).

Fernández, R (2017). ¿Enfermedad Mental o Sufrimiento psíquico? En: Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Montevideo. Editorial Psicolibros. (p.109).

Foucault, M. (1967). Historia de la locura en la época clásica. Tomo I. D.F. México. Fondo de Cultura Económica.

Galende, E. (1997). De un Horizonte Incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires. Paidós.

Galende, E. (2006). El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Galende, E. (2006). Consideración de la Subjetividad en Salud Mental. Recuperado en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf> (P. 23 – 29)

Galende, E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Galende, E. (2013) Editorial. Revista salud mental y comunidad. Recuperado en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf> (p 7-15).

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 en Salud Mental. Montevideo. PsicoLibros Waslala.

Gribov, D. (2017). ¿Es posible una práctica Interdisciplinaria? En: Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Montevideo. Psicolibros. (p.227).

Kakuk, M. (2016). Reunión con la comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores. El 10 de Mayo de 2016 Montevideo. Recuperado en [www.asambleainstituyente.blogspot.com](http://asambleainstituyente.blogspot.com)
<http://asambleainstituyente.blogspot.com/uy/p/institucionnacional-de-derechos-humanos.html>

Ministerio de Salud Pública (2015). Proyecto de Ley. Montevideo. Recuperado en: www.msp.gub.uy/programa/proyecto-de-ley-de-salud-mental

Moffatt, A (1974). Psicoterapia del Oprimido. Ideología y técnica de la psiquiatría popular. Buenos Aires. Editorial Librería ECRO.S.R.L. (p. 6-7).

Mora, E. et al. (1988). Salud, Poder y Locura. Madrid. Editorial Fundamentos. (p. 23)

Natella, G. (2017) Salud mental comunitaria en acción: el problema de la formación profesional. En: Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Montevideo. Psicolibros.

Lans, A (2013). Devenires de la subjetividad: La perspectiva Esquizoanalítica y los procesos de salud y enfermedad. En: Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. Art.2- CSIC- UdelaR. Montevideo. Psicolibros- Waslala. (p. 245).

Ottonelli, F (2013) Marco Jurídico: Salud Mental y Derechos Humanos. En: Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. Art.2- CSIC- UdelaR. Montevideo. Psicolibros- Waslala (p. 61).

Pedernera. (2016) Reunión con Comisión de Salud Pública de Cámara de Senadores. (10 de Mayo 2016) Montevideo. Disponible en:
www.asambleainstituyente.blogspot.com
<http://asambleainstituyente.blogspot.com/uy/p/institucionnacional-de-derechos-humanos.html>

Pérez, R. (2013). Demencias, salud mental y exclusión social. En: Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. Montevideo. Psicolibros Waslala. (p. 151 – 164).

Palacios M. (2017). Familia y Salud Mental: desafíos hacia un enfoque de derechos humanos. Disponible en: <http://articulando.com.uy/familias-salud-mental-derechos-humanos/>

Pontillo, J. (1992). Introducción. En: La medicalización de la sociedad. Montevideo. Editorial La Banda Oriental. (p. 17- 35).

Quintana, C; Martínez, S. (2017) La psicología y la salud mental en disputa. Recuperado en: www.laizquierdadiario.com/La-psicologia-y-la-salud-mental-en-disputa

Rodríguez, A (2013) Salud mental: la pata renga en los medios de comunicación masiva. En: Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. Montevideo. Psicolibros Waslala.

do Nascimento, D. (2007). La Declaración de Caracas y la Reforma Psiquiátrica en Brasil. En: La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Recuperado en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173230/1/La%20Reforma%20de%20los%20Servicios%20de%20Salud%20Mental.pdf>

Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina entre epistemología y las Prácticas. En Revista de información especializada. Año 3, N°10/1999. Rosario. Recuperado en: www.capopsi.com.ar

Stolkiner, A. (2017). El enfoque interdisciplinario en el campo de la salud. En: Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Montevideo. Psicolibros.

Stuart, P (2017). Lucha antimanicomial: La reforma psiquiátrica todavía es necesaria! (Traducido al español) Recuperado en:

<https://translate.google.com.uy/translate?hl=es&sl=pt&u=http://desacato.info/luta-antimanicomial-a-reforma-psiquiatrica-ainda-e-necessaria/&prev=search>

Techera, A. Apud, I. Borges, C. (2009). La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Montevideo. Comisión Sectorial de Investigación Científica UdelaR.

Teles, A. (2007). Una Filosofía del Porvenir. Ética y Política. Buenos Aires. Grupo Editor Altamira.

Vainer, A. (2007). De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental. Topía. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/problematika-salud-mental>

Vázquez, A (2011). Antipsiquiatría desconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas 3 1. Recuperado en: <https://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/31/adolfovasquezrocca.pdf>

Documentos

Asamblea Instituyente por salud mental y vida digna. Disponible en:

asambleainstituyente.blogspot.com/

asambleainstituyente.blogspot.com/p/institucionnacional-de-derechos-humanos.html

-Declaración de Caracas 1990. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

-Declaración de Alma Ata en 1978. Disponible en:

<https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>

-Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Disponible de:

http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

-Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad 2007. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

-Ley Nº 18.418. Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en Uruguay. Disponible en:

<http://www.uncu.org.uy/downloads/documents/201301240256238162.pdf>

Versiones taquigráficas. Parlamento (2017) Disponible en:

<https://parlamento.gub.uy/Documentos-y-Leyes/Documentos>

Proyecto de ley de Salud Mental. (2015). Montevideo. Recuperado en:

http://www.psicologos.org.uy/documentos17/170515_Informe-Alternativo-Coalicion-al-Comite-de-expertos-PIDESC%202017-Proyecto-ley-de-Salud-Mental.pdf

- Informe WHO - AIMS - Chile (2006). Recuperado en:

www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf

- Ministerio de Salud de Chile (2017). Recuperado en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>

-OMS, (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental (2013- 2020). Recuperado en: www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/

- Cainfo (2014) Aportes para la Transformación del Modelo de Atención en Salud Mental en el Uruguay. Disponible en. www.cainfo.org.uy/saludmental

