

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

**La desinstitucionalización en el campo de la
salud mental en Uruguay.**
Desafíos y realidades de una transición actual

María Soledad García
Tutora: Celmira Bentura

2019

Índice

Introducción.....	1
Presentación.....	3
Objetivos.....	7
Metodología.....	8

Capítulo 1 Salud Mental: Construcción conceptual e histórica social

1.1 Salud y Salud Mental. Aproximación conceptual a través del proceso salud/enfermedad.....	10
1.2 Recorrido histórico de la Salud Mental.....	14
1.3 Salud Mental y la razón moderna: surgimiento y evolución de las Instituciones Psiquiátricas y la Psiquiatría.....	16
1.4 Proceso de reforma de la atención psiquiátrica: antipsiquiatría y crisis de la institución psiquiátrica.....	21

Capítulo 2 Salud Mental en Uruguay

2.1 Construcción histórica de la atención en Salud Mental.....	27
2.2 Procesos de cambios en el modelo de atención en Salud Mental.....	30
2.3 Procesos de desinstitucionalización.....	31
2.4 Ley de Salud Mental en Uruguay: desafíos y realidades.....	35
2.5 Avances hacia el Plan de implementación de la Ley de Salud Mental.....	39

<i>Reflexiones finales</i>	42
---	----

<i>Bibliografía</i>	46
----------------------------------	----

Introducción

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

La selección del tema de estudio se centra en la Salud Mental y los procesos de desinstitucionalización¹ llevados a cabo en Uruguay. En las últimas décadas la Salud Mental viene atravesando diversas reformas promoviendo cambios y transformaciones en su atención así como también en su abordaje. De este modo, se pasa desde un modelo centrado en la enfermedad mental fundado en una perspectiva asilar hacia un modelo basado en la Salud Mental integral y comunitaria sustentado en un enfoque de derechos.

En el marco de estos procesos, la desinstitucionalización se ha presentado como una parte sustancial y alternativa de superación al modelo asilar. Actualmente, la nueva Ley N° 19529 de Salud Mental aprobada en el año 2017, establece entre otros cambios el cierre progresivo de las estructuras asilares y monovalente para el año 2025, siendo sustituidas estas por un sistema de estructuras alternativas. En este sentido, se ve la necesidad de plantear un modelo de servicios de Salud Mental que procure la protección de los pacientes que aún se encuentran internados previendo su egreso a través de dispositivos más integrados a la comunidad.

Inicialmente en este trabajo se realiza la presentación del tema, donde se sitúa al lector el propósito de este estudio y cómo se ha ido proyectando el escenario en cuanto a la atención de la Salud Mental en nuestro país con el fin de pensar y reflexionar estrategias en pos de lograr la desinstitucionalización. También se presentan los objetivos que guían esta monografía los cuales se basan en conocer acerca de las concepciones, transformaciones y abordajes de la Salud Mental a lo largo de la historia de la humanidad, permitiendo comprender los aspectos que han hecho que en la actualidad se estén promoviendo las condiciones necesarias para el logro de un modelo de atención integral basado en una perspectiva de derechos. Asimismo se realiza una revisión en relación a la atención y a los abordajes utilizados permitiendo identificar las modalidades que se pretenden instaurar para llevar a cabo la desinstitucionalización en nuestro país a partir de la entrada en vigencia de la Ley de Salud Mental.

¹ El concepto de desinstitucionalización surge históricamente ligado al de la Salud Mental Comunitaria.

A continuación, se expondrá la metodología, la cual es de carácter cualitativa. Para ello, se utilizó como técnica de investigación el análisis documental, permitiendo relevar datos sobre diferentes y variados materiales de estudio concernientes al tema que aportan al desarrollo de dicha investigación.

La monografía se estructura en dos capítulos, donde se exponen en cada uno de ellos los objetivos planteados. En el primer capítulo “Salud Mental: Construcción conceptual e histórica social”, se realiza una aproximación conceptual e histórica del proceso de salud/enfermedad y junto a ella a la Salud Mental. Este recorrido dará cuenta de cómo se han ido modificando dichos conceptos de acuerdo al contexto histórico según las exigencias y particularidades de la sociedad y la cultura vigente. Asimismo, se aborda el surgimiento y evolución de la psiquiatría, los movimientos anti psiquiátricos y la caracterización de los establecimientos psiquiátricos.

El segundo capítulo, refiere a la “Salud Mental en Uruguay”. En el mismo se realiza un recorrido histórico haciendo referencia a los cambios acontecidos en el sistema de Salud Mental en nuestro país, dando cuenta de los avances y desafíos permitiendo con ello contribuir al debate actual en relación a los procesos que se intentan consolidar a partir de la aprobación de la nueva Ley de Salud Mental. Esto permitirá comprender como se han ido experimentado los cambios y transformaciones en la forma de atender y abordar la Salud Mental, pasándose de un modelo centrado en el espacio manicomial a un modelo basado en los derechos humanos.

Por último, se exponen las reflexiones finales a partir de todo lo abordado, formulándose nuevas preguntas de investigación así como también nuevas líneas de indagación a futuro.

Presentación

La presente monografía aborda el tema referido a la Salud Mental y la desinstitucionalización, como un proceso transformador de las lógicas manicomiales. Se trata de traspasar el mítico mundo que se ha creado en torno a la institución asilar en un intento por renovar la capacidad terapéutica la cual estaba basada en el control, la coacción y la segregación (Rotelli, Leonardis y Mauri, 1987). Este estudio es planteado en un contexto de reforma de la atención en la Salud Mental en nuestro país, a partir de la Ley N° 19529 aprobada en el año 2017. La misma establece un nuevo marco normativo, impulsando un cambio de paradigma en la atención de Salud Mental, basado en una perspectiva de derechos, promoviendo la atención interdisciplinaria, un abordaje con base comunitaria y disponiendo además para el año 2025 al cierre definitivo de las estructuras asilares y monovalentes en el país. Se aspira también al desarrollo de acciones territoriales al alcance de toda la población desde una mirada comunitaria y de inclusión social.

El propósito de este documento se focaliza en realizar un estudio acerca de los cambios y transformaciones en el campo de la Salud Mental en nuestro país, sus avances y desafíos, permitiendo con ello contribuir al debate actual en relación a los procesos que se intentan consolidar a partir de la aprobada Ley de Salud Mental. Asimismo, cabe destacar que el área de Salud Mental y la particular coyuntura actual, ofrece un campo favorable para la intervención del Trabajo Social.

La perspectiva histórica determina que el término Salud Mental y sus modelos de atención han experimentado cambios y transformaciones en el espacio manicomial en distintas partes del mundo desde la segunda mitad del siglo XX, abriendo un debate en cuanto a su forma de atender y abordar este tema. Uruguay, no ha sido exento a estos cambios por tanto ha ido paulatinamente acompañando y adaptando a dicho proceso con nuevas modalidades de atención en cuanto a la Salud Mental.

El modelo de atención a las personas con problemas psiquiátricos que primaba anteriormente, se encontraba centrado en los hospitales psiquiátricos, “manicomios²” cuya organización giraba en torno al internamiento, como única alternativa de tratamiento, siendo estos por largos periodos de tiempo o incluso de por vida. Estos espacios se caracterizaban por ofrecer una atención asilar y custodial y una asistencia psiquiátrica por

² Manicomio, proviene del griego, Manía (locura) y Komeo (cuidar). Sería entonces ese territorio destinado a cuidar, tanto en el sentido de atender como el de vigilar, a los peligrosos y diferentes.

lo general escasa y deficiente. Las condiciones de vida en dicho modelo privaban a las personas internadas de muchas de sus actividades cotidianas, que al estar recluidas en una institución, las aislaba de su entorno familiar y social, causando, cronicidad, pérdida de autonomía, identidad y vulnerabilidad de sus derechos. “El “recluido” pasa a encontrarse a la deriva –tanto espacial como temporal- en un día a día ajeno al que transita el resto de la comunidad”. (Techera, Apud, y Borges, 2009, p.25).

Esta situación implicó el establecimiento de una nueva reestructura al interior de las instituciones psiquiátricas junto a la elaboración de políticas y prácticas desinstitucionalizadoras. Las nuevas posturas de pensamiento implican un abordaje desde un modelo basado en los derechos humanos, ubicando la internación como un último recurso, proponiendo la creación de dispositivos intermedios, sustitutivos y de atención en la comunidad, como medidas de reinserción social.

En los años 90, la aprobación del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) en nuestro país, se proyectó como un cambio de paradigma en cuanto a la atención de Salud Mental, basado desde una perspectiva de derechos y dignidad humana. El mismo, tenía como cometido reestructurar los servicios con un enfoque comunitario, con el consecuente cierre de las estructuras asilares y un sistema integral de salud destinado a la promoción, prevención, y atención de la salud con énfasis en la rehabilitación y habilitación de las personas con padecimiento psiquiátrico. Es así que se promovieron diversas acciones dirigidas a superar el modelo asilar, creándose el Área en Salud Mental, la descentralización del servicio a la comunidad, la reestructuración de la Colonia Etchepare y el Hospital Vilardebó, el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, y la creación de una gran cantidad de centros de rehabilitación. (Techera y Apud, 2013).

Lo anterior permitió la reducción del número de personas internadas y su desinstitucionalización. Sin embargo, no se contó con las medidas administrativas obligatorias que permitieran sostener a dichas personas fuera de las instalaciones del hospital psiquiátrico, constituyéndose en lo que para algunos autores como Nelson De León y Juan Fernández, criticaron como “proceso de desmanicomialización forzosa”, hecho que “condujo a la reclusión de dichas personas en las Colonias o bien a que muchos terminaran en la calle” (De León y Fernández citado en Techera et al, 2013, p.20).

Si bien se puede decir que se produjeron avances, estos no fueron aprovechados de la mejor manera, la problemática de la institucionalización y las condiciones de atención no lograron ser resueltas. Los procesos de externalización sin las condiciones adecuadas para

la restitución de las personas con trastorno mental a la sociedad sumado al empobrecimiento que atravesaba el país, hizo que se incrementaran los procesos de exclusión para dicha población (De León, 2013, p.92).

La crisis del año 2002, acrecentó aún más los procesos de desafiliación y marginación de las personas con padecimiento psiquiátrico, manifestándose en iguales carencias las acciones dirigidas a la promoción, prevención y atención de la Salud Mental. (Techera et al, 2013).

En el año 2005 una nueva administración de gobierno impuso un cambio en el fortalecimiento de las políticas públicas dirigidas a la salud en general y la Salud Mental en particular, consolidándose la apertura del Sistema Nacional Integrado de Salud³ (2008), en un avance hacia un modelo de atención primaria (Gines, 2013).

Desde entonces se han ido generado diversos cambios políticos y argumentativos, expresando la relevancia que tiene la participación comunitaria en el tratamiento de las personas con padecimientos mentales y el uso prolongado de los internamientos. Fundamentado en los derechos de las personas esto ha llevado a disminuir los tiempos de internación, ofreciendo una solución integral para el tratamiento de las mismas.

La Ley de Salud Mental N° 19529 aprobada en nuestro país, en el año 2017, promueve un abordaje desde un modelo de atención basado en la comunidad. Este requerimiento exige realizar cambios en la estructura y organización del sistema, en las prestaciones accesibles y en las prácticas asistenciales de los profesionales, que permitan mejorar la calidad de respuesta a dicha población. (Romano et al, 2018).

En tanto y de acuerdo a su Artículo N° 37, el mismo expresa;

Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales, 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 otros, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y los centros de rehabilitación e integración social (Ley de Salud Mental N° 19529. Art. N° 37).

³ Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS), creado en diciembre, 2007 por la Ley N° 18211, entrando en vigencia en el año 2008. Refiere como se expresa en su Artículo 1 a "el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país...".

No obstante a ello, Natella (2017), plantea que existe una polarización entre dos perspectivas, por un lado, se dispone de un marco regulatorio que entiende a la persona como sujeto de derecho, estableciendo su defensa, promoción y protección apelando a su integración social y por otro lado se identifica la existencia de una insuficiente transformación de los sistemas sanitarios y judiciales, no permitiendo la total efectivización de la desinstitucionalización.

Es sin duda, que bajo esta nueva regulación la mirada está puesta en la producción de estrategias que permitan generar avances concretos y consolidar los problemas en la atención en la Salud Mental históricamente no resueltos.

La Salud Mental es un valor humano fundamental y en el caso de los pacientes institucionalizados, tutelados por el Estado, es obligación de éste la protección de sus derechos mediante la promoción de acciones que favorezcan a mejorar la calidad de vida de dichas personas. Esto permitirá superar el aislamiento, la estigmatización, la extrema dependencia y la pérdida de autonomía que la institución asilar produce en las mismas. De esta forma, la emergencia de nuevos tipos de abordajes y dispositivos hace necesario pensar y reflexionar en la producción de estrategias renovadoras eficientes que permita revertir la hegemonía de los paradigmas tradicionales de manera de articular las prácticas con los discursos que la sostienen.

Es por ello, que se cree pertinente enfatizar sobre este escenario, el cual se entiende relevante para poder conocer en materia de derechos humanos las transformaciones que se han venido dando en pos de la desinstitucionalización a partir de un nuevo enfoque en la atención de las personas con padecimiento mental, desde una perspectiva más humanizadora y menos estigmatizante y discriminadora.

A partir de todo ello, se expresan los siguientes objetivos que guiarán la presente monografía.

Objetivo General

➤ Analizar las reformas en el campo de la Salud Mental y los procesos de desinstitucionalización en el Uruguay.

Objetivos Específicos

➤ Explorar acerca de las concepciones, transformaciones y abordajes de la Salud Mental a lo largo de la historia.

➤ Describir los cambios y transformaciones en la atención de la Salud Mental, identificando las modalidades que se pretenden instaurar para llevar a cabo la desinstitucionalización en nuestro país mediante la implementación de la nueva Ley N° 19529 de Salud Mental

Metodología

En esta investigación se emplea una metodología de corte cualitativa. La misma, “(...) refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1994, p.20).

Los estudios cualitativos se caracterizan por ser flexibles, lo cual permite que pueda ser modificado en su proceso. “El diseño no se estampa mediante un molde o modelo que sirvió una vez, sino que se moldea cada vez a partir de los criterios maestros generadores de respuestas” (Valles, 1999, p.79). No existe un modelo único de investigación ni un modelo que podamos utilizar en dos investigaciones por tanto, cada diseño tendrá sus propias variables, necesidades y problemas.

Dentro del método cualitativo, se opta por un estudio de análisis documental, el cual, se trata de un procedimiento científico y sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un determinado tema.

Valles (1999), tomando los aportes de Erlandson y Ruiz Olabuénaga e Ispizua, para caracterizar los documentos, expresa que estos, “constituyen una tercera fuente de evidencia” (p.119), que se constituye junto a la entrevista y la observación, en los tres componentes principales de la investigación social. Se define el término documento a la amplia variedad de registros escritos o simbólicos, así como a cualquier material y datos disponibles, estos incluyen relatos históricos o periodísticos, obras de arte, fotografías, entre otros. Los datos obtenidos de los documentos pueden usarse de la misma manera que los derivados de las entrevistas o las observaciones.

De acuerdo a estas consideraciones, la investigación documental resulta la más apropiada para este estudio, en tanto que se realiza una exploración sobre el tema relacionado a la Salud Mental y su proceso de desinstitucionalización en Uruguay.

Según señalan Hernández, Fernández y Baptista (2014);

los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes (...) Los estudios exploratorios sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto en particular,

investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras o sugerir afirmaciones y postulados (p. 91).

Por tal motivo, la recolección de datos para responder a los objetivos propuestos en este estudio se basa en trabajos realizados previamente, la Ley de Salud Mental (N° 9581 y N°19529), el Plan Nacional de Salud Mental, artículos de prensa, entre otros, relativos al campo de la Salud Mental y específicamente al tema que concierne a este trabajo.

Capítulo 1 Salud Mental: Construcción conceptual e histórica social

En este capítulo, con el propósito de esclarecer la problemática planteada y teniendo en cuenta el objeto de estudio, se entiende necesario realizar una breve conceptualización abordando qué se entiende por Salud y junto a ella la Salud Mental, a través de la dicotomía salud/enfermedad. Asimismo, se realiza un recorrido histórico exponiendo las diferentes modalidades de comprender y abordar la problemática de lo mental. Dichos términos se han ido modificando según el momento histórico, cultural y social en que fueron expresados y por consiguiente también lo ha sido su abordaje. Se expone el surgimiento y evolución de las instituciones psiquiátricas y la psiquiatría como así también el inicio de los movimientos de la reforma psiquiátrica. Analizar estas dimensiones permitirá conocer a qué se encuentra sujeto el diseño de intervención para el logro del proceso de desinstitucionalización.

1.1 Salud y Salud Mental. Aproximación conceptual a través del proceso salud/enfermedad

Las concepciones atribuidas a los conceptos de salud/enfermedad han sido interpretados de forma independiente y contrapuestos, entendiéndose al primero como ausencia del segundo y viceversa. Actualmente, se ha pasado de una concepción restrictiva de la salud, centrada en el binomio salud/enfermedad, caracterizada puramente por lo físico-biologicista y definida a partir de la enfermedad a un enfoque que entiende a la salud como un proceso social.

En este sentido, se partirá definiendo qué se entiende por salud, para ello se tomará como referencia la resolución adoptada por la Organización Mundial de la Salud en el año 1948⁴. La misma la define como “(...) un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este enunciado desplazó al enfoque anterior, que consideraba a la salud como mera ausencia de enfermedades. Si bien implica un avance hacia una concepción más abarcativa ya que contempla al sujeto desde un aspecto biopsicosocial y no sólo como algo inherente al individuo, es una definición que no ha sido modificada desde entonces, generando ello algunas críticas.

⁴ La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Autores como Becerra y Kennel (2008), remiten a que se trata de una definición a histórica, a cultural y estática, expresando que no es posible hablar de salud absoluta. Esto se demuestra en lo referido al “completo bienestar” en el cual queda implícito un modelo de normalidad generalizable, ya que sería muy difícil poder cumplir psicológica, biológica o socialmente tal expresión, entrando en contradicción con la capacidad inherente a todo sistema de desequilibrarse y cambiar. Es por ello, que las autoras tomando los aportes de Ferrari, proponen hablar de un complejo salud/enfermedad, en donde la salud debe ser entendida como el,

resultado del equilibrio dinámico, relativo e inestable entre condiciones que la mantienen y factores que la amenazan. Si los múltiples factores que la amenazan son muy adversos o superan el alcance de la capacidad del individuo para enfrentarlos, pueden aparecer procesos patológicos que se constituyen en la enfermedad. (Ferrari citado en Berrera y Kennel, 2008, p. 30).

Por tanto, la salud y la enfermedad no son conceptos absolutos ni se definen por oposición sino que mantienen una dinámica entre sí. Se determina que tanto el individuo como el entorno están expuestos a cambios, esperados o inesperados, súbitos o graduales y la salud o la enfermedad dependen de la capacidad que se tenga para adecuarse a esos cambios. En consecuencia de ello, es que hay que tener en cuenta los diferentes aspectos que hacen al ser y cómo las condiciones de vida influyen en este, su vida cotidiana, el contexto, las relaciones sociales, los cuales al ser desarrollados por la sociedad y el individuo, podrán comportarse como protectores o agresores a lo largo de la vida.

En tal sentido, Amico (2005) tiende a señalar que el término salud debe ser construido y reconstruido, entendiendo al mismo como, “el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad” (p. 17).

Villar y Capote, aportan a la definición haciendo referencia a la salud como una, categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultando de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que condiciona niveles de bienestar físico, psicológico y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social y está condicionada por el modo de producción y el momento histórico del desarrollo de la sociedad; es un derecho humano fundamental y un inestimable bien social (Villar y Capote citado en Fernández, 2009, p.23).

Esta postura permite comprender el proceso de salud/enfermedad de forma más amplia considerando la vida del hombre como un todo, o sea su salud y sus fenómenos adyacentes en un determinado momento de la realidad en la que se encuentra inmerso. Asimismo se alude a la salud en término de derecho, siendo la misma necesaria para cada individuo, apuntando a contar con oportunidades que le permitan desplegar todo su potencial desde el punto de vista físico, psíquico y social. En este sentido la conjunción de dichos aspectos confieren una orientación al cuidado, que según los autores al decir de Fernández (2009), debe comprender al conjunto de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente con el propósito de promover la salud, proteger contra la enfermedad, recuperar y rehabilitar al individuo enfermo con orientación preventiva. Por tanto, la salud se relaciona no solo a las condiciones de vida sino también al acceso a la atención de salud.

En razón de ello, la salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan a su vez diversos factores, biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos y ambientales que generan las condiciones necesarias para el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social. De manera tal que, la salud se define a partir del estado integral del cuerpo, la mente, las relaciones con los otros y la comunidad y dependerá de la capacidad de los individuos de interactuar con el medio, de adaptarse a él y de poder transformarlo de forma positiva.

La Salud Mental es parte integral de la salud, se trata de un término muy amplio que implica las diferentes facetas del proceso salud/enfermedad. Amico (2005), afirma que el concepto de Salud Mental es un término que contiene un gran carácter valorativo y por tanto la construcción de la categoría de Salud Mental es de difícil definición, señalando que, “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 de cada cultura o periodo histórico”(p.17). Desde esta perspectiva, un mismo comportamiento puede ser evaluado de diferente forma según el contexto social en que emerge.

Autores como Romano, Spinazzola y Villadango (1999), conciben a la Salud Mental como una construcción histórico-social, posible de construir y desconstruir, de manera tal que las cuestiones referentes a la enfermedad mental no devienen de datos naturales sino de construcciones sociales y culturales. Por tanto, “Comprender la problemática de la Salud Mental requiere introducirnos dentro de un mundo de significaciones y símbolos, ya

que ésta se desprende de la producción y circulación de valores, sentidos y representaciones que los sujetos le otorgan a la misma” (p. 1)

De acuerdo a estos planteos la esencia del proceso salud/enfermedad está predeterminada por las concepciones teóricas implícitas de las relaciones sociales y de la sociedad, como así también en las prácticas que se despliegan para el abordaje de la misma. Las autoras descriptas anteriormente citan a Foucault quien plantea, "la enfermedad mental no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal", para lo cual establece pautas y normas que definen quién se constituye en "enfermo mental" debido al alejamiento de las mismas y quedando marcado como el diferente (Romano, et al. 1999),

Por tanto, decir que un sujeto esté enfermo o sano, no sólo depende de las alteraciones de su personalidad sino también de las actitudes, juicios, prejuicios y valores que tiene la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones.

En este sentido, Fernández (2012) señala, la analogía existente entre la Salud Mental y enfermedad mental, la cual presenta riesgos conceptuales con respecto a cómo se perciben, categorizan y diagnostican los problemas de Salud Mental en función de la definición del objeto del área de conocimiento en que se ubique el observador. Estos posicionamientos implican un limitante al momento de identificar situaciones de sufrimiento y estimar sus consecuencias muchas veces no asimilables a las entidades nosográficas.

Para ello, los criterios para clasificar a la enfermedad mental se apoyan en los manuales de la “DSM y CIE⁵” en los cuales se reflejan diferentes grados de bienestar o deterioro que a través de distintos ejes, intentan realizar una evaluación completa y sistemática de los trastornos mentales. Si bien promueven el modelo biopsicosocial, existe el inconveniente que al ser un manual se fuerza a incluir a los fenómenos dentro de categorías ya pre establecidas, con la dificultad de tipificarlos en el orden de los trastornos.

Fernández (2012), tomando los aportes de Augsburger C. Gerlero S. señala,

la lógica dicotómica de estados de salud o enfermedad no permite dar cuenta de todo un conjunto de situaciones que, afectando la Salud Mental, no consiguen ser

⁵ DSM, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, la CIE es la Clasificación Internacional de Enfermedades, incluyendo no sólo las alteraciones de la psique sino al conjunto de trastornos y enfermedades médicas (Fernández, 2012).

encasilladas en uno u otro polo. Acentuar la noción de sufrimiento, padecimiento o malestar y distinguirla de la enfermedad permite recuperar la dimensión temporal, historizar el proceso que le da origen, otorgándole visibilidad a las relaciones que lo ligan con el proceso de constitución del sujeto singular con las vicisitudes y eventos de su vida cotidiana, así como con las condiciones objetivas de vida en el seno de su grupo social de pertenencia.” (p. 5).

Por tanto, la salud y la enfermedad mental son categorías en tanto expresión de problemas emocionales, cognitivos y de comportamiento como construcciones socioculturales, históricamente situadas. Esto explica el motivo por el cual la definición de Salud Mental presenta una carga valorativa y por qué lo que es normal y lo patológico varía según el contexto y de acuerdo a las perspectivas teóricas y criterios de diagnóstico utilizados, concepciones filosóficas, morales, psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes (Amico, 2005).

Desde esta perspectiva se puede decir, que cada sociedad tiene determinantes propios que de acuerdo a las circunstancias e ideas hegemónicas, estipulará determinados patrones que definirán cuando un individuo se encuentra sano o no y por tanto aplicará también sus respectivos tratamientos. De manera tal, tanto la Salud Mental como las representaciones de la misma son construcciones sociales.

1.2 Recorrido histórico de la Salud Mental

En relación a las concepciones de salud/enfermedad mental expuestas anteriormente se entiende pertinente poder contextualizar temporalmente cómo las percepciones y las formas de atender lo mental han ido cambiando a través del tiempo y cuál ha sido la respuesta para enfrentarla destacando que dichos conceptos son producto del contexto histórico, cultural y social que caracteriza a cada época.

En la Antigüedad las explicaciones sobre salud/enfermedad remitían solo a la enfermedad. La enfermedad mental no era entendida como algo propio de la persona, sino como algo externo a ella. Como señalan Huletche y Delgado (1998), en esta época la locura era concebida como categoría de lo sagrado relacionado con lo diabólico o lo divino. Se sostenía que la locura era una posesión por los malos espíritus y por tanto se debía liberar del cuerpo del enfermo para curarle.

La dominación de la Iglesia Católica y la enseñanza escolástica hacen prevalecer la explicación mística de las causas de las enfermedades. El paradigma de la verdad se

constituye por la fe religiosa y el orden social será la voluntad de Dios. La insensatez era considerada como un alejamiento de los valores cristianos, vinculado al pecado y lo satánico, cualquier desvío a las normas o mandatos de la iglesia, pasaban por la tortura o la hoguera en un acto de piedad para liberar el alma del enfermo. Las prácticas eran llevadas a cabo por hechiceros y sacerdotes que realizaban exorcismos a fuerza de rezos, conjuros y rituales a fin de expulsar los espíritus malignos. Según Techera et al. (2009), el suplicio penal de la época se manifestaba a través del dolor en el cuerpo de sus víctimas, el terror expuesto en los demás y en el poder de quien castiga. (p. 36).

En el Renacimiento, se comienza a dudar de las causas sobrenaturales de la enfermedad mental y se empieza a hablar de locura y razón sin haber aun un límite claro entre ellas. Según Huleche y Delgado (1998), el loco deja de ser endemoniado y por tanto debía ser objeto de las ciencias médicas, se considera este movimiento como el surgimiento de la Primera Revolución Psiquiátrica. Sin embargo, no hay mayores cambios en el tratamiento del loco, este período se caracteriza por el modelo de expulsión. Como señala Foucault (1993), la desaparición de la lepra a finales de la Edad Media, no revirtieron los valores e imágenes del sentido por la exclusión y el aislamiento, reflejo que más tarde le será adjudicado a la locura.

Así se ve representado según describe Foucault, por la llamada “Nave de los Locos”, “navíos de peregrinación altamente simbólicos, que conducían locos en busca de razón” (Foucault, 1993, p.23). Estos eran depositarios de un grupo de sujetos errantes que en un acto de ritual colectivo, las ciudades expulsaban. Si bien el autor no tiene una explicación para esta costumbre, entiende que,

confiar el loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida (...); cada uno queda entregado a su propio destino, pues cada viaje es, potencialmente, el último (Foucault, 1993, p.25).

Este mismo autor plantea que, fundamentado en el imaginario de la cultura Occidental el agua y la locura se unen, entregado el loco al mar liberaba a la ciudad y purificaba el agua, en tanto paradójicamente el loco es encerrado en la más libre y abierta de las prisiones.

1.3 Salud mental y la razón moderna: surgimiento y evolución de las instituciones psiquiátricas y la Psiquiatría

El periodo clásico entre los siglos XVII y XIX, se trata de la época del gran encierro, la nave será reemplazada por el hospital (Foucault, 1993).

Los trastornos mentales son considerados como un alejamiento voluntario de la razón, los cuales debían ser corregidos por medio del internamiento y severas medidas disciplinarias. De esta manera, “aunque los enfermos mentales ya no eran quemados en la hoguera, (...), eran internados, encerrados y apartados de la vida comunitaria junto a indigentes, prostitutas, huérfanos y homosexuales; considerados estos como sujetos irracionales para este periodo” (Amico, 2005, p.18). Esta nueva época tiende a la homogeneización de la sociedad y el internamiento se presenta como la nueva forma de ocuparse indistintamente de todo aquel que representase un peligro al orden establecido por esta. Según Foucault citado en Amico (2005), “la finalidad de su aislamiento no era su tratamiento sino proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales” (p. 18). En este sentido, se entiende a la locura como resultado de un orden social que la crea la define y la regula (Castellanos et al, 1998).

La gran crisis económica que azotaba a todo Occidente y el aumento continuo de la pobreza, hicieron que las instituciones fueran la mejor opción como respuesta social a esta problemática, evitando de esta forma el ocio y la mendicidad. La locura es percibida en relación a la pobreza, a la incapacidad de trabajar y a la falta de valores éticos. La razón y la moral van a fundamentar la práctica del confinamiento.

Al margen de mantener un ideal de sociedad, el hospital se caracterizó por ocultar lo disfuncional para la sociedad burguesa. La ordenanza de encierro estaba determinada por la decisión de un Juez y no de un médico, que lejos de un tratamiento, estos establecimientos se comportaban como estructuras semijurídica que decidía, juzgaba y ejecutaba al margen de la ley (Foucault, 1993), en tanto que se va consolidando en, “(...) un modelo de vigilancia, disciplina, corrección y castigo”, que será el encauce a las infracciones y desvíos, que posteriormente será asistido por un conjunto de saberes técnico (Tejera et al, 2009, p.36).

La razón moderna desplaza a la iglesia y las causas de la enfermedad se buscarán en el campo de la realidad concreta. Como señala Amico, (2005), “el hombre logra despojarse del dogmatismo de concepciones religiosas, de explicaciones metafísicas”, abriéndose a nuevas formas de pensar el mundo y de explicar los fenómenos a través del conocimiento

(p.21). La locura ya no se presume como amenaza a las órdenes cristianas sino que se profesa alterar los nuevos valores que se aspiran instaurar.

A finales del siglo XVIII principios del siglo XIX, la medicina se va adueñando poco a poco del discurso de la locura y la psiquiatría se va fortaleciendo como una nueva disciplina siendo de gran influencia en el tratamiento y en el abordaje de lo mental.

En esta época adquiere un nuevo significado, “prevalecen las explicaciones somáticas de la enfermedad mental, los desórdenes psicológicos eran considerados como una disfunción cerebral que debía ser objeto de tratamiento moral, según los principios establecidos por Pinel⁶” (Amico, 2005, p. 18).

En este contexto, el poder médico se tornaba totalitario para legitimar el asilo, dando una respuesta más efectiva, en busca de la verdad del fenómeno de la locura. De esta forma, el loco es encerrado, apartado, objetivado y analizado desde una disciplina particular, como técnica privilegiada de la medicina. Según Foucault (1996), “el saber psiquiátrico se formó a partir de un campo de observación ejercida práctica y exclusivamente por los médicos que detentaban el poder en un campo institucional cerrado, el asilo u hospital psiquiátrico” (p.127). Este lugar es donde el saber y el poder se unen para dar respuesta a la conducta de los “desviados”, dándole la identidad de enfermedad mental a tales comportamientos.

De este modo, el discurso de la locura es sometido al juicio médico; él y solo él puede introducir a alguien en el mundo de la locura, en tanto define la locura como anormal y es a través de distinguir al hombre normal del insensato en donde se desprende las relaciones de poder en una sociedad (Foucault, 1993).

Con respecto a esto, Galende citado en Amico (2005) entiende que,

No es sólo de los psiquiatras la responsabilidad del manicomio. Es la sociedad moderna quien los inventa, los necesita y demanda a “la ciencia” la solución de ese problema; los psiquiatras sólo se prestaron a legitimarlo y a rodearlo de una imagen

⁶ Phillippe Pinel (1745-1826) Médico y reformador Francés, fue considerado propulsor de la Psiquiatría moderna. La contribución de Pinel fue cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales, desde una perspectiva más humanitaria. Como médico a cargo del manicomio de Bicêtre y Salpêtrière liberó a pacientes de sus cadenas. Su labor se atribuye a la organización del tratamiento de los alienados, aplicado al desarrollo del “tratamiento moral”. Este tratamiento consistía en la introducción de un orden moral y un régimen disciplinario de convivencia al interior de la institución.

de racionalidad “científica”. La medicina mental legitima al hospicio; bien o mal, se intentará hacer de él algo terapéutico (p. 21).

En este sentido, la psiquiatría se encargaría de las demandas de orden y control de la sociedad, transformando lo que anteriormente eran establecimientos de reclusión en espacios de curación y cuidado, sin que la función anterior se borre completamente. Así, el médico como productor de verdad será la figura principal para legitimar el asilo, por lo que el encierro deja de ser un castigo, dándole legalidad científica. Ello se comienza a vincular con criterios morales-terapéuticos, apoyado en valores burgueses, los cuales proponen una idea de familia, una relación con lo normativo, y en un necesario “reconocimiento del error” y aceptación de castigos para que el enfermo logre aproximarse a la curación. La psiquiatría pensaba que tenía suficientes “armas terapéuticas” para curar a los locos, aunque para ello tuviera que encerrarlos y tratarlos coercitivamente, expresaban ser aplicadas con fines terapéuticos y no disciplinarios. Con el trascurso del tiempo, el diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico, el loco pierde su condición humana y adquiere la etiqueta de enfermo mental (Amico, 2005).

Siguiendo a Galende citado en Amico (2005), plantea,

la institución manicomial instituye una relación compleja en la que es visible la estructura asimétrica del poder del “especialista” y la sumisión del enfermo, quedando al mismo tiempo denegada, y por lo mismo, “invisible”, la dimensión del representante del poder, en su dimensión social, del especialista y la institución, y la de “representado” que asume el paciente (...) (p.23).

Por tanto, la dinámica institucional impone saberes y modos de actuar a través de los discursos sociales. Los individuos se encuentran atravesados por la lógica institucional y se constituyen en base a sus reglas y normas. Las instituciones son producto del pensamiento moderno, promoviendo modos de pensar, de sentir y de actuar a los individuos con el fin de agrupar homogenizando diferencias con el resto.

En este sentido, toda institución define y regula las prácticas sociales que se materializan en leyes, normas, costumbres, y creencias y, a su vez, están gestionadas por los que detentan el poder económico y del Estado. Así lo señala Foucault citado en Amico (2005), “la sociedad moderna priorizó el orden y la limpieza social, separando del espacio público lo que provocaba desorden” (p.26).

Manicomio, loqueros u hospicios, han sido los nombres popularmente utilizados para hacer referencia a los hospitales neuropsiquiátricos. Lugares de internación, confinamiento y reclusión, caracterizados por el control social como método de alivio al orden establecido en un determinado periodo histórico en una línea ideológica del sistema de producción y cultura que reproducen (Amico, 2005).

Según Goffman (2001), los hospitales psiquiátricos, “están erigidos para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad” (p.18).

Para este autor, la institución tiene tendencias absorbentes, en tanto toma parte del tiempo e interés de todos sus integrantes proporcionándoles un mundo propio. La característica principal de esta tendencia es la fuerte ruptura con el mundo exterior, materializada por barreras como puertas cerradas, altos muros, acantilados, alambres de púas, entre otros. El autor llama a este tipo de establecimientos, “instituciones totales”. El hospital psiquiátrico, es particularmente una institución total.

Se considera a esta como un “lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una misma rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 2001, p.13).

En referencia a las personas que se encuentran internadas, el autor habla de individuos socializados, es decir que llegan al establecimiento con una cultura de presentación derivada de un “mundo habitual”, un estilo de vida y una rutina de actividades que formaba un marco de referencia y permitía mecanismos defensivos al yo, para evitar conflictos, descréditos y fracasos. Las instituciones totales, no reemplazan la cultura propia del que ingresa por algo ya formado, ni producen aculturación ni asimilación. El autor lo que plantea es que si algún cambio cultural ocurre, derivará de la eliminación de ciertas oportunidades de comportamiento y la impotencia de mantenerse al día con los cambios sociales recientes en el exterior. De ahí que refiere a que si la estadía del interno se hace prolongada, puede ocurrir lo que se denomina como “desculturación”, proceso que implica un “desentrenamiento”, que lo incapacita temporalmente para afrontar ciertos cambios de la vida diaria fuera de la institución, si es que vuelve o al momento que lo haga (Goffman, 2001). Una vez que ingresa a estas instituciones el interno es sometido a modificaciones culturales, esto tiene que ver con la pérdida de sus hábitos, rutina, afectos, entre otros. En estas instituciones se producen continuas “mutilaciones del yo”, entre las

cuales se encuentran la expropiación de sus pertenencias, la intimidad, anulación del rol social y la obligación de permanecer continuamente observados.

En tanto para Techera et al. (2009), “el hospital psiquiátrico consiste, por un lado, en una forma de exclusión que aísla los “focos infecciosos”; por otro, procedería mediante una organización disciplinaria del espacio social, por medio de una clasificación de multiplicidad que remite siempre a un eje salud/enfermedad” (p.37). La institucionalización tiene en el paciente psiquiátrico importantes efectos, como en el estigma, en el deterioro, en su identidad y la marginación social. Con respecto a esto el autor señala, que existen algunos teóricos que han estudiado los efectos adversos que produce la institucionalización destacando entre ellos, la “iatrogenia y la estigmatización”⁷.

Según Amico (2005), las personas internadas en estas instituciones muestran no solamente la patología por su padecer mental, sino que muestran los efectos de su institucionalización, la que planteada por "el bien del paciente" realmente conduce a la desvinculación de su familia y de la comunidad, pérdida de su identidad y de su libertad. Esta situación se conoce como “hospitalismo”, según Spitz citado en Amico, (2005), o “institucionalismo psiquiátrico”, refiriendo por ello a “aquellas conductas que manifiestan los individuos a partir de la permanencia continuada en las instituciones, caracterizado por la apatía, falta de iniciativa, pérdida de interés, sumisión, falta de expresión de sentimientos, incapacidad para planificar, (...) y aceptación resignada de la realidad” (p.34) . Esto se puede relacionar a la “desculturación” planteada por Goffman.

Foucault citado en Amico (2005), expresa que,

el enfermo se ve afectado por el espectáculo deprimente del hospital, (...), las contaminaciones diversas, el alejamiento de todo, agravan el sufrimiento del paciente y terminan por suscitar enfermedades que no se encontrarían espontáneamente en la naturaleza, porque parecen creaciones propias del hospital. La situación del hombre hospitalizado comporta enfermedades particulares, una especie de “hospitalismo” anterior a su definición. En efecto, ninguna enfermedad de hospital es pura, el hospital es creador de enfermedad (p.35).

⁷ Iatrogenia, concepto que refiere a la cadena de eventos que llevan a un deterioro progresivo en las capacidades cognitivas y sociales de las personas internadas, aislándolas del entorno social, provocando sedentarismo que no les permite salir adelante. En tanto la estigmatización, es el mecanismo por el cual la sociedad marca negativamente a las personas que no se adecuan a sus criterios (Techera et al, 2009, p.25).

Por tanto, es evidente que los efectos que produce la institucionalización sobre el interno no son los más beneficiosos para la Salud Mental, sino todo lo contrario, provocando en el paciente psiquiátrico una fragmentación, un estigma y deterioro en la construcción de la identidad por la etiqueta institucional y la marginación social (Amico, 2005).

1.4 Proceso de reforma de la atención psiquiátrica: antipsiquiatría y crisis de la institución psiquiátrica

En el siglo XX, se comienza a desarrollar una nueva forma de comprender tanto a la salud como a la enfermedad, como también su atención y abordaje. Como señala Amico (2005), este periodo se ve influenciado por el psicoanálisis, la cauterización nosológica de las enfermedades mentales, la expansión de la neurología, fisiología y bioquímica, fundamento del desarrollo de la psiquiatría organicista, el apogeo de la psicofarmacología y por último, el inicio de concepciones psicosociológicas de la enfermedad mental. Cuestiones que serán determinantes a la hora de entender los movimientos antipsiquiátricos.

Según Huleche y Delgado (1998), es Freud, “quien provocará una revolución copernicana en el pensamiento psiquiátrico, la Segunda Revolución Psiquiátrica” (p.59). Es a través del inconsciente que se produce una ruptura epistemológica de gran influencia en el pensamiento contemporáneo, interviniendo tanto en la conducta humana como en la locura. En consecuencia, se deja atrás el modelo organicista para aceptar que la conducta humana está motivada por causas desconocidas al hombre, incluyéndose las motivaciones inconscientes a los síntomas de la enfermedad mental y la importancia de los factores ambientales. En este sentido, se va imponiendo una postura diferente que apunta a la comprensión multicausal de la salud y la enfermedad, estableciéndose que son causas que interactúan y se potencian recíprocamente. De manera tal, se ha de tener en cuenta no solo los factores biológicos sino además los psicológicos y sociales.

Esta concepción se fue extendiendo a partir de la Segunda Guerra Mundial, producto de una profunda revisión y una nueva sensibilidad que se estructura en diversas propuestas y acciones, dando comienzo a transformaciones en los modelos asistenciales basados en la institución asilar o manicomios. Según plantea Amarante (2009), es en esta época que la sociedad comienza a tener conciencia sobre las condiciones de vida ofrecidas a los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos, en los cuales en nada se distinguían de los campos de concentración: constatándose en estos una total ausencia de dignidad

humana (p.42). Amico (2005) considera que en cuestión de derechos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Naciones Unidas en el año 1948, marcó un importante impulso de “humanización”. Ello permitió alcanzar una nueva concepción de los enfermos mentales y del manicomio, garantizando una serie de derechos, siendo estos inherentes de las personas teniendo los Estados que garantizar su cumplimiento.

De esta forma, se comienza a cuestionar el modelo asilar, en respuesta a los procesos de exclusión social y consecuentes relaciones de asimetría y sometimiento que las lógicas manicomiales sostenían. Esto generó diferentes movimientos y organizaciones en defensa de los derechos humanos, dada la reiteración histórica de vulnerabilidad que las mismas han producido. Se pone el énfasis en la defensa de los Derechos Humanos, en la reformulación de técnicas cotidianas con las cuales se aborda la enfermedad, en la generación de prácticas alternativas⁸ exigiéndose cambios en lo que hace a la estructura sanitaria, buscando la transformación de los dispositivos institucionales hacia la comunidad.

Estos cambios en el abordaje de la Salud Mental fueron puestos en marcha en la década de los años 60 y 70 en EEUU y en Europa, generando fuertes cuestionamientos a la actual atención asistencial centrada en los hospitales psiquiátricos tradicionales. Este sistema basado en la institucionalización, como cura de la alienación mental, se denominó como antipsiquiatría⁹, agrupando un movimiento muy heterogéneo de autores como David Cooper, Roland Laing, Franco Basaglia y Thomas Szanz, quienes consideraban el manicomio como un lugar de segregación y confinamiento. Estas corrientes se instauran con la constitución de nuevos espacios y maneras de pensar, vivir y comprender la locura entendiendo que su desarrollo no sólo se relaciona con los aspectos médicos sino que también tiene que ver con el contexto social. En un intento de renovar la capacidad terapéutica de la psiquiatría y superar el modelo segregador del manicomio se induce la desinstitucionalización proponiendo llegar a superar gradualmente la internación en los manicomios a través de la creación de servicios en la comunidad.

Según plantea Amico (2005), la finalidad de las reformas es cambiar el lazo social que la psiquiatría había instaurado, cuyo paradigma lo comprendía el manicomio “basado

⁸ Se entiende por prácticas alternativas, aquellas formas no hegemónicas que aceptan o postulan otras prácticas o que simplemente rechazan las vigentes (Amico, 2005, p. 43).

⁹ Si bien el termino antipsiquiatría fue planteado por David Cooper en un determinado contexto, fue luego designado como un movimiento político que se desarrolló entre 1955 y 1975, cuestionando duramente el saber psiquiátrico y sus prácticas (Bentura y Mitjavila, s/f).

en la articulación de un saber del especialista que actuaba con poder sobre la vida del enfermo” (p.47) se pretende un lazo social humanizado reinterrogando el saber psiquiátrico dando lugar a la participación del enfermo y la comunidad.

De manera tal, se propone el cierre de los manicomios, creándose simultáneamente redes para la atención y prevención de la Salud Mental; a través de centros periféricos, servicios comunitarios, entre otros. Con ello, se busca ampliar las acciones asistenciales, preventivas y de promoción de la Salud Mental, requiriendo la actuación de diversos profesionales con el fin de instrumentar acciones interinstitucionales e interdisciplinarias.

Las mencionadas críticas al modelo asilar y el avance de la industria farmacológica en los años 50, permitió llevar adelante tratamientos fuera de los espacios hospitalarios, permitiendo gradualmente llegar a superar el internamiento en los manicomios, en un proceso continuo de “desinstitucionalización de la locura” (Novella, 2008).

En este contexto cultural y político de superación del internamiento en los manicomios, el concepto de desinstitucionalización tuvo muchos y variados objetivos, distinguiéndose según señala Faraone, (1993) en dos posiciones analíticas bien diferentes. La primera sugiere la desinstitucionalización como práctica de deshospitización, política de simple externamiento, la cual significaba programas de reducción económicas consecuentes de una política de ajuste. A pesar de las intenciones de los sistemas de Salud Mental nacidos de las reformas, las malas condiciones de internamiento continuaban existiendo, entrando al mismo tiempo en funcionamiento otras estructuras de tipo asistencial o judicial que internaban bajo rótulos diversos a los pacientes psiquiátricos, constituyéndose este como un fenómeno de transinstitucionalización, tratándose del traspaso a otras instituciones como por ejemplo las geriátricas¹⁰. La segunda entiende la desinstitucionalización como política de desmanicomialización. Esta hace referencia a las experiencias iniciadas y llevadas a cabo por grupos políticos y técnicos, cuyos objetivos apuntaban a redefinir el concepto de Salud Mental y a promover alternativas diferentes al modelo manicomial, basada principalmente en el cierre definitivo de la institución asilar y en la transformación de los modelos de atención de la problemática.

Es desde este modelo que se viene avanzando. La desinstitucionalización se centra en el trabajo cotidiano de transformación con el fin de desarticular la solución institucional

¹⁰ Según Pérez (2013) señala que en el caso de los asilos o geriátricos, que al no estar capacitados teórica y técnicamente para la rehabilitación, terminan cumpliendo la función exclusiva de aislamiento y encierro propia de los manicomios tradicionales (p. 158).

existente para llegar al fondo del problema de la persona internada. Se trata de construir modelos de abordajes alternativos centrados en el trabajo comunitario y en la defensa de los derechos a la salud y a la libertad como encuadre ético – político, involucrando necesariamente a todos los actores sociales implicados en la problemática y no sólo a la instancia institucional.

Por tanto, la desinstitucionalización refiere a diseñar o fijar una nueva organización, un sistema distinto de abordar la Salud Mental a partir de nuevos instituyentes, rompiendo con el paradigma mecanicista que fundamenta a las instituciones. Según Rotelli citado en Huleche y Delgado (1998), expresa que la desinstitucionalización se vuelve reconstrucción de la complejidad del objeto, poniendo el énfasis en “el proyecto de invención de la salud” y de “reproducción social del paciente” (p.60).

En cuanto a los procesos de desinstitucionalización, si bien, los cambios producidos presentaron características similares, cada país ha experimentado su propio proceso resolviendo las situaciones y adaptándolas a las características culturales de cada lugar.

Dentro de las experiencias de la desinstitucionalización se puede citar los modelos impulsados por, la Política de Sector Francés. La misma promulga la reforma sanitaria con la psiquiatría de Sector, como método de intervención terapéutica y medida luego del alta hospitalaria, evitando la reinternación y la internación de nuevos casos. La antipsiquiatría británica tuvo cambios importantes acentuando el aspecto social del manicomio. Desde esta lógica se promueve la apertura del manicomio y el primer principio de comunidad terapéutica. En tanto la psiquiatría democrática italiana reconstruye la organización de salud e instala las primeras comunidades terapéuticas para luego terminar con el cierre de los hospitales psiquiátricos con la aprobación de Ley N° 180 de Salud Mental. (Amarante, 2009).

En el caso de EEUU los procesos de reforma psiquiátrica se dan bajo un contexto de revolución social a favor de la no violencia promoviendo un cambio dando una nueva dirección a la política de asistencia psiquiátrica. Fue en el ámbito de la crisis de la institución asilar en que se generaron estrategias de trabajo en la comunidad surgiendo así el concepto de desinstitucionalización. Si bien fueron creados varios centros de Salud Mental, talleres protegidos, hogares, hospitales de día, hospitales de noche, salas y camas en hospitales generales, etc., el significado principal de la desinstitucionalización fue entendida como política de deshospitización (Amarante, 2009).

De estas experiencias, la italiana es la única que pudo realizarse de manera más acabada y la que será de gran influencia en lo que respecta a reformas. La misma logró desarrollar políticas y prácticas para la atención de la Salud Mental teniendo mayor impacto en cuanto a los avances que dieran fin a las instituciones asilares, las demás formas “alternativas” para el tratamiento de la Salud Mental terminaron coexistiendo con los manicomios (Amico, 2005; Amarante, 2009).

En cuanto a los procesos de reforma en la atención a la Salud Mental en América Latina y la región, Rodríguez (2011) plantea que, se desarrollan fundamentalmente a partir de la Declaración de Caracas¹¹ en la década de los años 90. En dicha Declaración, según este autor, se enfatizó en que la atención centrada en los hospitales psiquiátricos debía cambiar a una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad (p. 87). En este sentido, se fueron desarrollando numerosas experiencias de reforma en la región, algunas a nivel local y otras a escala nacional. De los procesos de reforma de la atención en Salud Mental Rodríguez (2011), menciona algunas experiencias que se consideran positivas e innovadoras en América Latina y el Caribe, como las desarrolladas en Brasil, Chile, Cuba, Panamá, que han logrado mantenerse con el tiempo. En el caso de Brasil, se generó la construcción de una política nacional de Salud Mental con participación de usuarios/os y trabajadoras/es, desplegándose importantes dispositivos de inclusión como los Centros de Atención Psicosocial y el Programa Vuelta a Casa. En cuanto a Chile, ha podido implementar y sostener un Programa Nacional de Salud Mental que sigue los principios de un modelo comunitario. En Cuba, se ha desarrollado una amplia y diversificada red de servicios de Salud Mental, destacándose especialmente los Centros Comunitarios de Salud Mental. En tanto Panamá, ha logrado un gran avance en la transformación del Hospital Psiquiátrico Nacional, convertido hoy en un instituto de Salud Mental (p. 87).

Teniendo en cuanta las diferentes experiencias y el avance en materia de atención de Salud Mental se entiende que existen aún algunas dificultades de implementación que permitan sostener una política de desinstitucionalización. Es así, que desde entonces y hasta la actualidad, los diferentes países han ido adoptando y adecuando diferentes

¹¹ Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud, convocada por la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

medidas en procura de abandonar las lógicas manicomiales para el desarrollo de una atención comunitaria, con inclusión desde una perspectiva de derechos (De León, 2013).

A continuación, se desarrolla la evolución que ha tenido en materia de atención en Salud Mental nuestro país, dando cuenta de los cambios y transformaciones que permitan actualmente pensar un diseño de implementación e intervención acorde a lo que la reciente Ley de Salud Mental se propone.

Capítulo 2 Salud Mental en Uruguay

2.1 Construcción histórica de la atención en Salud Mental

Las políticas vinculadas a la Salud Mental en Uruguay han estado marcadas por acontecimientos que han pautado procesos de reformas en los dispositivos de atención y en su tratamiento. Un ejemplo de ello, es la atención de la Salud Mental en base a la comunidad, la cual promueve sustituir el modelo asilar por otras estructuras asistenciales acordes con la modernidad, los derechos humanos y el desarrollo de las ciencias que estudian las alteraciones psicopatológicas. El manicomio, ha sido desde siempre una institución de la que se ha servido la sociedad para garantizar un determinado orden social, pero con el paso del tiempo se ha podido dar cuenta que la respuesta sociosanitaria a la enfermedad mental brindada hasta el momento se ha transformado profundamente. Ello permite actualmente pensar en la Salud Mental desde una perspectiva positiva direccionada a intervenir en forma integral.

Autores como Techera et al, (2013), coinciden en aportar que las formas y concepciones al tratamiento de las llamadas enfermedades mentales se discuten desde el inicio de las instituciones psiquiátricas en nuestro país a finales del siglo XIX. Es en esta época cuando se inaugura el Hospital Vilardebó, y a comienzos del siglo XX, cuando se produce la creación de las Colonias, Etchepare y Santín Carlos Rossi, las cuales prometían avances significativos con respecto a los tratamientos administrados hasta ese momento.

En nuestro país, en el periodo colonial en el siglo XIX, no se contaba con ningún establecimiento para el tratamiento de las afecciones mentales. Según Casarotti (2007), en Uruguay los pacientes mentales fueron tratados de igual manera que en el resto del mundo; algunos deambulaban por las calles, otros eran amparados por sus familias y algunos otros terminaban reclusos en prisión.

Las primeras formas y concepciones al tratamiento de las enfermedades mentales surgen a finales del siglo XIX. La imagen del “loco” en esa época, era catalogada para aquellos que cometían actos antisociales, no adaptables a la sociedad (en condición de pobres, vagabundos y sin estructura familiar), los excluidos por la sociedad. La exigencia de una organización social, promovió cambios como una medida de contención de esas personas al visualizar que los mismos se constituían como parte del paisaje cotidiano (Techera et al, 2009). Estos cambios, tenderían a aislar a los individuos, donde el modelo de encierro cumpliría con las exigencias necesarias de una organización social, que con aparentes fines terapéuticos, en realidad terminaban logrando aún más la exclusión.

La primera asistencia de la alienación mental se ubica en Montevideo en el año 1788 con el Hospital de Caridad¹². Según señala Casarotti (2007), no es hasta el año 1817 que se cuenta con espacios destinados para estos pacientes, en donde resultado de una acción religiosa y humanitaria son internados con fines de cuidado. Las incipientes estrategias que se asemejan a la lógica del manicomio se producen en el año 1860 con el primer nosocomio llamado “Asilo de Dementes”, en lo que fuera la casa quinta del padre de Teodoro Vilardebó, ubicada en el mismo lugar donde 20 años después se construiría el Manicomio Nacional, actualmente Hospital Vilardebó, sobre la calle Millán, en el barrio Reducto. Allí, se produce la primera concentración de enfermos mentales, llegando a albergar en el año 1879, 348 internos. Si bien, la asistencia médica se fue organizando prósperamente, las condiciones a la atención de los enfermos mentales aún eran desfavorables (Casarotti, 2007). En dicho asilo, los locos eran tratados de forma inhumana, con cepos y castigos físicos. En este periodo la figura del médico no poseía autoridad en el hospital, sino que la misma era atribuida a las Hermanas de Caridad. En este entonces el médico era un especialista más en el ámbito de la salud junto a las parteras, homeópatas, barberos, párrocos y curanderos, entre otros (Techera et al, 2009). La inauguración del Manicomio Nacional (1880), se estructuró como el único establecimiento para las personas con trastornos psiquiátricos. Su construcción se constituyó como, “uno de los desarrollo del primer proyecto de modernización del país” (Casarotti, 2007 p. 154).

Fundada la Facultad de Medicina en el año 1875 y el Manicomio Nacional (1880), se produce a través de su conjunción el surgimiento de la psiquiatría como especialidad en nuestro país. La medicina formó parte del proceso de modernización, que había comenzado en el año 1860. Según Barrán, “el desarrollo de la medicina general y de la psiquiatría en particular abarca un periodo 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 la medicalización de la sociedad” (Barrán citado en Techera et al, 2009, p.54). Es durante este período, que en año 1908, se crea la Cátedra de Psiquiatría y en el año 1923, la Sociedad de Psiquiatría, ambas conformadas por grupos de técnicos. Estas estructuras docentes y científicas, tuvieron como escenario de funcionamiento el Hospital Vilardebó, constituyéndose en un factor primordial para el desarrollo de la psiquiatría nacional.

¹² Hospital de Caridad de Montevideo, denominado en el año 1911, como Hospital Maciel (Soiza, s/f).

La gran demanda que sobrevino posteriormente al proceso de institucionalización del mismo, llevó a que en el año 1912 se creara la “Colonia Dr. Bernardo Etchepare y posteriormente la Colonia Dr. Santín Carlos Rossi”, situadas ambas en la proximidades de Santa Lucía, departamento de San José a 70 kilómetros de la capital del país. El espacio asistencial de las colonias se sustentó al tipo de “colonia agrícola” como primera forma de comunidad terapéutica, asociada a la creación de hogares protegidos o sistema de “Asistencia familiar de alienados” (Garmendia citado en Casarotti, 2007).

De allí en más, tanto Vilardebó como las Colonias fueron el sostén para la atención en Salud Mental, llegando a la mitad de siglo XX, con un progresivo aumento de la población. Esto se debió en parte a la carencia de asistencia psiquiátrica en el interior del país y al escaso conocimiento para atender dicha población, por tanto eran derivadas directamente allí para su atención. Cabe destacar que la población hospitalizada, primero en Vilardebó y luego en las Colonias, no se encontraba ligada solamente a cuadros psiquiátricos, sino que cumpliendo una función (aislar), estos establecimientos terminaban siendo también “depósitos de personas asociadas con problemas económicos y sociales, cuyo final era un sin retorno” (Arduino y Ginés, 2012). Este incremento en materia de Hospitales Psiquiátricos trajo consigo que en el año 1936 se creara la ley N° 9.581 llamada de “Asistencia al Psicópata”, rigiendo esta hasta la aprobación de la nueva Ley de Salud Mental N° 19529 en el año 2017. La misma fue creada con el fin de organizar la asistencia psiquiátrica en un momento en que el modelo predominante era el asilar (Techera, et al, 2013).

La organización de dicha asistencia en estos establecimientos, en cuanto a formas de tratamiento para atender la Salud Mental de las personas se caracterizaba básicamente en la exclusión del sujeto, presentando escasos o nulos tratamientos terapéuticos.

A lo largo de los años las tensiones al interior y exterior de las instituciones comenzaron a sentirse, encontrándose la problemática del hacinamiento y un alto déficit en las condiciones de vida de los pacientes. Según Techera et al (2013) en el año 1948, se crea la Ley N° 11.139; “El Patronato del Psicópata”, con la cual se comienzan a contemplar algunos aspectos relacionados a la reinserción del paciente a la sociedad.

La puesta en marcha del tratamiento psicofarmacológico a partir de los años 50 trajo consigo importantes cambios en la asistencia psiquiátrica, sin embargo ello, solo contribuyó a la explicación biológica de la enfermedad mental. En tanto, no será hasta la

década de los 60 que se comienza a cuestionar sobre la intervención de la psiquiatría y sus prácticas para el abordaje de la Salud Mental.

2.2 Procesos de cambios en el modelo de atención de la Salud Mental

Ginés (2013), plantea que el informe sobre Salud Mental en Uruguay, realizado por Pierre Chanoit¹³, en el año 1966 como consultor de OPS/OMS, pone en evidencia el déficit del sistema asistencial y el aislamiento que propone el manicomio para el abordaje de las personas psiquiátricas. Si bien en su momento no se generaron modificaciones sustanciales ello constituyó un referente de cambio en la asistencia y Salud Mental en nuestro país (Ginés, 2013). Es así, que este documento capta la atención de las autoridades, dando iniciativa al nuevo Plan de Salud Mental (1972), el cual posteriormente se sustentaría con la aprobación del Ministerio de Salud Pública, como Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), en el año 1986 con la apertura de la democracia.

El mismo, fue el propulsor de un lento proceso de transformación en la atención de la Salud Mental, tendiente a garantizar una asistencia integral, centrada en la comunidad, creando espacios de rehabilitación y permitiendo la permanencia integrada de las personas con trastornos mentales dentro de su comunidad. Se proponía un nuevo modelo de intervención basado en la atención ambulatoria, con apoyo de la comunidad, brindando un mejor trato y calidad de vida de estas personas.

En los años de dictadura militar (1973-1984) se detiene el proceso de transformación planteado, que daba iniciativa al Plan de Salud Mental (1972). Según señala Ginés (2003) dentro de este período, el Hospital Vilardebó, fue brutalmente azotado debido a que las autoridades de Salud Pública de ese entonces, consideraban a los pacientes como personas a las cuales “solo puede esperarse que se mueran” por ende se buscaba su cierre como institución. Se tenía una imagen “decepcionante” que se deseaba borrar de la ciudad, debido a que estas personas no respondían ni a la disciplina ni al orden. (Ginés, 2003). Ello llevo a que, a paso acelerado se fuera realizando el traslado de los pacientes que aún permanecían internados en el Vilardebó a la Colonia Etchepare.

¹³ Chanoit, P. (1966). Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay. OMS. Consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), invitado por el Ministerio de Salud Pública, diagnostica las carencias del modelo de atención a la Salud Mental centrado en el Manicomio y la necesidad de avanzar en la transformación del Modelo Asilar (Techera et al. 2013, p.18).

En el año 1981 se realiza la apertura del Hospital Psiquiátrico Musto, a 14 km de la ciudad de Montevideo. Para ese entonces el Hospital Vilardebó mantenía una población reducida, de pacientes internados y un escaso ingreso de pacientes en estado de crisis. Esta situación respondió a la decisión de trasladar la internación de pacientes críticos al Hospital Musto.

Con tal decisión los males históricos de la asistencia de los enfermos mentales (segregación, alejamiento de la familia y del lugar de origen, tratamiento limitado a la crisis, empleando casi exclusivamente los recursos biológicos, es decir, sin un plan terapéutico integral biopsicosocial, permanente y a largo plazo), se trasladaron al Hospital Musto; por igual motivo el remanente asilar del Hospital Vilardebó de ese período – aun cuando ese no hubiera sido el proyecto– se benefició del alivio de la presión incontrolable de internación y, por tanto, del caos en las redes internas de funcionamiento. (Ginés, 2003, p. 174).

2.3 Procesos de desinstitucionalización

En el año 1986, restablecida la democracia comienza a implementarse el nuevo Plan de Salud Mental que intentaba recuperar las líneas proyectadas años anteriores a la dictadura. Según señalan Bentura y Mitjavila (s/f) en este año, se emite el primer documento oficial, el cual se pronuncia a favor del desmantelamiento del modelo asilar de atención, basándose en concepciones diferentes respecto a la enfermedad mental y teniendo como objetivo la rehabilitación y la reinserción comunitaria de las personas con padecimiento mental grave.

Los cometidos del nuevo Plan se sustentaban en la Atención Primaria en Salud, la creación de equipos de Salud Mental en los hospitales generales, la descentralización del servicio hacia el interior del país y la creación de diversos centros de rehabilitación. En el año 1990, la Declaración de Caracas, reafirmaba estos postulados que se pretendían instaurar. Ambos documentos exponen la superación del modelo de asistencia psiquiátrica, fundada en el asilo y las luchas contra aquellos abusos y discriminación de la cual es víctima la población con trastornos en Salud Mental, expresando ser un avance en relación al reconocimiento de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental (Bentura y Mitjavila, s/f). Se establece que el hospital psiquiátrico no puede ser la única modalidad asistencial y que la internación separa y aísla a la persona del medio poniendo en peligro los derechos humanos y civiles de los usuarios (Techera et al, 2013).

Según estos autores,

en dos décadas nuestra sociedad logró avanzar desde un sistema de atención en Salud Mental marginado, fragmentado y en franca descomposición, a un nuevo estado, con fuertes contrastes, pero en movimiento y con innovadoras realizaciones y proyectos en diversas direcciones, articulados, en general, en un dinámico Plan Nacional de Salud Mental (Techera et al, 2013, p.20).

Es así, que se realizan algunos cambios en las estructuras de asistencia, en el año 1996 la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)¹⁴, decide cerrar definitivamente las puertas del Hospital Psiquiátrico Musto, se reestructura el Hospital Vilardebó como un centro destinado a la atención de enfermos agudos y se redistribuye recursos humanos en los centros de salud de la comunidad abriendo centros de rehabilitación en Montevideo e Interior y Casas de Medio Camino. Si bien se intensificaron los procesos de desinstitucionalización de personas con padecimiento psiquiátrico no se contó con dispositivos de inclusión social y atención intermedia que pudieran sostener a dicha población fuera de la institución psiquiátrica.

Si bien las políticas de desinstitucionalización aparecen en pleno Estado de Bienestar, mediados del siglo XX, como políticas de desmanicomialización, el modelo neoliberal actual, ha comprometido la estructura social y económica del país, mediante la cual se sostiene la matriz de protección social y el sistema sanitario. Las funciones que tradicionalmente eran asumidas por el Estado pasan a ser depositadas en la responsabilidad individual y familiar y reguladas por el mercado (Foucault citado en Fernández, 2017).

Según Bentura y Mitjavila, (s/f), el momento histórico en que se desarrollan estas transformaciones coinciden con un periodo de ajuste estructural en los países de América Latina basados principalmente en las reformas económicas sugeridas en el “Consenso de Washington¹⁵”. Es un periodo de reorientación de la seguridad social de repliegue del Estado, redefiniéndose las políticas sociales. Las autoras, tomando los aportes de De Martino señalan que,

¹⁴ La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), es un prestador estatal de Salud Pública, con una red de servicios en todo el país. Es creada como órgano desconcentrado a través de la Ley N° 15903 en el año 1987 (Artículo, N° 267). En el año 2007 con igual denominación, es sustituida por la Ley N° 18161, como órgano descentralizado que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública.

¹⁵ Surge en el año 1989 a fin de procurar un modelo más estable, abierto y liberalizado, sentando las bases para emprender reformas estructurales que permitiesen cambiar el rumbo económico en los países de América Latina.

Estas políticas que constituyen el pasaje a un régimen de acumulación flexible se presentan habitualmente como un proceso modernizador y democrático, en la medida en que valorizan la sociedad civil, liberándola de las limitaciones paternalistas impuestas por el Estado Protector. En definitiva, la transferencia a la sociedad civil -y también a las familias- de responsabilidades antes colocadas 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 citado en Bentura y Mitjavila, s/f, p.5).

Si bien se propiciaron cambios sustanciales las medidas a la problemática de la institución y las condiciones de atención, no pudieron ser resueltas, emergiendo con más visibilidad personas con padecimiento psiquiátrico en situación de calle (De León, 2013). Los procesos de externación de las personas internadas sin adecuadas condiciones de sostenibilidad sumado al empobrecimiento que atravesaba nuestro país en el año 2002, terminó por reforzar los procesos de exclusión y una vulneración de derechos de estos sectores.

La desaparición del “modelo asilar” debería incluir un diseño de atención que pueda sostener adecuadamente a la población, prestando los servicios necesarios, enfocados a la estadía breve de internación con énfasis en la integralidad de la asistencia, privilegiando el desarrollando de estrategias de rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario que implique la educación de los usuarios, las familias, los trabajadores de la salud y la comunidad en general (Techera et al. 2013).

En tanto para Bentura y Mitjavila, (s/f), la posibilidad de llevar a cabo este Plan supone la modificación de los dispositivos asilares integrándolos a los servicios de salud generales, mediante un sistema asistencial alternativo que incorpore la rehabilitación, como así también la posibilidad de contar con programas o estrategias de reinserción.

En el año 2005, con la administración de gobierno del Frente Amplio, se fortalecen las tareas de mejoramiento en el abordaje de la Asistencia Psiquiátrica, a lo cual se agrega en el año 2008, la apertura del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) consolidándose el mismo hacia un modelo de atención primaria (Gines, 2013). Según este autor, se tiene como objetivo dar privilegio a la Atención Primaria en Salud (APS), redactándose el documento “Salud Mental; en emergencia social en el nuevo modelo asistencial”, el cual apuntaba 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.

De acuerdo con Del Castillo et al (2011), el objetivo actual está puesto en fortalecer el modelo de atención comunitaria en Salud Mental para de esta forma poder superar el modelo asilar y lograr el cierre de los hospitales psiquiátricos. La no institucionalización de las personas con trastornos mentales será posible integrándolas a un modelo sociosanitario comunitario el cual deberá ser de acuerdo a las necesidades de cada una de las personas.

En este punto es pertinente cuestionar a qué hace referencia el modelo sociosanitario comunitario. Según Natella (2017), la condición para definir, ““lo comunitario”-el modelo, la práctica, la clínica-es el respecto y garantía de derechos como base de su estructura y funcionamiento” (p.242). Tomando los aportes de la OMS, la autora señala que, las características principales de este modelo se enmarcan, en lo democrático, universal, equitativo, promocional, interdisciplinario, intersectorial, accesible, presume capacidad e inclusión social. Está basado en el ejercicio de derechos, sin ellos no es posible alcanzar el bienestar y la Salud Mental (OMS citado en Natella, 2017).

Si bien los avances son prometedores aún falta mucho por hacer, ya aprobada la nueva Ley N° 19529 en 2017, se abre un nuevo camino para pensar en diferentes formas de abordaje sustitutivo al encierro proponiendo un tratamiento multidisciplinario basado según se manifiesta en la restauración de los lazos sociales.

Hoy en día se están generando diversas movilizaciones en base a la nueva Ley, siendo su principal objetivo el cierre de las instituciones manicomiales, con el fin de superar el modelo asilar. La aprobación de la misma, pretende dar reglamentación desde un marco jurídico a las normativas y a los derechos, a la vez de otorgar herramientas que permitan la elaboración de futuros planes y programas, de atención en Salud Mental, considerando los derechos de las personas con padecimiento mental.

2.4 Ley de Salud Mental en Uruguay; desafíos y realidades

La nueva Ley de Salud Mental implementada en el año 2017, permitió derogar y dejar atrás la denominada “Ley del Psicópata”, vigente en nuestro país por más de 80 años. Ello fue el resultado de un largo proceso de varios años de debates y propuestas en esta temática, de modificaciones en defensa de los derechos humanos de los usuarios y en el modelo de atención. Esto ha significado un cambio de paradigma dejando atrás prácticas de exclusión, normalización y de control social erigidos históricamente. Se trata de promover modelos alternativos centrados en la comunidad, poniendo el énfasis de atención en el cierre progresivo de los establecimientos asilares.

En este proceso se entiende que el Plan Nacional de Salud Mental (1986) incidió de manera positiva en la creación de la nueva Ley, ya que esta se concibió desde un modelo de atención de Salud Mental comunitaria teniendo sus lineamientos fuertes coincidencias con las disposiciones que el Plan proponía. (Romano et al. 2018).

Si bien el Plan fue parcialmente instrumentado en su momento esto ha devenido de un proceso que promueve la desinstitucionalización. La creación de programas de atención enfocados desde una perspectiva de inclusión social, como han sido los centros de rehabilitación y comunitarios, la extensión de unidades en hospitales generales y una gran red de estructuras alternativas como las casas de medio camino y residencias asistidas ha permitido desarrollar distintas propuestas de atención al modelo asilar tradicional. Sin embargo, como se planteó anteriormente estos no han sido suficientes. Para ello, la nueva Ley constituye un marco legal, el cual se presenta como una oportunidad para la mejora en la calidad de respuesta a las formas de atención y abordaje de la Salud Mental de la población en nuestro país (Romano et al. 2018).

La Ley toma a la Salud Mental, como inseparable de la protección integral de la salud haciendo referencia a la dignidad y los derechos humanos, reconociendo a la persona de una manera integral, como un ser biológico, psicológico, social y cultural. Desde esta perspectiva y como se mencionó en el capítulo anterior se ha de entender al individuo no de forma aislada sino como un todo, permitiendo diagramar un diseño de intervención más acorde a sus necesidades. Por otra parte, refiere a que en el proceso asistencial se debe tener un enfoque interdisciplinario considerándose que el estado mental de la persona es modificable. Esto da cuenta que la Salud Mental no puede vincularse únicamente a una sola disciplina o saber, sino que requiere del trabajo de un conjunto de disciplinas fundamentado en la multidisciplinariedad. Sin embargo, se puede constatar que aún el eje y

la atención siguen en el plano médico, lo cual puede visualizarse en su Artículo 2 al referirse a los usuarios como personas con trastorno mental. En tanto, entiende la Salud Mental vinculada al efectivo ejercicio de los derechos; al trabajo, vivienda, educación, cultura y a un medio ambiente que sea sustentable (Ley N°19529, 2017).

Teniendo en cuenta lo mencionado hasta el momento, es importante destacar que al momento actual coexisten en Uruguay al menos tres modelos de atención: Modelo asilar, Modelo hospitalcéntrico y el Modelo de Salud Mental Comunitario. La coexistencia de todos ellos en la órbita de ASSE implica una distribución de recursos humanos y materiales inequitativa y de baja eficiencia (Romano et al. 2018).

Es en este sentido, que la Ley plantea que los organismos realicen la tarea de promoción de planes y programas para favorecer la inclusión social erradicando la estigmatización, ajustando y creando dispositivos de integración e inserción en la generación de mayor autonomía de las personas con trastornos mentales.

Haciendo referencia al objeto de estudio, en relación a los pacientes que se encuentran aún internados, se pone en evidencia que la desinstitucionalización se presenta como uno de los objetivos a alcanzar estableciendo el fin de los hospitales psiquiátricos e incluso fijando el plazo para esa transformación. Si bien esto implica la protección de los derechos y un mejoramiento de la Salud Mental de las personas, es pertinente recordar en relación a ello, la expulsión de los pacientes mentales que se dio en los años 90 en nuestro país, con la consiguiente pérdida del cuidado debido a un insuficiente acompañamiento en la salida de la institución. En este sentido, cabe cuestionarse, ¿cómo se llevará a cabo esta desinstitucionalización y el consecuente cierre de las instituciones psiquiátricas y cómo se realizará el abordaje de esta situación?

De León y Techera (2017), señalan que para que una Ley de Salud Mental pueda incidir en el cambio de un modelo de atención, ella debe acompañarse también de recursos económicos, formación y nuevas prácticas, participación de familiares, usuarios y trabajadores y de cambios culturales.

Esto alude a lo manifestado por Cohen, (2009), quien sostiene que la desinstitucionalización no debe apuntar únicamente a la reducción de camas en los hospitales psiquiátricos o al cierre de los mismos con un fin utilitario de reducción de costos. Tampoco implica dejar a las personas libradas a su propio destino, desamparadas y sin ningún tipo de atención, al contrario lo que se pretende lograr con dicho proceso, es un cambio cultural, teniendo en cuenta los avances científicos, tecnológicos y legales. De este

modo, según el autor se genera un sistema de Salud Mental más justo, promoviendo también un cambio a nivel, de los profesionales, las familias y de los propios usuarios, teniendo éstos un rol activo en su proceso de rehabilitación.

Como se ha venido mencionando uno de los objetivos de la Ley de Salud Mental, es lograr la desinstitucionalización psiquiátrica, por lo tanto para cumplir con este propósito el Artículo N° 37 de la mencionada Ley, establece como fecha límite para el cierre de las estructuras asilares y monovalentes en nuestro país el año 2025. A partir de allí, serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas no pudiendo reproducir prácticas, métodos o procedimientos donde el único criterio sea el coercitivo generando ello, exclusión, marginación o afección de las potencialidades individuales.

Esto obliga a la producción de dispositivos eficientes que permitan sostener tanto a los pacientes que padecen alguna afección mental como a aquellos que han vivido prolongados procesos de institucionalización y ya no lo tendrán. Esto refiere a la atención integral de las personas con trastorno mental por lo que es importante contar con propuestas psicosociales y psicoterapéuticas adaptadas al perfil de la persona, garantizando la atención de sus necesidades asistenciales en salud y en apoyos para su calidad de vida¹⁶ una vez dados de alta.

Sin embargo y teniendo en cuenta los cambios producidos, existe una persistencia de funcionamiento del modelo asilar. Esto se percibe en que casi el 65% de las plazas de hospitalización a nivel público son camas de larga estadía (Romano, 2017). Según algunos datos proporcionados por ASSE, (2018) se tiene un registro de 1179 plazas en las estructuras monovalentes (Hospital Vilardebó y CEREMOS¹⁷) de las cuales 1029 corresponden a internaciones de larga estadía. Las plazas se distribuyen en 320 camas en Hospital Vilardebó, más 30 plazas contratadas en sanatorio privado. De estas, 200 plazas corresponden a personas con internaciones prolongadas, de las plazas restantes no se tiene información disponible que dé cuenta a que son destinadas. En tanto en CEREMOS hay 829 pacientes de los cuales 699 corresponden a personas con internaciones prolongadas a los que se les suman 132 usuarios en el contexto de Programa de Egreso (p.5).

¹⁶ Ley N° 19.529, por la que se reglamenta el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, promulgada el 24/08/2017 (CEREMOS, 2017).

¹⁷ CEREMOS (Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial), se crea en 2016 suprimiendo las ex Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi (Informe de situación CEREMOS, 2017).

En relación a la población que se encuentra internada, en su mayoría son personas de edad avanzada que por la severidad de su patología, el bajo nivel económico y la ausencia de apoyo familiar sumado a los escasos dispositivos de contención externos mantienen una larga permanencia de hospitalización. Dentro de estas se encuentran los casos dictaminados por el Poder Judicial. Ello hace referencia a que por su condición mental, son inimputables por haber cometido un acto, una falta o un delito. Estos ingresan porque no pueden ir a una cárcel o estando en la cárcel adquieren una condición mental determinada, por tanto algunos jueces determinan su internamiento, que muchas veces son de por vida. Estas instituciones si bien deberían ser para el tratamiento y posterior egreso terminan convirtiéndose en centros de reclusión, existiendo en nuestro país algún rezago de prácticas de atención manicomial que induce al internamiento. En este sentido, Bentura y Mitjavila (s/f) tienden a señalar que,

el hospital permanece en el imaginario colectivo como el lugar natural para las personas que no encajan en los parámetros de la normalidad, sin que al mismo tiempo, se disponga en el afuera de un lugar que les permita integrarse con los normales (p. 6).

En relación a ello, se hace evidente la necesidad del Estado de transformar un imaginario que por prejuicio, indiferencia e ideales masificantes, resulta funcional al establecimiento y permanencia de instituciones totales siendo un obstáculo en el tránsito de lo sanitario a lo social, establecido en el Artículo 22 de la Ley 19.529¹⁸.

La Ley define a la hospitalización, como un “recurso terapéutico restrictivo” el cual deberá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios que las posibles intervenciones que se puedan dar en el entorno familiar, comunitario y social de la persona, aclarando que en ningún caso puede fundamentarse en problemas sociales y de vivienda (Ley N° 19529, Art.24). Asimismo, habrá de ser de carácter voluntario y se deberán plantear alternativas de modo de reducir la misma, sin embargo tal situación puede quedar determinada al criterio de diagnóstico de los profesionales intervinientes de impedir su externación en el caso de establecerse las condiciones para una hospitalización involuntaria. La Ley entiende la hospitalización involuntaria cuando exista algún riesgo inminente para la persona o para

¹⁸ Ley 19.529 Artículo 22. (Dispositivos residenciales con apoyo) - Se establecerán programas de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, adecuando el tipo de dispositivo a la adquisición progresiva de niveles de autonomía de la persona, asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social.

terceros o si la persona tiene afectada su capacidad de juicio, siendo en este caso la internación lo más breve posible. En este punto al decir de Stolkiner (2017), la medida de internación involuntaria queda fundamentada nuevamente en el diagnóstico de situación. Esto se constituye en el Artículo 30 de la presente Ley de Salud Mental en nuestro país, la cual modifica el criterio de “peligrosidad” por el de “riesgo inminente”. Respecto a esto la autora anteriormente mencionada señala que, “mientras que el criterio de peligrosidad derivaba de una característica potencial de la persona el de riesgo define una situación, luego la decisión de alta tiene fundamento en ello” (Stolkiner, 2017, p.199).

Esto último, parece ser algo confuso ya que por un lado se promueve a la desinstitutionalización de las personas y por otro se entiende que de ser casos excepcionales se puede proceder a la internación, entonces ¿cómo se actuaría frente a estos casos?

A los efectos de sostener los derechos de los pacientes es de vital importancia destacar la creación del Órgano de Contralor de la Asistencia en Salud Mental, el cual se inscribe en Artículo 39 de la Ley actual. Este tiene el cometido de supervisar el cumplimiento de la Ley y velar por los derechos de los usuarios, particularmente para los que requieran de internaciones involuntarias o que se encuentren en situaciones de mayor vulnerabilidad.

2.5 Avances hacia el Plan de implementación de la Ley de Salud Mental

La entrada en vigencia de la presente Ley de Salud Mental (2017), establece un nuevo contexto normativo que impulsa un proceso de transformación de la atención de la Salud Mental. Dentro de las líneas que se plantea la Ley existe un mandato a cumplir teniendo como fecha máxima el año 2025 para el cierre de las estructuras asilares. Este es un proceso de cambio que como se ha venido mencionando se trata de impulsar una nueva perspectiva de atención de la Salud Mental poniendo énfasis en la comunidad. Esto implica que se realicen nuevos abordajes que garanticen mejores condiciones de vida y la atención de la Salud Mental de la población que aún hoy se encuentra institucionaliza. El abordaje comunitario de los trastornos mentales y la reducción de los ingresos a las instituciones psiquiátricas, en especial las hospitalizaciones de larga duración, requieren el establecimiento de una serie de instituciones comunitarias de calidad adecuada y accesible para dichas personas. Este proceso se presenta como un gran desafío, debiendo el mismo contemplar los lineamientos propuestos que permitan el cumplimiento efectivo para el logro de sus objetivos. Es así, que desde la Dirección de Salud Mental y Poblaciones

Vulnerables de 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), vienen trabajando en la elaboración de un documento que se constituye en un avance en materia de atención de la Salud Mental, proponiendo medidas que aporten a alcanzar la mencionada meta.

En dicho documento se incluye un plan inicial sugerido en el presupuesto para el periodo de 2019-2020 para la implementación de dispositivos, como así también al fortalecimiento del sistema de Salud Mental permitiendo mejorar la viabilidad de acceso a la atención cuando se requiera y dentro de la localidad en la que se encuentre la persona. Por tanto, se señala que es imprescindible contar con una red de Salud Mental que esté integrada, requiriendo para ello, la participación de un equipo interdisciplinario. Asimismo, se plantea que el fortalecimiento en red con el desarrollo de estructuras alternativas en la comunidad implicara un sistema de dispositivos que prestaran la asistencia médica, la rehabilitación psicosocial y el tratamiento para episodios agudos, así como viviendas protegidas y planes laborales, de modo que las personas con trastornos mentales severos tengan más oportunidades de integración en la comunidad. Esto dará sustento al proceso de desinstitutionalización y el consecuente cierre de las estructuras asilares y monovalentes que se dispone.

De acuerdo a estos lineamientos la relevancia está puesta en el fortalecimiento del modelo comunitario para la atención de la Salud Mental. Se trata de promover las distintas alternativas de atención para la población abordando los diferentes niveles de atención mediante el desarrollo de estructuras, reorientación de los recursos y en la modificación de sus prácticas. Avanzando progresivamente en la sustitución de las estructuras monovalentes (Asilos y Hospitales Psiquiátricos) por estructuras alternativas de acuerdo a la Ley.

Por último, se propone el fortalecimiento de la estructura de Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE para el cumplimiento de los objetivos propuestos. ASSE tiene un rol necesario en este proceso, por ser el mayor prestador público responsable de la atención de la salud de la población y el que concentra más número de camas de hospitalización psiquiátrica de larga y mediana estadía en instituciones monovalentes (ASSE, 2018).

Para ello, el documento anteriormente nombrado presenta una primera etapa que abarca el periodo 2019-2020, en donde se formulan algunos objetivos estratégicos entre los cuales se dispone:

1. Ampliación de la oferta de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales.
2. Fortalecer el desarrollo y creación de estructuras alternativas
3. Completar la incorporación de psicólogos a los equipos del primer nivel de atención.
4. Fortalecer la respuesta de los equipos de Salud Mental desde un abordaje interdisciplinario (ASSE, 2018).

Por tanto, se proyecta avanzar para este año 2019, en la sustitución progresiva de las estructuras monovalentes (Hospital Vilardebó y CEREMOS), intentando disminuir en un 20% el número de personas internadas con larga estadía, en estas instituciones. En tanto para el año 2020 se prevé disminuir otro 15% más.

En relación a esto, se priorizará la creación de estructuras alternativas para las personas con trastorno mental grave, las cuales garantizarían la contención y soporte necesario a nivel socio comunitario de acuerdo a cada situación.

Se señala que el proceso de transformación propuesto implica la reorganización de los servicios y la redistribución de los Recursos Humanos en los diferentes dispositivos de atención. Esto permitirá avanzar en el proceso de desinstitucionalización de las personas internadas en instituciones psiquiátricas (ASSE, 2018). De esta manera se pone en relieve el gran desafío que se tiene por delante y del cual hay mucho por hacer, sin embargo ya se están dando las bases iniciales requeridas para la implementación de la nueva Ley de Salud Mental.

Reflexiones finales

A lo largo de este documento se ha abordado a la Salud Mental, como un tema sumamente relevante el cual ha venido atravesando diversas reformas promoviendo cambios y transformaciones tanto en su atención como en su intervención. De este modo, se pretende el pasaje de un modelo centrado en la enfermedad mental fundado en una perspectiva asilar hacia un modelo basado en la Salud Mental integral y comunitaria sustentado en un enfoque de derechos.

Teniendo en cuenta el objeto de estudio de esta monografía, la Salud Mental y los procesos de desinstitucionalización en Uruguay, se intentó realizar un recorrido histórico y conceptual tomando a las categorías teóricas de Salud y Salud Mental. También se abordaron las diversas modalidades que se han ido generando sobre la misma según el momento histórico, cultural y social emergente a nivel mundial como en el contexto particular de nuestro país. De este modo, se ha podido comprender los procesos que se han ido gestando y que se intentan consolidar a partir de la aprobada Ley de Salud Mental N° 19529 en el año 2017.

Al analizar la evolución del constructo de Salud Mental se pudo constatar a lo largo del recorrido que las concepciones han sido muy variadas y que cada una de ellas aporta nuevos matices moldeándose de acuerdo a los parámetros de cada sociedad. Esto hace sumamente complejo poder concluir en la actualidad una definición universalmente válida. Sin embargo, se han encontrado coincidencias que apuntan al desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, se trata de un interjuego dialéctico con el medio y la capacidad de enfrentar y transformar las decisiones personales según el mundo exterior. El abordaje de la Salud Mental desde lo multidimensional, permite concebir al individuo como un todo, o sea su salud y su entorno trascendiendo la dicotomía salud/enfermedad de contrapuestos y definida a partir de la enfermedad. La Ley N° 19529 en su Artículo N°2 reconoce a la Salud Mental, como “un proceso dinámico determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” (p. 2), cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social.

Durante siglos las formas de atender y abordar la locura han estado sujetas a estrategias del tratamiento de la enfermedad mental, basándose generalmente en la estigmatización, el aislamiento y la exclusión del enfermo mental.

Cada época ha tratado de distinto modo a los enfermos mentales creando pautas de conductas determinadas, al tiempo que define patrones para enfrentar la problemática ante

cualquier desvió al orden establecido. Desde un inicio la concepción de la locura estuvo asociada a lo sobrenatural y a lo religioso, siendo a partir de ello las personas maltratadas físicamente y quemadas en la hoguera, para luego ser expulsadas y exploradas como objetos científicos, son apartadas y recludas en grandes instituciones, llamadas manicomios. A partir de este recorrido se ha podido observar como el sistema de creencias ha ido definiendo cada época, así como también el contexto cultural y social, que han sido de gran influencia en la producción de subjetividades para explicar y afrontar la problemática de la locura.

Durante la segunda mitad del siglo XX se produjo un cambio de paradigma en la atención de Salud Mental, en gran medida debido a tres factores: la psicofarmacología, el desarrollo de nuevas formas de intervención a través del movimiento por los derechos humanos y la definición de salud de la recién fundada OMS (1948) que incorporó los componentes mentales y sociales.

Los progresos técnicos y sociopolíticos facilitaron un cambio de enfoque, pasando de la atención en las grandes instituciones custodiales, que con el tiempo habían llegado a ser represivas y regresivas, a una asistencia comunitaria más abierta y flexible.

La crisis de los manicomios se visualiza en los repetidos casos de maltrato a los pacientes internados, aislamiento, cronicidad, pérdida de autonomía y vulnerabilidad de sus derechos, en cuanto se ha caracterizado también por ocultar lo disfuncional y lo considerado “peligroso” para la sociedad. A partir de ello, se puso en marcha un fuerte movimiento que cuestionó la atención asistencial centrada en estas instituciones, para promover y renovar la capacidad terapéutica superando por tanto el modelo segregador que este implica, induciendo así a la desinstitucionalización.

Dentro de las experiencias de desinstitucionalización adoptadas en otros países se observa que las mismas han presentado características diversas acordes al orden socio-político-cultural de cada sociedad. Sin embargo, se pudo identificar como positivo que todos mantienen una similitud con respecto al manicomio, teniéndose la convicción de que este no puede ser la única respuesta al tratamiento de las afecciones mentales, siendo necesaria la rehabilitación y la inserción social, desarrollando una atención comunitaria desde una perspectiva de derechos. En tanto, se pudo constatar que no todos los países lograron desarrollar una política y práctica para la atención de la Salud Mental que permitiera el cierre definitivo de las instituciones asilares, por lo que las formas alternativas al tratamiento terminaron por coexistir junto al manicomio.

Uruguay, no ha sido exento a estos procesos y al igual que el resto de los países del mundo ha ido adaptando el camino de reforma promoviendo la sustitución del modelo asilar fomentando otras alternativas asistenciales acordes a la modernidad.

Como se ha mencionado la historia de la locura en nuestro país, se inicia en la época denominada del encierro representada por la construcción del Hospital Vilardebó y posteriormente de las Colonias Etchepare y Santin Carlos Rossi, las cuales prometían ser un avance significativo al tratamiento de los pacientes hasta ese momento.

El encierro pasó a ser una medida que daba solución al orden establecido, sirviendo de objeto para la reclusión no sólo para las personas categorizadas como enfermas mentales sino también como un lugar en donde se internaban a todos aquellos que por distintas razones no lograban adaptarse a la norma social. De este modo, el encierro en las instituciones asilares se constituyó en un depósito de personas trayendo consigo un inevitable hacinamiento, que ante insuficientes recursos humanos y económicos presentaron escasos o nulos tratamientos terapéuticos, convirtiéndose en el hogar de muchas personas que carecían de bienes económicos y/o familia que los acompañaran en el proceso.

Es a partir de los años 60 en que sale a la luz el problema del hospital psiquiátrico, dando cuenta del hacinamiento y la mala atención que recibían los pacientes internados, mostrándose a su vez las carencias humanas y materiales que serán puestas en cuestión atrayendo la atención de las autoridades.

Como se expresó anteriormente, entre las leyes de Salud Mental de nuestro país pasaron más de 80 años de historia que si bien refleja el abandono que caracterizo a la temática, existieron organizaciones civiles, trabajadores, técnicos y docentes que a través de su participación impulsaron a poner el tema de la Salud Mental en la agenda pública.

A raíz de ello, se retoman los lineamientos que se habían tenido en un inicio, con el restablecimiento de la democracia, promoviendo un proceso de desarrollo en defensa de los derechos humanos de los usuarios y de la atención, propiciando así a la conformación de la nueva Ley que rige actualmente desde el año 2017.

La Ley propone un cambio de paradigma que si bien es un paso importante, es aún muy incipiente. Sin embargo, uno de los puntos clave que representa este cambio, es la propuesta de cierre de las instituciones monovalentes y asilares con fecha límite para el año 2025. Como se mencionó en este estudio, desde la dirección de ASSE se presentó un Plan

inicial de trabajo propuesto para dos años, el cual supone el desarrollo de diversas acciones que permitirán progresivamente ir cumpliendo con las metas establecidas. Sin embargo, aún no se ha podido constatar avances que permitan visualizar, ¿cómo se está implementando? Por tanto, deja un gran vacío en cuanto a procesos, observándose en las dificultades que se presentaron para acceder a información o documentos actualizados que dieran cuenta de ello. Lo cual, acompaña a preguntar ¿cómo se van a cerrar las instituciones psiquiátricas? y ¿qué van hacer con la población que se encuentra internada?

Si bien a través de este trabajo, se ha podido plasmar desde la bibliografía consultada como se han ido dando los cambios y transformaciones en la reforma de la Salud Mental en nuestro país, los avances y desafíos en el proceso de desinstitucionalización. Se entiende, que aún existen algunas dificultades, que todavía no permiten avanzar hacia una asistencia en Salud Mental en la comunidad, que permitan a los individuos integrarse a la misma. En tanto, se reconoce que existen algunos interrogantes que no se han podido determinar y que merecerían ser ampliados, sin embargo excedería los límites de este trabajo monográfico. En razón de ello, se considera sumamente enriquecedor y necesario poder continuar trabajando e investigando sobre esta temática permitiendo generar conocimiento y aportar a la discusión desde el Trabajo Social.

Sin duda que la Ley, es un cambio prometedor para la atención de la Salud Mental, sin embargo, por sí sola, no genera una transición verdadera sino existe un involucramiento de toda la sociedad, que apunte a integrar y no segregar. Sin esto, los cambios en el modelo de atención en la Salud Mental se verán limitados por nosotros mismos.

Teniendo en cuenta los desafíos planteados, se entiende que aún queda un largo camino por recorrer, se promueve a realizar cambios sustanciales y alternativos que apunten a un modelo opuesto al encierro. Esto implica considerar que la Salud Mental no es propiedad exclusiva de la psiquiatría y que la interdisciplinariedad se presenta como parte esencial para el tratamiento, lo cual dará el reconociendo a una Salud Mental integral y comunitaria sustentada en un enfoque de derechos.

Bibliografía

Amarante, P. (2009) Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial. Editorial Topia. Buenos Aires.

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

Arduino, M. y Ginés, A. (2012) Cien años de la Colonia Etchepare. Recuperado de: http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/colonia_etchepare100.pdf [Acceso 26/02/19].

Becerra, R. y Kennel, B. (2008) Elementos básicos para el Trabajo Social en Salud Mental. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Bentura C. y Mitjavila M. (s/f) Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya. Recuperado de: http://www.13snhct.sbhct.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf [Acceso 28/02/19].

Casarotti, H. (2007) Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. Rev. Psiquiatría Uruguay 2007; 71 (2) (p.153-163).
Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/07_asm.pdf [Acceso 05/03/19].

Castellanos, B., Martín, A.M., Moledda, P. y Taucar, N. (1998) Una Mirada sobre la Repetición y el Cambio en la Comprensión de la Locura. En La función social de la locura: Una mirada desde el poder. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.

Cohen, H. (2009) La creación de los sistemas de salud mental basados en la comunidad, en el contexto de experiencias exitosas en la región de las Américas. En Salud mental y derechos humanos: Vigencia de los estándares Internacionales. (p. 105-118). 1a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6235/2009-ARG-salud-mental-derechos.pdf?sequence=1> [Acceso 23/8/19].

De León, N. (2013) Procesos de reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario. En Salud Mental en debate. Pasado, presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. De León, N. (Coord.) Art. 2. (p. 87-93). (Montevideo. Editorial Psicolibros. Waslala.

De León, N. y Techera, A. (2017) Reformas de atención en salud mental de Uruguay y la región. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Espacio Interdisciplinario*. Universidad de la Republica. Editorial Psicolibros Universitario. (p.51-68).

Del Castillo, R., Villar, M. y Dogmanas, D. (2011) Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Vol. 1, núm. 4, noviembre, 2013, pp 83-96. Monográfico. Universidad de la Republica Montevideo- Uruguay.

Faraone, S. (1993) Desmanicomialización: Notas para un debate sobre los procesos de transformación de las Instituciones Psiquiátricas asilares. *Revista de Trabajo Social Margen* N° 3. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen03/comia.html> [Acceso 15/08/19].

Fernández, B. (2009) Complejidad Social y Salud Mental. Editorial: CSIC Universidad de la Republica. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. Montevideo.

Fernández, B. (2012) Salud Mental: Un concepto polisémico. *Revista Uruguaya de Enfermería*, Noviembre 2012, 7 (2): 1-10.

Recuperado de: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/65/63> [Acceso 15/01/19].

Fernández, B. (2017) Salud Mental y Políticas Publicas: Algunas notas. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Espacio Interdisciplinario*. Universidad de la Republica. Editorial Psicolibros Universitario. (p.125-146).

Foucault, M. (1993) Historia de la locura en la época clásica. Tomo I. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

Foucault, M (1996) La verdad y las formas jurídicas. Editorial Gedisa. Barcelona. Recuperado de: <http://www.hechohistorico.com.ar/archivos/Foucault%20-%20La%20verdad%20y%20las%20formas%20jur%20C3%ADdicas.pdf> [Acceso 26/01/19].

Gines, A. (2003) La Honda de Murguía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 67 N° 2. (p.172-180). Recuperado de: http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/mar2004/09_com.pdf [Acceso 03/04/19].

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: CSIC UdelaR.

Goffman, E. (2001) Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 1ª ed. 3ª reimp. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Recuperado de;

<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffmaninternados.pdf> [Acceso 26/01/19].

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014) Metodología de la Investigación. 6ta. Edición. México. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Huletche, A.M. y Delgado, L. (1998) Yo soy y no quiero ser. Acerca de la discriminación y la certeza. En La función social de la locura: Una mirada desde el poder. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.

Natella, G. (2017) Salud Mental comunitaria en acción: El problema de la formación profesional. En Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Espacio Interdisciplinario. Universidad de la Republica. Editorial Psicolibros Universitario. (p.237-263).

Novella, E. (2008) Del asilo a la comunidad: Interpretaciones teóricas y modelos explicativos. Frenia, Vol. VIII-2008, 9-32, ISSN: 1577-7200. Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC), Madrid.

Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16454> [Acceso 16/05/19].

Pérez, R. (2013) Demencias, salud mental y exclusión social. En Salud Mental en debate. Pasado, presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. De León, N. (Coord.) Art.2. (p. 151-166). Montevideo. Editorial Psicolibros. Waslala.

Romano, S. (2017) Oportunidades y desafíos de la Ley 19529. Revista de Psiquiatría Uruguay 2017; 81(2):98-100.

Recuperado de: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/01_EDIT.pdf [Acceso 18/07/19].

Romano, S., Porteiro, Ma.F., Novoa, Ma.G., Lopez, G., Barrios, Ma.C., García Rampa, M. y García Trovero, M. (2018) Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Diagnóstico de situación abril/ 2018. Rev Psiquiatría Uruguay 2018; 82 (1): 22-42. Recuperado de: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/12/02_ASM_1.pdf [Acceso 18/07/19].

Romano, M.J., Spinazzola, V. y Villadangos, P. (1999) El Servicio Social como espacio de construcción de subjetividades. Revista Margen. Edición N° 15.

Rotelli, F., Leonardis, O. y Mauri, D. (1987) Desinstitucionalización; Otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados). Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. VII. N° 21. (1987).

Rodríguez, J. (2011) Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. Revista de Psiquiatría Uruguay, 2011; 75 (2):86-96. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03_rodriguez.pdf [Acceso 21/08/19].

Soiza, Augusto (s/f) El Hospital de Caridad de Montevideo, en el siglo XIX (1825-1900). (p. 477-493). Recuperado de: https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_73_sigloXIX.pdf. [Acceso 07/05/19].

Stolkiner, A. (2017) El enfoque interdisciplinario en el campo de la Salud Mental. Salud Mental y la perspectiva de derechos. En Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Espacio Interdisciplinario. Universidad de la Republica. Editorial Psicolibros Universitario. (p.185-206).

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1994) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Buenos Aires: Ediciones PAIDOS.

Techera, A., Apud, I. y Borges, C. (2009) La Sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Grupo Arte y Salud (Facultad de Psicología- Universidad de la Republica).

Techera, A., De León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martínez M., Lorena; Miniño, A. y Sánchez, C. (2013) Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. En Salud Mental en debate. Pasado, presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. De León, N. (Coord.) Art.2. (p. 15-24). Montevideo. Editorial Psicolibros. Waslala.

Techera, A. y Apud, I. (2013) Políticas de Salud Mental en Uruguay. En Salud Mental en debate. Pasado, presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. De León, N. (Coord.) Art.2. (p. 24-35). Montevideo. Editorial Psicolibros. Waslala.

Vallés, M (1999) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial Síntesis, Madrid.

Fuentes Documentales

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)

Ley N° 15903 (1987) Rendición de Cuentas y balance de Ejecución Presupuestal

Ley N° 18161 (2007) Administración de los Servicios de Salud del Estado

ASSE (2018) Propuesta para la implementación de la nueva Ley de Salud Mental en ASSE. 1ª. Etapa 2019-2020 (Resumen).

Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/contenido/Documentos-de-Referencia-Ley-de-Salud-Mental-10377> [Acceso 18/07/19].

CEREMO.S (2017) Informe sobre la situación del Centro de Rehabilitación Médica Ocupacional Sicosocial (CEREMOS). Informe N° 096/MNP-SA/2017. Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. República Oriental del Uruguay. Recuperado de:

https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/publicaciones/096.INFORME_CEREMOS_2017-12-20.pdf
[Acceso 30/08/19].

Ley N° 9581 (1936) Psicópatas. (Se organiza la asistencia). R.O.U. Poder Legislativo. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3639973.htm>

Ley N° 18211 (2007) Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3713667.htm> [Acceso 18/05/19].

Ley N° 19529 (2017) Ley de Salud Mental. R.O.U. Centro de Información Oficial (IMPO). Publicada en D.O. 19 set/2017. Uruguay. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Organización Mundial de la Salud (1948) Definición de Salud. Principios establecidos en el preámbulo de la Constitución de la OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution> [Acceso 14/01/19]

Plan Nacional de Salud Mental (1986) Coordinadora de psicólogos de Uruguay. Montevideo. Setiembre 1986.