

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

Hasta los muros más altos pueden caer
La nueva ley en salud mental y las formas
de rehabilitación que propone

Gabriela Acuña
Tutora: Celmira Bentura

2019

Índice:

Introducción	4
Capítulo I: Acercamiento teórico al binomio salud mental/enfermedad mental y evolución historizante	9
Capítulo II a): Tratamiento de la locura a lo largo de los siglos	14
b) Historia de la Salud Mental en Uruguay	19
Capítulo III: Análisis de la ley 19.529 de salud mental, formas de rehabilitación que propone	21
Capítulo IV: Implementación de la ley 19529	27
a) Pensando en el cierre y sus implicancias	28
b) Líneas de trabajo, en sustitución del encierro	32
Reflexiones finales.....	39
Bibliografía	42

La imagen representa parte del significado de la palabra Ubuntu, que desde mi opinión está vinculado con el objetivo de nuestra profesión.

Significa, yo soy porque nosotros somos, se utiliza para hablar de la creencia de un enlace universal que conecta a toda la humanidad. Es una forma de poner a disposición de todos lo que unos cuantos han logrado conseguir y puede contribuir con la creación de un mundo mejor.



Gracias a todos los que me han acompañado, apoyado y ayudado estos años en este proceso transformador, para que hoy me sea posible culminar esta hermosa carrera.

Introducción:

El presente documento constituye la Monografía Final de Grado, correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, - Universidad de la República.

A partir del mismo se desea conocer cuáles son en la actualidad las formas de rehabilitación social en el área de Salud Mental sobre las que está trabajando nuestro país a partir de la implementación de la nueva ley de Salud Mental.

Para ello, se realiza un recorrido que abarca desde las principales categorías que se enmarcan en la temática pasando por la evolución histórica acerca del abordaje de esta temática para comprender en qué contexto se crea la nueva Ley de Salud Mental y los cambios que a partir de ella surgen en las formas de rehabilitación social de las personas con trastorno mental severo y persistente, en adelante TMSP. Abordando sobre el final los principales aspectos que se presentan a la hora de implementar lo establecido en la ley 19.529.

Se fundamenta la elección de este tema debido a que el mismo constituye una problemática mundial, según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS, 2001) 450 millones de personas sufren de algún tipo de enfermedad mental representando un 12% de la carga de morbilidad total a nivel mundial. Cifra que no ha parado de aumentar desde que se lleva registro a principios del siglo XX.

A la vez que se genera una preocupación por parte de la estudiante por el aumento de personas en situación de calle con TMSP.

El interés por este tema nace a partir de una experiencia personal vivida en la práctica profesional, "Protección social, instituciones y práctica profesional" en los años 2016 y 2017 a cargo de las docentes Celmira Bentura y Maria Jose Beltran en el Centro Diurno de rehabilitación psicosocial Sur Palermo. En este se propone tratar la enfermedad mental de forma alternativa al encierro, trabajando en forma de comunidad terapéutica. En este caso el trabajo de los técnicos se realiza en forma horizontal sin autoridades, en grupos guiados con diversas orientaciones compartiendo experiencias y vivencias, variando estas según la etapa del proceso que esté atravesando el usuario. Esta experiencia fue sumamente enriquecedora tanto para la estudiante que pudo tener un contacto cercano con los usuarios que allí asisten, conocer sus biografías, trayectorias, como para las personas que acuden a estos centros a realizar su proceso de rehabilitación en un contexto cercano con sus vínculos primarios y en acercamiento con la comunidad.

En la presente monografía se abordará la situación actual de la Salud Mental en Uruguay en los años previos a la instauración de la Ley nro. 19529, la cual contempla importantes modificaciones en la forma de abordar esta problemática, planteando un cambio radical de paradigma a la hora de pensar cómo debe ser tratado el padecimiento psíquico. Dicho cambio de paradigma se debe a que el anterior modelo de atención asilar ha generado consecuencias negativas en la rehabilitación de personas con trastornos psíquicos. Al respecto se toman aportes de Goffman en su texto "Internados" que dan cuenta de las consecuencias nefastas que puede tener para una persona estos hospicios.

Una vez que la persona es internada en una institución total psiquiátrica comienza para él una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo. De las barreras que se generan entre el interior y el exterior de éstas nace la primera mutilación del yo (...), además si la estadía del interno es larga puede ocurrir lo se denomina "desculturación" o sea, un desentrenamiento que lo

incapacita temporalmente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior (Goffman, 1972, p. 27)

Goffman (1970) plantea que los hospitales psiquiátricos son instituciones totales (la nueva ley prevé el cierre de los mismos), simbolizados por obstáculos materiales o naturales que se interponen entre quienes están allí internados y el mundo exterior. En estos espacios los internos aparecen como débiles e indefensos. Todos los aspectos de la vida de las personas se llevan a cabo allí dentro y bajo la misma autoridad, realizándose cada actividad en forma rutinaria y estrictamente programada y junto a un gran número de personas internadas en situaciones similares.

Todo esto coarta la autonomía y la autogestión de las personas, generando la institucionalización efectos negativos en la vida del individuo y serias restricciones a la hora de pensar en la inclusión de los pacientes psiquiátricos.

La forma en que se trabaje el trastorno mental ha respondido al contexto social e histórico que se esté atravesando. Actualmente nos encontramos ante un cambio sustancial, desde una posición que contempla los derechos y las necesidades de las personas, poniendo el foco de atención en la rehabilitación en comunidad, tejiendo para ello una red de contención en torno a la persona, procurando su inclusión social evitándose así su alejamiento de la sociedad

Hoy en día la tendencia es la desinstitucionalización de los usuarios tratando según Chape (2015) la enfermedad desde un abordaje psicosocial basados en los centros diurnos de rehabilitación de corte comunitario.

La rehabilitación psicosocial se define como un modelo terapéutico basado en el paradigma bio-psico-social que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad (Del Castillo, 2011, citado por Zabala, et al, 2017, p.5)

Desde la Declaración de Alma Ata llevada adelante en la URSS en 1978 se comienza a pensar en la salud más allá de las enfermedades, como un Derecho Humano fundamental y el más alto grado de salud pasa a ser un objetivo social.

En esta misma línea en el año 2015 la OMS plantea velar por los Derechos Humanos en las instituciones de salud mental, empoderar a las personas con trastornos de Salud Mental y a sus familias, reemplazando las instituciones psiquiátricas por la atención comunitaria.

“ Las grandes instituciones, frecuentemente asociadas con violaciones de los derechos humanos, se deberían reemplazar por servicios comunitarios de atención de salud mental respaldados con camas de psiquiatría en hospitales generales y apoyo de atención domiciliaria. Los servicios de salud mental se deben vincular a servicios y apoyos comunitarios que permitan a las personas con trastornos de salud mental disfrutar de oportunidades de educación, empleo y servicios sociales y de vivienda en pie de igualdad con las demás personas. ” (OMS, 2015)

A partir de lo expuesto anteriormente, se establece como objetivo general de esta monografía: Indagar acerca de la implementación de la nueva ley de Salud Mental y como abordara los cambios que la misma propone en cuanto a rehabilitación.

Presentándose como objetivos específicos:

- Describir la construcción teórica de los conceptos entorno a salud/enfermedad mental y su devenir histórico
- Indagar sobre las nuevas formas de rehabilitación social que la Ley 19529 propone
- Conocer cómo se está trabajando actualmente para hacer posibles los cambios que la ley propone

En lo que respecta a la posición teórica adoptada por la estudiante cabe mencionar que se parte de una concepción de la realidad como un todo complejo, que es necesario abordar tomando en cuenta las múltiples determinaciones de lo concreto (Kosik, 1969). Por lo que se cree pertinente vincular la temática de esta monografía con los procesos históricos y sociales evitando así trascender lo fenoménico, lo superficial.

El presente estudio entonces, se basará en el análisis a partir de bibliografía y fuentes documentales como artículos, leyes y publicaciones, con la finalidad de reconstruir el

recorrido histórico que ha tenido el abordaje de la temática así como también su situación actual en nuestro país.

La presente monografía se estructura en cuatro capítulos. Se abarcaran al inicio aspectos teóricos generales, realizando un recorrido historicista sobre lo que ha sido la atención a usuarios con trastorno mental, analizando luego la vigente Ley de Salud Mental y los cambios que propone introducir, para luego pasar a la realidad actual de nuestro país, conocer las líneas sobre las que se está trabajando para poder implementar la ley.

El capítulo I - Intentará responder cuales son las principales categorías a conocer a la hora de acercarnos a la temática? ¿Cuáles son las principales determinantes a la hora de juzgar a alguien como sano o enfermo? "se realizará una primera aproximación teórica a la temática de la Salud Mental con aportes de la OMS planteando disyuntivas y modificaciones.

En el capítulo II - ¿Cómo se trataba la locura históricamente? ¿Cómo se fueron dando los avances en los tratamientos? ¿Qué sucedía con nuestro país? Para responder estas cuestiones se realizará un breve recorrido por la historia de la locura, presentando distintas miradas como las expresadas por Foucault, Amarante y Goffman. Luego se estudiará específicamente la Salud Mental en Uruguay a partir de los aportes realizados por Barran y Techera.

En el capítulo III- ¿Que propone la nueva ley de salud mental? ¿Por qué se habla de un nuevo paradigma respecto a cómo se trata la enfermedad? ¿Presenta cambios respecto a la anterior ley del psicópata? Para conocer estos aspectos se analizará la nueva ley en salud mental estudiando cuales son las alternativas en las que se está trabajando, y como se lleva adelante la rehabilitación social de las personas con trastornos psiquiátricos.

En el capítulo IV - ¿Cómo se llevará a cabo la nueva ley? ¿Cuándo? ¿Qué desafíos plantea a la sociedad el nuevo abordaje de la temática? Se indaga sobre los dispositivos que operan como sustitutos a las instituciones totales, serán suficientes, como se están articulando y las disyuntivas que presentan estos cambios a la hora de tratar la rehabilitación.

Al finalizar la presente monografía se exponen reflexiones personales, las cuales reflejarán de alguna forma el contenido expuesto a lo largo de los capítulos.

Capítulo 1 Acercamiento teórico del binomio salud mental/enfermedad mental y evolución historizante

Para comenzar este capítulo es preciso partir definiendo los conceptos principales que hacen a la temática aquí planteada, es importante esto para que el lector conozca la perspectiva desde la que se plantea la monografía.

En primer lugar, se comenzará con la definición proporcionada por la OMS para Salud Mental ‘‘La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la

vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (OMS, 2013)

Esta definición trasciende lo biológico y mental, haciendo referencia a la vida activa y social del individuo.

La categoría salud mental es de difícil definición, se trata de un término valorativo en gran medida. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana o enferma varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico. (Amico, 2004a, p.3)

Este concepto presenta cierta similitud con la definición de salud también contemplada por dicho organismo “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013)

En ambas definiciones se plantea que, estar sano trasciende lo puramente biológico, el concepto de salud es más complejo que la ausencia de enfermedad, proponiéndose por ello un estado completo de equilibrio general, donde el individuo puede desenvolverse individual y plenamente en las diversas áreas de su vida.

En lo que refiere al trastorno mental la OMS plantea que existe una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

Ignacio Porras, docente de la cátedra de psicopatología de la facultad de psicología de la UdelaR, agrega al respecto, que hay un porcentaje de la población si tomamos trastornos de personalidad, esquizofrenia, patologías del humor, tenemos un porcentaje importante de más del 10 % de personas que sufren problemas de orden mental, que tienen que ver con aspectos de la vida cotidiana y las historias de cada uno y otros que tienen un componente de orden biológico en su matriz. La patología más severa dentro del orden de lo mental es la esquizofrenia que afecta entre un 0,5 y 0,9 % de la población, estamos hablando de más de 30.000 compatriotas que tienen esta patología en grados diversos, es en sí la más discapacitante, se encuentra

entre las 10 patologías más discapacitantes de acuerdo a la OMS. El pronóstico depende de varios factores, es una persona que le va a costar establecer relaciones sociales que se va a retraer sobre si misma que puede llegar a padecer alucinaciones y desorganización del pensamiento a lo largo de la vida.

La salud mental y el bienestar, son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo. (OMS, 2018)

Desde esta perspectiva nos posicionaremos en la presente monografía, entendiendo a la salud mental como un derecho humano y social fundamental para el pleno desarrollo de todas las personas.

Según Alvaro (1992) definir la Salud Mental es una tarea compleja por eso constantemente se la emparenta con su par opuesto enfermedad mental, variando su significado a lo largo del tiempo. Un mismo comportamiento puede ser clasificado como natural o no de acuerdo a la cultura de la época, entrando en cuestión los valores dominantes socialmente aceptados en cada contexto histórico.

El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. Este hecho nos demuestra la importancia de los valores sociales en la definición de la salud o la enfermedad mental. Así, en todas las sociedades se realiza una distinción entre la persona que evidencia una alteración de su conducta de carácter crónico y la que muestra dichas alteraciones en situaciones socialmente aceptadas y normativamente sancionadas como pueden ser los ritos o los actos religiosos. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza (Alvaro, 1992, párr.6)

La cultura juega un papel fundamental a la hora de definir a alguien como sano o enfermo, según el contexto en el que se enmarque determinado comportamiento, el mismo podrá ser sancionado o aceptado.

Se establece que:

Las concepciones de la salud y la enfermedad que se producen en una sociedad en cierto momento de su historia son parte del universo cultural de esa formación social.

Se articulan con las concepciones del hombre, de la sociedad y de la vida que caracterizan a esa sociedad y que a su vez, están determinadas por factores de índole económica y política (Giorgi, 1988, p.137)

Los valores culturales así como las categorías que nos componen son impuestos socialmente por las clases hegemónicas, la cultura imperante está estrechamente relacionada con dicha clase y con ella lo socialmente aceptado y lo que se debe sancionar o corregir.

Perez (2017a), plantea dos posturas epistemológicas y científicas respecto a si el problema de la salud y la enfermedad mental es de orden “objetivo-natural” o “subjetivo-histórico/social”.

Cada una de estas concepciones define y constituye en sus prácticas sujetos y objetos de estudio e intervención diferentes y, por tanto, distintos dispositivos de atención, cuidado y tratamiento. La perspectiva “objetivo–natural” de la enfermedad mental se basa en un modelo que tiene como ideal el establecer relaciones causales que permitan controlar los padecimientos mentales. Por lo que se concibe a la patología como una enfermedad cerebral que debe ser abordada tomando este aspecto como el central. Por lo que el desafío metodológico principal es encontrar las variables explicativas adecuadas para realizar diferentes experimentos con humanos o animales.

Desde este enfoque la centralidad está puesta en la enfermedad y no en el ser humano que la padece, se la intenta sobrellevar o en el mejor de los casos subsanar pero no abarca otras variables más amplias que puedan estar llevando a la persona a tal situación de trastorno o enfermedad.

Por otra parte, desde el modelo “subjetivo-histórico/social” se postula que no existen “enfermedades puras” que puedan ser abordadas desde un único plano, sino que en todo caso los “trastornos mentales” son modalidades de respuestas a diferentes exigencias del medio, se tienen en cuenta los elementos históricos que interactúan con el plano biológico. La forma de estudio es ampliar las variables, abrir los datos para comprenderlos en la complejidad de una persona y su contexto de expresión y producción social e histórica. Ambos enfoques difieren radicalmente respecto al lugar que le asignan al sujeto y su historia en el proceso de salud-enfermedad-cuidado, remitiendo a diferentes paradigmas científicos.

Este enfoque es más amplio podría decirse que parte de cuestionarse qué otros aspectos personales o sociales pueden estar transversalizándolo para así abordar la problemática en toda su dimensión.

Siguiendo con Perez (2017b) una de las principales prácticas que sostiene la concepción objetivo-natural planteada anteriormente, hace referencia al hegemónico y excluyente valor de verdad que se le otorga a las etiquetas diagnósticas, de las que derivan prácticas de medicalización donde se pierde fácilmente al sujeto. Los sistemas de clasificación dan pautas para definir políticas y delimitar modalidades de intervención. Es necesario tener presente que de acuerdo a las formas en que se utilizan las etiquetas en las prácticas habituales de atención sanitaria producen un desplazamiento del sujeto por la enfermedad. Hay un antes y un después en la vida del individuo que debe cargar con dicha etiqueta o estigma, quien antes de llevar la etiqueta podía ser una persona con historia, roles pasa casi automáticamente a ser considerado por el resto un “demente”, “depresivo”, “psicótico”.

Estas etiquetas con las que pasa a cargar el individuo una vez que es diagnosticado junto con la cantidad de medicación que le es recetada hace dificultosa la reconstrucción histórica de su biografía se desdibujan sus potencialidades se debilita su autoestima, perdiéndose de alguna forma a sí mismo.

Al respecto Goffman (1970) plantea que cuando se está ante un extraño y este presenta un atributo que lo vuelve diferente dejamos de verlo como una persona ‘normal’ para reducirlo a un ser menospreciado. Utiliza el término estigma para hacer referencia a un

atributo profundamente desacreditador. Un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro.

Este etiquetaje, ha llevado a una hiper-clasificación y patologización de la vida cotidiana. (...) el Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud utilizado por la OMS y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales son un claro ejemplo de esta patologización de la vida cotidiana y de cómo estas entidades clasificadoras producen realidad en sí misma. (Perez, 2017c, p.123).

Como ejemplo se puede hacer mención a una experiencia ocurrida en el centro de práctica Sur Palermo, donde un usuario planteaba que su médico lo había declarado incapaz y él cuestionaba para qué cosas era incapaz, que era aquello que ya no podría hacer, hasta qué punto llegaban las restricciones impartidas por su médico y como esas limitaciones impactaban en su vida recortándole posibilidades de autonomía.

Esta es únicamente una situación, pero es tanto lo que se le remarca al individuo su condición, su estigma, que lo termina adquiriendo como una limitante, lo incorpora en su vida, es así que sus cualidades quedan anuladas y se desvincula el individuo de toda su historia.

En el presente apartado se busca analizar las diversas etapas por los que ha pasado históricamente la Salud Mental. Así como también el tratamiento recibido de acuerdo al periodo histórico que se esté atravesando.

La aparición de la idea de enfermedad mental se remonta a la Grecia de hace 2400 años atrás. Se reconoce en Hipócrates el primer pensador en relación a la materia. Es desde aquel periodo que se interviene el cuerpo mediante la praxis médica. Se inaugura en Grecia entonces, la dicotomía psique/soma. Dicha dicotomía lo que busca es descubrir la naturaleza humana, fortaleciendo la dicotomía cultura/naturaleza, este proceso responde a la dominación donde ciertos grupos se imponen sobre otros determinándolos. Fue el caso del nuevo sujeto llamado loco, al cual se lo caracteriza por sufrir de una enfermedad somática en el cerebro que altera el funcionamiento de su psique siendo este el lugar donde se encuentra el pensamiento, la inteligencia, la conciencia, la afectividad. (Kogan, 2019, parr 1)

A partir del siglo IV, tras el primer hospital creado por San Basilio, en Cesarea, Capadocia (369-372), muchas otras instituciones de esta naturaleza fueron creadas con la misma finalidad. Al fin, por medio de un largo proceso el hospital se transformó en una institución médica. Hasta el momento de esta transformación, la locura y los locos tenían muchos apelativos —de demonios a endiosados, de comedia y tragedia, de error y de verdad—. Múltiples y plurales eran también sus lugares y espacios: calles y guetos, hospicios y cárceles, iglesias y hospitales (Amarante, 2015a, p.8)

Anteriormente se creía que los demonios causaban dicha alteración siendo la principal y única forma de tratamiento alejarlos de las ciudades y encerrarlos en hospitales junto con mendigos y enfermos terminales.

Se pueden encontrar los primeros vestigios de encierro a la locura como continuidad de la lepra. Ello se generó en el siglo XV en las grandes comunidades alejadas de la ciudad para los leprosos. Una vez que esta enfermedad fue curada y las grandes estructuras vaciadas se comenzó a internar personas sufrientes de patologías psiquiátricas. (Foucault, 1964a, p.12)

El hospital fue perdiendo cada vez más la función de caridad y de control social de sus orígenes y pasó a asumir una nueva finalidad: tratar a los enfermos. La intervención médica en el espacio hospitalario, que anteriormente era esporádica y solo se daba ante emergencias, pasaría a ser regular y constante (Amarante, 2015b, p. 11)

Se presenta una dualidad de intereses, por un lado los privilegios de la iglesia en la asistencia hacia los pobres y por el otro, el auge burgués que busca establecer el orden y la normalidad.

Hoy, cuando hablamos de hospital, nos viene a la mente la imagen de una institución médica: pasillos con salas y enfermos acostados en camas y asistidos por médicos y enfermeros. El hospital es considerado el espacio más importante para el ejercicio de la medicina. Fue creado inicialmente en la Edad Media como una institución de caridad que tenía como objetivo ofrecer abrigo, alimentación y asistencia religiosa a los pobres, miserables, mendigos, desamparados y enfermos. Para denominar tales instituciones religiosas, se utilizó la palabra hospital, que en latín significa hospedaje, hostería, hospitalidad. El hospital impuso reglas, conductas, horarios y regímenes, aspirando con todo esto a servir como función terapéutica, bajo la pretensión de ser instaurador de una reorganización de las pasiones descontroladas del alienado. El tratamiento moral consistía en una suma de principios y medidas que, impuestos al alienado, pretendía reeducar la mente, alejar a los delirios e ilusiones, y hacerles ver la realidad.

Al respecto Goffman (1972) aquellos leprosarios, que se encontraban vacíos desde el Renacimiento, estuvieron nuevamente atestados en el siglo XVII. El clasicismo ha inventado el internamiento casi como la Edad Media ha inventado la segregación de los leprosos.

“Desde la mitad del siglo XVII, la locura ha estado ligada a la tierra de los internados, y al ademán que indicaba que era aquél su sitio natural”.

(Foucault, 1964b, p.38)

El internamiento de los alienados es la estructura más visible en la experiencia clásica de la locura. Yo los he visto desnudos, cubiertos de harapos, no teniendo más que paja para librarse de la fría humedad del empedrado en que están tendidos.

Los he visto mal alimentados, privados de aire que respirar, de agua para calmar su sed y de las cosas más necesarias de la vida. Los he visto entregados a auténticos carceleros, abandonados a su brutal vigilancia. Los he visto en recintos estrechos, sucios, infectos, sin aire, sin luz, encerrados en antros donde no se encerraría a los animales feroces que el lujo de los gobiernos mantiene con grandes gastos en las capitales. (Foucault, 1964c, p. 38)

En el año 1789, en Francia tuvo lugar la Revolución Francesa, fue un momento histórico único, escenario de transformaciones económicas, sociales y políticas de gran importancia, donde se derroco a la monarquía absoluta y se instauró un gobierno democrático. Difundió por el mundo los derechos fundamentales del hombre y el ciudadano. Para el área de la medicina y el campo de la salud y, particularmente, para la historia de la psiquiatría y de la locura hubo importantes modificaciones.

Es contemporáneo de la Revolución el francés Philippe Pinel quien vivió entre 1745 y 1826 considerado el padre de la psiquiatría, elaboró la primera clasificación de las enfermedades mentales, consolidó el concepto de alienación mental y la profesión del alienista. Al transformar los hospitales que dirigió, Pinel funda, en realidad, los primeros hospitales psiquiátricos. El primer y más importante paso para el tratamiento, de acuerdo con Pinel, sería el aislamiento del mundo exterior. El aislamiento entendido como hospitalización integral, pero comprende y promueve el tratamiento moral, se dice que liberó a los alienados de sus cadenas.

De acuerdo con Cassaroti (2015) hay personas que no pueden lograr lo que otras sí, dicha diferencia parte de una diferencia en el principio de ordenación del mundo vivido, esto se relaciona con una desorganización del sistema nervioso, es así que se plantea al trastorno mental como una disminución del hombre. Es a partir de que se descubre el trastorno mental, a lo largo del siglo XIX que la psiquiatría se presenta como profesión idónea para tratarlo, principalmente dentro de los asilos y sin más tratamiento que el moral.

Es así que llegamos a tener personas con sufrimiento psíquico alejadas del resto de la sociedad, encerradas en las condiciones antes mencionadas, sin ningún tipo de vínculo

exterior, este es el alto costo que pagan aquellos que no pueden adaptarse o seguir los patrones de normalidad establecidos actualmente por el capitalismo.

Como plantea Techera, et al (2010) el individuo, ingresa en el polo descalificativo de una lógica binaria donde se encierra el polo infeccioso. Surge entonces una retroalimentación entre la exclusión de la internación y la posterior salida al campo social, donde la persona pasa a ser concebida como “loco”. Por esta estigmatización la persona en vez de avanzar en su reacomodamiento con la red de vínculos y actividades que implica la sociedad, es atrapada en una imagen que la desvaloriza como sujeto.

Los primeros síntomas del modelo rehabilitador datan de los inicios del Mundo Moderno. Sin embargo, la consolidación del modelo mismo —sobre todo en el ámbito legislativo—, puede ser situada en los inicios del Siglo XX. En cuanto a las causas que dieron origen a dicha plasmación, podrían ser definidas muy sucintamente: “la guerra” y “los accidentes laborales”. (...) Es a partir de los inicios del siglo XX cuando nace una nueva manera de abordar la discapacidad, tanto desde la perspectiva social como cultural. (Palacios, 2008, p. 68)

Amarante (2006), en su texto *locos por la vida*, ubicado históricamente en el periodo de pos guerras, plantea que es en este momento donde surge en Inglaterra la reforma de los espacios asilares, ya que la rehabilitación de quienes habitan los hospitales se ve como una necesidad ante el desperdicio de la fuerza de trabajo. Recién cuando se necesitó mano de obra productiva se comienza a pensar en rehabilitación y formas de inserción social.

El modelo de atención a la enfermedad mental que caracterizó al siglo XIX y la mayor parte del siglo XX, que privilegia el aislamiento, el encierro, comienza a discutirse de forma amplia partir de 1959 en Inglaterra, con el movimiento de la anti-psiquiatría, propiciado fundamentalmente por los reconocidos psiquiatras como el Escocés Laing, Cooper y Szasz de origen Hungaro y, en Italia, por Basaglia.

Con aportes de Aldasoro (2017), la corriente antimanicomial propone la constitución de nuevos espacios y maneras de pensar, vivir y comprender la locura haciendo énfasis en el contexto social, por lo que es preciso no solo trabajar con el individuo sino también con su grupo social y familiar. Comprender los mecanismos vinculares que puedan

tener relación con el surgimiento de dicha enfermedad. Así mismo, hacer partícipe a la comunidad, en un trabajo conjunto para que pueda comprometerse con el padecimiento del otro, de modo de generar redes de contención.

Es así que surge el concepto de comunidad terapéutica que se caracteriza en primer momento por promover el quiebre con el tradicional orden jerárquico dentro de las instituciones psiquiátricas, lo que significa pertenecer a un modelo totalmente renovador en cuanto a su filosofía. Así mismo, pensar en comunidades terapéuticas significa dar respuesta a una de las problemáticas más relevantes, como son la exclusión y el aislamiento. Las comunidades se insertan en el medio social urbano por lo que no significan un distanciamiento. Adicionalmente, el proceso terapéutico pasa a ser responsabilidad de todos los involucrados sin jerarquizar funciones generando una distinción entre los integrantes de dicha comunidad. Las personas se expresan con libertad de modo que favorece al relacionamiento con sus pares y con el cuerpo médico. La cuestión terapéutica se presenta en el relacionamiento con el otro entendiendo que todos pueden influir y colaborar con el proceso de rehabilitación sin basarse en aspectos de carácter científico o de otra disciplina en particular. De este modo se ve la comunidad como medio para compartir con otros y poder problematizar los temas que nos aquejan

b) Breve historia de la salud mental en Uruguay

Se presentan a continuación los principales episodios sucedidos en Uruguay, con la intención de analizar como el país acompañaba los cambios dados a nivel mundial.

En Uruguay habría que esperar hasta el año 1880 para la inauguración del Manicomio Nacional, más tarde llamado Hospital Vilardebó en honor al Dr. Teodoro Vilardebó. El manicomio fue construido durante el período militarista (1875-1886) que marca el declive de un modelo de país comercial, pastoril y caudillesco. Su construcción formó parte del primer impulso modernizador del país (Techera et al, 2010, p.6)

Según Barrán (1995), el desarrollo de la medicina general y de la psiquiatría en particular abarca un período que el historiador denomina de “Disciplinamiento”, que va de 1860 a 1920 y que lleva a la concepción de la salud como valor, al asentamiento del estamento médico y a la medicalización de la sociedad. Como medida de contención para la sobrepoblación del hospital, el 12 de diciembre de 1912 se fundó la Colonia Etchepare, construida a 79 kilómetros de Montevideo y cuya extensión era de 372 hectáreas. Es significativa su distancia con respecto al centro urbano de la capital, dado su carácter de reclusión y aislamiento.

Tomando aportes de Bentura y Mitjavila, (2012a) es recién en la década del 60 del siglo XX a partir del movimiento de antipsiquiatría, que se pone en cuestión la noción misma de “enfermedad”. Las luchas se entablan en torno al cierre de los manicomios y a la propuesta de la psicoterapia como alternativa.

Pierre Chanoit (1966) hace un informe sobre la situación de la Salud Mental en nuestro país. Mediante el mismo se visualizan las injusticias y precariedad en la que viven las personas internadas en el Hospital Vilardebo y las Colonias. Si bien este informe no se acompañó de rápidas transformaciones instaló de alguna forma el debate sobre el tratamiento que se le estaba dando a la salud mental en aquella época.

En 1986 se crea el Programa Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud Pública, conjuntamente con la emisión del primer documento oficial que se pronuncia a favor del desmantelamiento asilar y de crear una nueva modalidad de atención, poniendo el foco de atención únicamente en la enfermedad mental e incorporando el objetivo de la rehabilitación y reinserción comunitaria de las personas que padecen trastornos mentales graves.

Estas transformaciones se dan en un momento particular para América Latina, ya que a fines de los 80 debido a la crisis pos dictadura que sufrían nuestros países, se formuló el Consenso de Washington con diez recomendaciones de índole neoliberales que apuntan claramente a reorientar la seguridad social donde se observa un repliegue del Estado y una redefinición de políticas sociales. Estas políticas que contribuyen a un modelo de acumulación flexible se presentan habitualmente como un proceso modernizador y democrático

En definitiva, la transferencia a la sociedad civil y también a las familias de responsabilidades antes colocada en acciones estatales, vía fomento de iniciativas autónomas constituye una tendencia socialmente instalada que colabora con la minimización y despolitización de las demandas y luchas democráticas (De Martino, 2003, p.59)

Se remarca puntualmente este hecho histórico porque como hemos visto detrás de cada transformación hay movilizaciones e intereses, ya que al no contar con un estado de bienestar ampliado, el peso y la responsabilidad del cuidado pasa a

recaer sobre la familia en aquellas áreas en las que no podemos contar ni con el Estado ni con el mercado.

Es por este devenir y analizando los perjuicios de los hospitales psiquiátricos que se busca confeccionar e implementar en nuestro país una nueva ley de salud mental, para abordar la temática desde una perspectiva de derechos teniendo el foco en los usuarios y su entorno, su rehabilitación y tratamiento.

Capítulo 3 Análisis de la ley 19.529 de salud mental, formas de rehabilitación que propone:

Hace algunos años ya con la apertura democrática, un movimiento de amplia participación promueve el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), aprobado por el Ministerio de Salud Pública en 1986 (Ministerio de Salud Pública, 1987). El PNSM fue impulsado por familiares, pacientes, trabajadores, técnicos y docentes de salud mental, organizados en varias decenas de instituciones sociales, gremiales, científicas y académicas convocadas en la Comisión Asesora Técnica del Programa.

En 2005 se elaboró el documento “Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial”, actualización del PNSM en nuevas condiciones sociales y políticas en los umbrales de cambios profundos del sistema de salud (Ministerio de Salud Pública, 2005).

El anteproyecto de Ley de Salud Mental que viene impulsando desde su redacción en 2007 por diferentes colectivos contempla una serie de transformaciones fundamentales y la superación de la vieja Ley del Psicópata. Desde la forma de nombrar a los

individuos como Psicópatas, haciendo alusión a características negativas del término y asociadas a la peligrosidad, a diferencia de la actual ley que pone el foco en los derechos humanos, con una fuerte impronta médica y a la promoción del primer nivel de salud, desde la promoción y prevención. Lo que consideramos representa cambios sustanciales y necesarios para una humanización del sistema de atención de la salud mental (Ministerio de Salud Pública, 2009).

En setiembre de 2015 la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna presentó su propuesta de anteproyecto de ley donde se refleja la impronta transformadora dada por múltiples actores con relación al actual paradigma de atención a la salud mental. El nuevo posicionamiento responde a un vínculo más estrecho en lo que a derechos humanos respecta, adecuándose a los estándares internacionales en la materia.

Finalmente, la Ley 19.529, fue aprobada en agosto de 2017, Uruguay actualiza su marco jurídico en relación a la región. De esta forma deja atrás la ley 9.581 que data de 1936 centrada en la alianza estado-derecho-medicina, en una concepción centrada en la noción de enfermedad mental y peligrosidad que establecía prácticas de control y encierro en hospitales donde un médico psiquiatra sea quien esté a cargo, como uno de los métodos principales para el tratamiento y rehabilitación.

Al analizar los artículos de la actual ley se ve en ellos un cambio de paradigma, donde la clave está en ponderar los derechos humanos, es en base a estos que se elaboró y definió, entendiendo que la violación de los Derechos Humanos de las personas que son y han sido usuarias de centros hospitalarios psiquiátricos representa una temática de alta complejidad ya que envuelve a toda la estructura social desde la población, el marco normativo y legal, las decisiones por parte de jerarquías médicas y estatales, técnicos y funcionarios implicados en el área. Durante siglos no se tuvo consideración de los aspectos humanitarios ni las prácticas masivas.

Art 1 “La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias

de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social''. (Ley 19529, 2017, art.1)

La ley plantea desde el inicio promover la inclusión, el respeto por el otro lejos del control y la normalización. Además, la nueva ley fue elaborada no solo por profesionales del área de la medicina, sino que se caracteriza por la participación de profesionales de distintas áreas de la salud y otras disciplinas complementarias.

Se puede observar como a lo largo de la historia, quedan grandes vacíos en lo que concierne al respeto por los derechos humanos cuando nos referimos a Salud Mental, el tratamiento no se centraba en el individuo. La historia pasada y aún el presente nos muestra las fallas que se han cometido y cómo se han vulnerado los derechos de los individuos, profundizándose en aquellos que han estado por fuera de los márgenes establecidos como normales por los sectores dominantes. Parece natural hoy hablar de derechos humanos y resulta imposible concebir una ley del estilo que no centre su discusión en este aspecto, que no se relacione únicamente con la salud mental sino con el ser humano.

La ley anterior 9.581 para nombrar a las personas las llamaba enfermos psíquicos, desde el inicio marca que se parte de la enfermedad y no de quien la padece. De hecho el nombre de la ley es ''Psicópatas'', define a la persona por padecer una psicopatía, desde su estigma y no desde su derecho de ciudadano, se deja por fuera todo lo que la persona es más allá de su trastorno.

La actual ley, en el Artículo 2 ''La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental''. (Ley 19529, 2017, art.2)

Se ve un avance notorio en la forma de nombrar a las personas con padecimiento psíquico pero recordemos que la noción de trastorno mental comienza a ser utilizada por la psiquiatría como categoría nosográfica a partir de la década del 80 y la misma es plasmada en los Manuales DSM (de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) a partir de una fuerte alianza con la industria farmacéutica. Esta noción es solo una de las formas de concebir las maneras de padecer de los seres humanos, habiendo otros enfoques y formas de acompañar a las personas con padecimientos psíquicos. (Baroni, 2018, parr.4)

Artículo 21. (Rehabilitación).- Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital. (Ley 19529, 2017, art.21)

Al respecto Palacios (2008) plantea, que las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad, sino que ahora se entiende que pueden tener algo que aportar, aunque como se verá considera que la persona con discapacidad puede resultar de algún modo rentable a la sociedad, pero dicha rentabilidad se encontrará supeditada a la rehabilitación o normalización y, esto significa, en definitiva, supeditarla a que la persona logre asimilarse a los demás, válidos y capaces en la mayor medida de lo posible.

Se plantea como aspecto a destacar trabajar con la persona en sus potencialidades para que sea posible la rehabilitación, la mayor independencia posible y sobre todo la inclusión como menciona el art. 21 en diversas áreas, educativa, laboral, social y cultural.

Siguiendo el Consenso Intercentros del Uruguay (Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay, 2005) la Rehabilitación puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes. El trabajo en rehabilitación biopsicosocial desde lo cultural y ambiental, implica el encuentro entre la persona que presenta un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente. (Del Castillo, Villar, Dogmanas, 2011, p. 85)

La rehabilitación implica la construcción por parte de la persona de su proyecto de vida, en conjunto con su familia haciendo uso de sus derechos, se trabajará sobre determinados objetivos que oficiarán como marco de referencia, en el que intervienen

diversas disciplinas complementándose y articulándose para generar mayor inclusión. Deja de estar a cargo de la problemática únicamente el campo médico.

Florit (2006) plantea que las intervenciones psicosociales pretenden reducir el impacto que tienen en la vida del sujeto tanto de los síntomas negativos de la esquizofrenia como de los positivos, aumentar el conocimiento sobre el trastorno que pueda tener el propio sujeto y su familia, así como favorecer la adhesión al tratamiento. La rehabilitación psicosocial pretende, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la propia red social del paciente, proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familiares, etc. La intervención no debe dejar de potenciar las fortalezas de los sujetos, debe apoyarse como eje prioritario en aquellas habilidades conservadas por los sujetos. Se debe promulgar la existencia de recursos en todas las personas, la necesidad del profesional de activar dichos recursos y potenciar los existentes en la comunidad. Esto implica la individualización del proceso, la participación activa por parte del sujeto y una actitud de esperanza, también por parte del profesional.

Como parte del proceso de cambio a la hora de intervenir la enfermedad mental se propone el cierre del Hospital Vilardebo y las Colonias ya que la institucionalización como se ha mencionado afecta negativamente el proceso de recuperación.

Artículo 37. (Desinstitucionalización).- 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. Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial. Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales. (Ley 19529, 2017, art.37)

La ley establece al 2025 como fecha de cierre para las estructuras asilares y monovalentes. Uruguay se da ese plazo, no cumpliendo con lo establecido en el

Consenso de Panamá (OMS/OPS 2010) llamado “la década del salto hacia la comunidad, por un continente sin manicomios para el 2020”. Pero lo importante es que hay una fecha. Eso obliga a diseñar de aquí a esa fecha un plan de cierre que incluya el diseño de alternativas no sanitaristas, el fortalecimiento de lo existente en materia de soluciones habitacionales dignas así como la apertura de nuevas. (Baroni, 2018b, párr.17)

Este punto es central y coloca un importante desafío ya que hasta el momento la principal forma de tratar el padecimiento psíquico severo era dentro del hospital o las colonias, el cierre de estos genera gran incertidumbre ya que se deben crear otras alternativas principalmente para aquellas personas que no cuentan con un sostén económico y familiar importante. Además actualmente hay personas internadas hace varios años que han perdido vínculo con el resto de la sociedad y las actividades cotidianas de la vida diaria.

La internación domiciliaria o las internaciones breves en Hospitales Generales, la atención y el seguimiento comunitario se proponen como dispositivos adecuados que posibilitan la superación de crisis agudas sin atentar contra la vinculación socio-familiar, sometiendo a la persona a la vivencia de situaciones indignas en grandes manicomios. (Amico, 2004b, p.41)

Se entiende que plantea como estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

“Si bien el proceso de “desinstitucionalización” de las personas con trastornos psiquiátricos fue tardío en Uruguay, esa tardanza no fue aprovechada para procurar la implementación de recursos comunitarios que permitieran “sostener” la

población que era “liberada” de los manicomios, constituyéndose lo que consideramos un proceso de desmanicomialización forzosa’’. (Bentura y Mitjavila, 2012b, p.6)

En la ley 9581 se establecía que una vez que la persona era dada de alta se le avisaba a su familia si la misma no se presentaba lo llevaban a su residencia, no había mayor contención ni dispositivos de apoyo que pudieran acompañar a la persona en su reinserción.

Cerrar los asilos y manicomios, además, implica que el dinero que hoy conlleva mantenerlos abiertos se pueda volcar a las soluciones de atención y habitacionales necesarias. (Baroni, 2018c, párr.21)

Capítulo IV Implementación de la ley 19529

La nueva ley promueve cerrar para el 2025 los hospicios psiquiátricos y las colonias lo que trataremos de indagar en el presente capítulo es sobre que nuevos dispositivos se está trabajando o pensando para que esto sea posible o el cómo se hará esa reconversión

para que las personas en situaciones más vulnerables puedan incorporarse, participar, estar contenidas.

Surge la necesidad de pensar estas cuestiones porque se entiende pertinente que se trabaje en forma articulada entre los distintos organismos competentes para dar una respuesta integral en medidas sustitutivas a la problemática de exclusión que sufren las personas con TMSP.

Es así que el presente capítulo se estructura en dos grandes líneas por un lado el desafío que supone esta nueva línea de rehabilitación, sin la intención de cuestionar el cierre de los asilos, pero si pensar cuales son las principales dificultades a la hora de hacerlo y por el otro lado plantear y analizar cómo se está trabajando, con qué recursos se dispone para llegar al 2025 con lo establecido en la ley actual.

a) Pensando en el cierre y sus implicancias:

Información brindada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) evidencia acciones y consignas generalistas, ambiguas que poco aportan en cuanto a componentes concretos

a la hora de pensar un modelo alternativo. Estas consignas remiten a “los derechos humanos”, “lo comunitario”, la “desinstitucionalización”; sin embargo, el contenido que estos agentes incorporan como modelo alternativo dista mucho de las líneas planteadas.

El relevamiento de población en situación de calle en Montevideo, publicado el 30 de mayo de 2019 realizado por el Mides, revela que 4 de cada 10 personas en situación de calle han estado internados por problemas de salud mental y aumenta con respecto al relevamiento realizado en 2016 el porcentaje de personas que declaro tener experiencias en instituciones totales (hospitales psiquiátricos, cárceles y hogares).

Estos datos marcan y remarcan la desigualdad en el mundo del trabajo, en el acceso a la educación, a la vivienda, a espacios sociales y culturales que expanden el campo de posibilidades de toda persona y que son socialmente valorados. Sin ningún lugar a dudas, la población que se asiste hoy en el hospital psiquiátrico, como aquella que se aloja en las colonias, está signada por estas desigualdades y ha generado un campo de posibilidades marcado por el periplo de internaciones reiteradas y con el deterioro del tejido social que podría funcionar de malla de contención. Vale recalcar que entre los aspectos más contraproducentes del encierro encontramos la fragilidad social que genera, más aun si en su proceso de sufrimiento mental requiere atención permanente y se torna población definitiva del hospital o de las colonias. La persona se vuelve ajena al afuera del que vino, pierde habilidades y se asume como inválida para asumir la responsabilidad de su vida.

El núcleo de discusión radica en considerar esa trama de desigualdades estructurales que sitúa a la persona en un escenario incierto de posibilidades de superación de las huellas del encierro. La información brindada por los agentes a cargo de la elaboración de las medidas substitutivas del modelo asilar no es clara en la definición de propuestas,

proyectos, planes de trabajo, como tampoco lo es en términos de recursos institucionales y financieros (Silva, Bentura, Beltran, 2018, párr.7).

El hacia dónde vamos después de cerrar es lo que se ve como un camino incierto y pedregoso.

Desinstitucionalizar significa que el Estado debe hacerse cargo, su presencia debe afirmarse y tomar un rol de sostén para emprender tal proceso, desplegándose en la gestión territorial de los recursos actuales y de los que sea necesario construir (Silva, Bentura, Beltran, 2018b, párr. 10). Sino, lo que se estaría produciendo es un abandono y desprotección de los derechos humanos de aquellos a quienes históricamente se ha vulnerado estigmatizado y violentado.

A la hora de cerrar es importante contar con soluciones habitacionales para las personas con dependencia severa, principalmente aquellos que han pasado muchos años en cautiverio, ya que su tejido social si lo hay, es frágil. Además habitualmente se acarrea vulnerabilidad económica por todo lo vivido.

En lo relativo a los modos de subsistencia, la apelación a la seguridad social y al empleo protegido son casi los medios obligados para las personas con discapacidad. De este modo, la asistencia social pasa a ser el principal medio de manutención, siendo ello en ciertos casos consecuencia de la imposibilidad de realizar ningún tipo de tarea, pero en otros muchos debido a que la subestimación de la que son objeto genera la exclusión del mercado laboral de muchas personas con discapacidad, plenamente capaces de trabajar. (Palacios, 2008, p.68)

Si no se habilitan espacios sociales, se destraban limitaciones, mientras no se dejen de caracterizar a las personas con sufrimiento psíquico únicamente por esta condición se

corre el riesgo de generar mayor frustración en las personas a las que se les plantea la necesidad de que se integren, busquen trabajo, vivan de manera autónoma. Pero, en definitiva, no se producen las condiciones para que esto ocurra.

Este panorama da cuenta de las articulaciones necesarias a realizar por diferentes organismos y actores del estado que no necesariamente implican nuevos o más recursos, sino desde mi perspectiva redistribuirlos en distintas áreas ASSE, MIDES, BPS, para suplir las necesidades básicas que tenían cubiertas al vivir internados, como ser alimentación, abrigo, vivienda.

El afuera se les presenta incierto, les exige autonomía e independencia, y parecer “sanos”, para que se les habilite un trabajo para sustentarse de forma independiente, para acceder a una vivienda y demás necesidades que debemos cubrir para subsistir.

Estos cambios que se proponen en la ley, requerirán capacitar a todos los trabajadores en el nuevo modelo que se intenta impulsar así como formar a los nuevos técnicos y profesionales, además de rediseñar el régimen laboral y las rotaciones necesarias en trabajos que se sabe, por la responsabilidad y el desgaste que implican, son insalubres. Pero, sobre todo, para poder cambiar hay que pensar que es posible un mundo sin manicomios. (Baroni, 2018c, párr.22)

Los otros deficientes constituyen un grupo particular de excluidos, pero eso no debe significar que esa exclusión sea subordinada y/o inferiorizada y/o desatendida con relación a otras exclusiones, como de hecho sucede con frecuencia. Negar un abordaje social, político, histórico y cultural en este territorio, constituye el primer nivel de discriminación, el más sutil, sobre el cual después se entretajan todas las demás exclusiones de ciudadanía, lingüísticas, comunitarias, etcétera. En palabras de Larrosa y Pérez de Lara (1998): «La alteridad del otro

permanece reabsorbida en nuestra identidad y la refuerza todavía más; la hace posible, más arrogante, más segura y más satisfecha de sí misma. A partir de este punto de vista, el loco confirma y refuerza nuestra razón; el niño, nuestra madurez; el salvaje, nuestra civilización; el marginal, nuestra integración; el extranjero, nuestro país; y el deficiente, nuestra normalidad». (Skliar, 2002, p.4)

Necesitamos transformar la mirada que nuestra cultura tiene al respecto en la temática y principalmente al diferente, para propiciar posibilidades reales de inserción sociocomunitaria. Entiendo pertinente el acercamiento e inclusión de las personas con TMSP en la sociedad así como la difusión de las características de los TMSP, para dejar de prejuizar sin conocer y promover una mayor cohesión social deseable para todos. Es necesario poder identificar a una persona portadora de derechos, con necesidad de ser atendida, por su padecimiento pero que este no la defina.

b) Líneas de trabajo, en sustitución del encierro

La cuestión fundamental es analizar de qué instituciones pueden formar parte las personas con TMSP una vez que se proceda a cerrar las instituciones totales.

Plantea Acuña, en su artículo sobre la implementación de la ley de salud mental publicado en la diaria: Una de las características del actual modelo de asistencia a la salud mental, llamado “hospitalocéntrico”, es su predominante “bipolaridad” respecto de los tipos de dispositivos que brindan asistencia. Uno de estos polos es el hospital o sanatorio psiquiátrico para personas con enfermedad mental que requieren hospitalización. El otro polo está constituido por la atención en policlínica especializada. No encontramos el suficiente desarrollo de servicios y dispositivos intermedios, necesarios entre estos dos polos, ni el suficiente desarrollo de servicios en la primera línea de asistencia (médicos de familia y médicos generalistas) para el adecuado grado de resolución de situaciones clínicas, muchas de las cuales no deberían llegar a las policlínicas especializadas.

En los últimos años ha habido un incremento en cuanto a la cantidad de centros diurnos disponibles para atender personas con TMSP (algunos privados, otros co-gestionados por aportes de usuarios y de BPS y otros de ASSE), que buscan potenciar las actividades de la vida diaria, el trabajo y la vida en comunidad; Pero lo que se percibe es que estos no involucran al resto de la sociedad, cuesta dejar de lado las barreras que tenemos con el diferente, “el anormal” se ve una polarización entre los espacios que pueden formar parte ellos y nosotros.

Ignacio Porras comenta en la entrevista para el programa radial Deja-vu Uniradio “hay que ver las cosas evolutivas, acá no estamos haciendo un cambio del día a la noche, en realidad la rehabilitación psicosocial existe en Uruguay hace décadas el centro Martinez Visca comenzó en la década del 70, el centro Sur Palermo tiene más de 30 años, Cipres tiene alrededor de 30 años no es que estamos descubriendo la pólvora, si lamentablemente mantenemos hasta el día de hoy lugares que no son aptos para la rehabilitación psicosocial como son las colonias psiquiátricas, son lugares que están destinados a desaparecer, que ya deberían haber desaparecido hace años, hay más un tema económico y de prioridades del Estado como ordena sus finanzas que el hecho de que haya gente que defienda que eso está bien, no eso no está bien, no es la mejor terapéutica es simplemente un confinamiento, esperemos que los recursos vayan apareciendo, tampoco sirve mucho agiornar la ley pero no hay dinero, hay que agiornar la ley, hay que reglamentarla y tienen que aparecer los dineros para las políticas públicas, la gente formada para realmente poder llevar adelante, acompañar todos estos cambios de mentalidad a nivel social.”

Se entiende que ahora es el tiempo de la propuestas concretas, el “cómo” implementar la ley. Podemos decir que el nuevo marco normativo es condición necesaria, pero no suficiente. Habilita, establece las reglas del juego, lo que falta es aclarar a nivel institucional como se van a articular las piezas para contemplar a toda la población atendida en instituciones totales con sus diferentes necesidades, carencias y potencialidades a desarrollar.

Acuña (2018), vicepresidente de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata y miembro de la Directiva de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, en uno de sus artículos publicado en la diaria, plantea que tenemos el aval legal y la obligación moral de construir un modelo en el que los derechos sean el telón de fondo y la persona el centro de los procesos. Un modelo que haga efectiva la interdisciplina y la interinstitucionalidad, que trabaje a nivel comunitario la salud mental de manera integrada a la atención de la salud general; no sólo en la asistencia de las diferentes

situaciones, si no en la prevención y promoción, que trabaje con eje en salud mental positiva y luche contra el estigma, que no “psiquiatrice” la vida, un modelo que les gane al prejuicio y al aislamiento de las personas con enfermedad mental severa y que brinde continuidad de la atención de manera de hacer posible la inclusión social.

A continuación se plantea su propuesta a la hora de pensar en la implementación de la ley de Salud Mental, cómo iniciar los cambios y algunos de los conceptos que las fundamentan.

Un grupo de trabajo en la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), con participación de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Udelar y el Ministerio de Salud Pública (MSP), elaboraron un documento que constituye el aporte más importante desde la aprobación de la ley y propone, justamente, medidas que contribuirían a alcanzar la mencionada meta.

Este documento incluye un plan inicial para 2019-2020 en ASSE para la implementación de los nuevos dispositivos, necesarios, también, para comenzar a superar las debilidades, propone la implementación gradual de los dispositivos necesarios para la construcción de la red, de acuerdo a las fortalezas y características de cada lugar. Con el objetivo de asegurar un proceso de atención integral y continuo, se propone la organización de la estructura especializada en salud mental en un sistema de red integrada de dispositivos diversos, articulada a la red territorial de salud general en los diferentes niveles de complejidad. Hace hincapié en la “necesidad de un mejor nivel de articulación en la región y en el departamento, que favorezca la definición de procesos asistenciales y poblaciones de referencia; articulación tanto entre los dispositivos especializados en salud mental, como de estos con las estructuras de salud general y las unidades ejecutoras”. Plantea que es imprescindible que la red de salud mental esté integrada por dispositivos sanitarios diversos, adecuados a las necesidades de la población en todas las etapas a lo largo de la vida. También debe considerar la realidad local, posibilitando la construcción de una trayectoria desde la atención de la

salud hacia la inclusión social”. Para esto se estimó “el número de plazas necesarias en cada tipo de estructura por departamento, en base al número de usuarios de ASSE, el estimativo de usuarios potenciales de las estructuras de acuerdo a las cifras de la región, y a las orientaciones de las normativas que regularon la reforma de la atención en Andalucía y Chile”. Deja claramente establecido como principio que “la atención de la salud y la enfermedad mental se debe realizar en todos los niveles de complejidad del sistema de atención, como componente de la atención integral de la salud”.

Luego, “para la atención de las personas con trastornos mentales que evolucionan con discapacidad psíquica la red de estructuras sanitarias incluye dispositivos de rehabilitación, se debe articular con los dispositivos de otros sectores de forma de promover la inclusión social y garantizar el ejercicio de derechos”.

También deberá generalizarse el cambio de las condiciones de trabajo tendiendo a la generalización de los cargos con alta dedicación (régimen de trabajo con carga horaria extendida que permite la permanencia, especialmente de los recursos técnicos), lo que posibilita una mayor dedicación y concentración de la tarea, tendiendo a mitigar el multiempleo del sector y facilitar el trabajo interdisciplinario. Junto con esto, debe establecerse un plan de capacitación de todos los funcionarios técnicos y no técnicos en los principios y la nueva forma de organización que se pretende para el nuevo modelo.

En ASSE deberán implementarse las guardias de psiquiatría en todos los hospitales generales, comenzando así con la regionalización de la asistencia de las emergencias psiquiátricas en Montevideo y el área metropolitana. Se deben incorporar trabajadores sociales y psicólogos para fortalecer la primera línea de atención y evitar las recaídas y discontinuidades de los tratamientos que provocan re hospitalizaciones por razones sociales, empezar a habilitar servicios de hospitalización breve en áreas especializadas de sanatorios privados polivalentes de prestadores integrales privados y hospitales generales que no cuenten con esta modalidad. En lo interinstitucional deberá crearse una coordinación permanente entre el MSP y el Ministerio de Desarrollo Social que empiece

a fijar criterios técnicos, como establecen las leyes de discapacidad y salud mental, para la coordinación y definición clara de competencias de las áreas social y sanitaria.

El concepto clave para llevar adelante esta reforma es el de gradualidad. Se trata de un proceso histórico y que implica la progresiva sustitución de un enfoque anacrónico de atención (que en algunos casos alcanza a la violación de derechos humanos) por otro modelo de respeto a esos derechos, de empoderamiento e inclusión plena de la personas con enfermedades mentales graves. También incluye la mejora de la calidad en la asistencia de las situaciones de salud mental que no alcanzan mayor gravedad, que muchas veces ni siquiera constituyen enfermedad, y la implementación de acciones de prevención y promoción de salud mental.

De León, (2013a) plantea que la desaparición del “modelo asilar” debe acompañarse con la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener la situación de nuestra población. Debe enfocarse en el uso de la internación en forma breve; en la integralidad de la asistencia, a través del desarrollo de estrategias en rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario; en la educación no sólo del usuario sino también de la familia, de los trabajadores de la salud y de la comunidad en general.

El énfasis en los emprendimientos comunitarios fue señalado con precisión al actualizar el PNSM de 2005, teniendo como objetivos elevar la calidad de la hospitalización de los pacientes en los episodios críticos en salas generales, sin el límite de treinta días por año.

“ Las mutualistas asisten a los pacientes con enfermedades psiquiátricas en policlínicas o en sanatorios. Simultáneamente se crearon unidades de salud mental en los hospitales generales. Así se logró reincorporar a la psiquiatría a la interacción con los médicos. Porque así como estaban marginados los pacientes, también lo estaban los psiquiatras del resto de la medicina. También fue fundamental la

apertura de salas de psiquiatría en casi todos los hospitales del interior del país.”
(Guines en Fisher, 1999)

Nelson de León en su texto “Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental” al igual que Ángel Guines en su texto “El plan de salud mental veinte años después”, plantean las principales líneas sobre las que se está trabajando, ambos mencionan los centros de salud en la comunidad fortaleciendo así la atención del primer nivel de salud, los albergues comunitarios permanentes para quienes no tienen una red familiar que los sostenga y no puedan resolver donde vivir y los talleres protegidos como una posible salida laboral.

Guines (2005a) describe, los centros de salud mental en la comunidad suponen un fuerte énfasis de atención en el primer nivel de salud, para esto ASSE, desplegó equipos de Salud Mental en la comunidad, junto con el sistema APEX que funciona en el Cerro, los equipos de la facultad de Medicina y Psicología y las IAMC, todo este sistema tiene por objetivo ser el principal dispositivo donde se atiendan situaciones de Salud Mental. De esta forma se disminuiría la presión de la hospitalización, se mejora la socialización de los pacientes y asegura una mejor calidad de funcionamiento de las familias que mantienen a los pacientes en sus hogares, estos centros desarrollan actividades múltiples dirigidas al sostén grupal de los pacientes en la comunidad, la rehabilitación y promoción de sus habilidades y el mejoramiento de sus desempeños sociales; los pacientes pueden concurrir en horarios variados en función de la situación personal y familiar, durante un período que les habilite una mayor autonomía y actividad social.

De Leon (2013b) al respecto plantea consolidar los Centros de Salud en la comunidad. Estos centros deben transformarse en el escenario principal de la atención en psiquiatría y salud mental, en articulación con el primer nivel de atención integral de la salud. Multiplicar los Centros de Rehabilitación sería para él la pieza fundamental para mejorar la socialización de los pacientes, cooperar con las familias y disminuir la frecuencia de hospitalización.

Como siguiente punto Guines (2005b) al igual que De Leon (2013c), entiende que en aquellos casos en que el deterioro de autonomía del usuario sea muy grave y no se cuente con una red familiar se cuenta con albergues comunitarios permanentes donde el cuidado y la recreación queden aseguradas. También deben preverse para los pacientes con un mejor nivel de desempeño social, pero que por diversos motivos no conviven con sus familias, las Residencias Supervisadas. Este dispositivo se plantea explícitamente dentro de la Ley de Salud Mental, en el artículo 22, con el nombre “dispositivos residenciales con apoyo”.

De Leon (2013 d), entiende que son caminos viables el Taller Protegido y la Cooperativa Social, asegurada por Ley y que permita a los rehabilitados operar en la actividad productiva sin las desventajas de la discapacidad remanente (Ministerio de Salud Pública, 2005).

Guines (2005c) al respecto plantea que para favorecer en los pacientes el mayor nivel de autonomía y de crecimiento en la vida social plena o protegida se trabaja en cooperativas sociales. La variedad de estructuras asistenciales no es para retener a los pacientes en ellas, como alternativa al asilo, sino para facilitar su tránsito a la vida en la comunidad. De esta forma se incorporan a actividades creativas y laborales que aseguren su autonomía. La Cooperativa Social, prevista por ley y que permite que ellas operen en el mercado productivo sin desventajas, a condición de asegurar la participación de un porcentaje de cooperativistas que han obtenido distintos niveles de habilitación y rehabilitación.

Podría ser el comienzo de un camino que sabemos difícil, pero entendemos que es responsabilidad de todos los agentes involucrados que se lleve a la práctica con la mayor eficiencia posible. Hay una historia que desandar. Construir una forma de intervenir y trabajar en conjunto, validando sus deseos, biografías, alejada del sufrimiento y dolor al que fueron sometidos durante tanto tiempo debe ser un

compromiso a asumir por todos y cada uno de nosotros. Una sociedad más humana es posible.

Reflexiones finales:

En resumen, para finalizar podemos decir que, la salud mental es un derecho humano fundamental para el pleno desarrollo de todas las personas. No parece posible sostener que una persona es totalmente sana o totalmente enferma, una persona tiene aspectos mentales más saludables y otros más patológicos, que pueden coexistir. Un mismo comportamiento puede ser juzgado o no de acuerdo a la época y la cultura de cada sociedad. El que una persona sea considerada enferma no solo depende de alteraciones

de su pensamiento sino de la actitud de la sociedad con relación a este tipo de alteraciones.

El saber médico es sin duda hegemónico en nuestra cultura Occidental y juega un papel central a la hora de determinar una práctica como socialmente aceptada o condenarla. Cuando una persona porta un estigma que lo vuelve diferente se lo ve como un menospreciado, de acuerdo a como se utilizan las etiquetas en las prácticas habituales se produce un desplazamiento del sujeto por la enfermedad y este etiquetaje lleva a su vez a la patologización de la vida cotidiana.

Históricamente se han vulnerado los derechos y hostigado a la población con TMSP, encerrándolas sin consentimiento, alejándolas de todo y de todos, en situación de abandono, se sabe que solo con tratamiento farmacológico no hay rehabilitación posible, es sumamente necesario un acompañamiento terapéutico y multidisciplinar para dar continuidad a los tratamientos.

Se ve que la nueva ley promueve la atención en el primer nivel, deja entrever la importancia multidisciplinar a la hora de abordar y dar seguimientos a los tratamientos de personas con TMSP, así como también se nota una mayor toma de conciencia social a la hora de interpretar la problemática, el estigma que genera así como el tratamiento que se le ha dado históricamente.

Se refleja un claro pasaje de paradigma desde la anterior ley del psicópata a la actual ley de Salud Mental haciendo foco en el individuo, sus derechos humanos, su familia y red de contención, entendiendo deseable una rehabilitación dentro de la comunidad. Esto responde a cambios y avances que reflejan cómo ve e interpreta la sociedad la salud mental.

Se entiende necesario generar conciencia por parte de la sociedad sobre cuáles son las restricciones y diagnóstico que los TMSP generan ya que el desconocimiento de esto produce mayor discriminación y limitación de oportunidades a la hora de buscar un empleo o ingresar a la educación formal. El estigma que genera el desconocimiento así como las preconcepciones sobre la enfermedad propicia mayor exclusión y confinamiento entre personas con este padecimiento. Para generar difusión masiva sobre la salud

mental, es importante los medios de comunicación como lo son las publicidades televisivas, la cartelería, demás, campañas del estilo Mentalízate (donde se apunta a la inclusión, mostrando a las personas con TMSP sin poner el foco en la enfermedad) son propicias para que aquellos que están alejados o desconocen sobre TMSP, puedan tener fuentes de información, es una forma de que la sociedad visibilice la salud mental y de esta forma se le quite peso a los aspectos negativos.

Es momento de pensar cómo se implementará la ley 19529, el plazo para cumplir con lo que en ella se establece es corto y no se pudieron recabar fuentes claras que den cuenta de cómo se paliara la situación de las personas con sufrimiento psíquico que actualmente están en situación de calle así como tampoco se encontró material respecto de dispositivos que se vayan a crear para contener a aquellas personas que se encuentran internadas hace años y han perdido sus redes de apoyo.

El presupuesto que actualmente se vuelca al Hospital y a las Colonias se cree que debería ser reconvertido a las nuevas formas de rehabilitación así como es necesario capacitar a los empleados que trabajaran con esta población. Se debe trabajar en forma conjunta entre los diferentes Organismos e Instituciones para brindar una respuesta integral y hacer posible una rehabilitación más humana que abarque todas las áreas.

Como se plantea en el capítulo cuatro si la red de contención familiar puede sostener al individuo, un centro de rehabilitación barrial puede ser un buen dispositivo de acompañamiento, tanto para la familia como para la persona con trastorno mental, es imprescindible que dentro del mismo se tejan relaciones horizontales para fomentar la autonomía e independencia de la persona, que pueda sentirse escuchada, contenida. La cooperativa social puede ser un apoyo económico y recreativo para aquellos quienes sufrieron mayor desgaste psíquico y no se encuentran en condiciones de cumplir con un empleo de mayores exigencias. Pero para quienes quieren emplearse es necesario que se le generen oportunidades y estas se puedan adaptar a las necesidades de la persona, de esta forma se podría favorecer la autoestima y potenciar las habilidades, quitándole peso a la enfermedad y las restricciones que genera.

Como último aspecto a trabajar en sustitución del encierro se entiende fundamental brindar soluciones habitacionales cogestionadas para aquellas personas que no están en condiciones de vivir solas y tampoco cuentan con familiares que puedan hacerse cargo. Estas viviendas son sumamente necesarias para asegurar que la persona tenga un lugar donde vivir y organizar su rutina siendo esto necesario para acceder a un tratamiento y darle seguimiento, además de esta forma el sistema se asegura que las personas más vulnerables puedan tener sus necesidades básicas cubiertas.

Se considera que todas las personas involucradas, ya sean familiares, docentes, empleados de centros de salud deben estar informados al respecto, para que se trabaje con respeto hacia el individuo sin infantilizarlo, teniendo en cuenta sus deseos y necesidades, de esta forma asegurarnos que son ellos los propios protagonistas de su vida.

Bibliografía:

- Acuña, R (2018) Ley en salud mental, ahora toca implementarla. La Diaria. Recuperado de www.ladiaria.com.uy/ricardoacuñaleyensaludmentalahoratocaimplementarla
- Alvaro, J.L (1992) salud mental en Roman Reyes. Diccionario critico de ciencias sociales. Universidad complutense de Madrid. Madrid
- Aldasoro,V. (2017) De la enfermedad mental a la salud mental: un recorrido historizante sobre la locura en nuestro país. Trabajo de grado, Universidad de la Republica) Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/simple-search?query=aldasoro>
- Amarante, P. (2015). Salud mental y atención psicosocial. Recuperado de https://www.xpsicopedagogia.com.ar/wp-content/2018/03/Salud_Mental_Y_Atencion_Psicosocial.pdf
- Amarante, P. (2006) Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Ed. Madres de la plaza de Mayo. Buenos Aires
- Amico, L (2004) Desmanicomializacion: hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en Salud Mental (trabajo de grado, Universidad de Buenos Aires). Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html#nota>
- Baroni, C (2018) Para abrir hay que cerrar apuntes acerca de la ley de salud mental. Zur pueblo de voces. Recuperado de <http://www.zur.org.uy/content/para-abrir-hay-que-cerrar-apuntes-acerca-de-la-ley-de-salud-mental>
- Barran, J.P (1995) Medicina y sociedad en el Uruguay del 900. La ortopedia de los pobres. Montevideo, ed. de la Banda Oriental.
- Bentura, C. y Mitjavila, M. R. (2012).Sobre los dispositivos posmanicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya. Trabajo presentado en Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, de São Paulo, Brasil.
- Cassarotti, H. (2015) Legislacion en psiquiatría y salud mental en Uruguay. Revista de psiquiatría. Uruguay
- Chape, A (2015) Familia: ¿En la salud y en la enfermedad? Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay
- Corbetta, P (2007) Metodología y técnicas de investigación social. España. Ed. McGraw-Hill.

- Del Castillo, R. Villar, M. Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. Psicología conocimiento y sociedad. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847406006.pdf>
- De Leon, N. (Coord.) (2013) Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. Art 2. Montevideo, Uruguay
- Fisher, D. (1999) La Salud Mental en Uruguay. Recuperado de <https://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias98/art10.htm>
- Florit Robles, A. (2006) La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. Apuntes de psicología. Vol 24 . Colegio oficial de psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla.
- Foucault, M (1964) Historia de la locura en la época clásica. Francia. Ed. Pantheon Books.
- Giorgi, V. (1988) Vinculo marginalidad y salud mental. Montevideo. Roca viva
- Goffman, E. (1972) Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- Goffman, E. (1970) Estigma. La identidad deteriorada. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Guines, A, Porciuncula, H, Arduino, M (2005) El plan de salud mental, veinte años después. Evolucion, perspectivas y prioridades. Revista de psiquiatría del Uruguay. Vol.69
- Kogan, A. (2019) La colonización psiquiátrica a la experiencia humana a través de la idea de enfermedad mental. Recuperado de <https://iberoamericasocial.com/la-colonizacion-psiquiatrica-a-la-experiencia-humana-a-traves-de-la-idea-de-enfermedad-mental/?fbclid=IwAR1uqz6Di5aMn6Q6B5V1TOsb2vXKyA1N8TEwVZPXDYncr16cOAewzDp7i4>
- Kosik, K. (1969) Dialéctica de lo concreto. Estudio sobre los problemas del hombre y del mundo. Ed. Grijalbo, México.
- OMS, (2013) Salud mental: un estado de bienestar Recuperado de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS, (2015) Como promover y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/43/es/>
- OMS, (2018) Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Palacios, A. (2008) El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Ed. cinca.

- Perez Fernandez, R (2017) Salud mental, comunidad y derechos humanos ¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico? Ed. Psicolibros universitario
- Rodriguez, J (2011) Los servicios de salud mental en America Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. Rev. Psiq. Uruguay. Vol 75 Nro. 2
- Silva, C. Bentura, C. Beltran M ¿Cerrar? ¿para ir a donde? Sobre el escenario de reglamentación de la ley de Salud Mental. La Diaria. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/articulo/2018/10/cerrar-para-ir-a-donde-sobre-el-escenario-de-reglamentacion-de-la-ley-de-salud-mental/>
- Skliar, C. (2002). La invención de la alteridad deficiente desde los significados de la normalidad. Revista Propuesta Educativa. Vol. 22.
- Taylor, S.J y Bogdan, R. (1994) Introduccion a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Ed. Paidos. Buenos Aires. Argentina
- Techera, A. Borges, C. (2010) La sociedad del olvido. Recuperado de [http://www.academia.edu/716898/la](http://www.academia.edu/716898/la-sociedad-del-olvido) sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay.