

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

Salud mental en Uruguay: historia y marco legal

Sabrina Luengo
Tutor: Alejandro Mariatti

2019

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, que fueron dos grandes pilares en todo el trayecto de formación y en toda mi vida.

A toda mi familia por siempre interesarse y darme apoyo.

A Alejandro que siempre me llenó de energías para continuar.

A mis compañeros/as y docentes del proyecto integral, en especial Noni y Fla que son dos regalos que me dió la Facultad.

A los/as compañeros/as del Departamento de Trabajo Social del Hospital Vilardebó que me enseñaron la parte más práctica de esta bella profesión.

A mis concubinas y amigas Romi y Agus por la paciencia.

A Benito por la compañía.

A todos y todas ¡MUCHAS GRACIAS!

Índice

	Pág.
- <u>Introducción</u>	3
- <u>Capítulo I: Evolución de la noción “Salud mental”</u>	5
- <u>Capítulo II: Breve recorrido del proceso histórico de políticas de atención a la salud mental en Uruguay</u>	14
- <u>Capítulo III: Comparación de la nueva Ley de Salud Mental y la anterior Ley de Psicópatas</u>	27
-3.1: Concepción de sujeto.....	28
- 3.2: Familia.....	32
-3.3: Trabajo.....	36
-3.4: Vivienda.....	41
- <u>Reflexiones finales</u>	45
- <u>Referencias bibliográficas</u>	49
- <u>Fuentes bibliográficas</u>	54
- <u>Anexos</u>	55

Introducción

El presente documento se produce en calidad de monografía final de grado de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. A continuación, se abordará el concepto de salud mental en Uruguay, su historia y marco legal.

El interés en el tema se despertó en el transcurso de la práctica pre profesional llevada a cabo durante dos años en el Departamento de Trabajo Social del Hospital Vilardebó, en el marco del PI: Protección Social, Instituciones y Practica Pre profesional. En este período comprendido por los años 2017-2018, se estaba llevando adelante el cambio de normativa e implicaba fuertes controversias dentro del hospital a nivel de los profesionales, familiares y usuarios, y también fuera donde la sociedad civil estaba haciendo escuchar su voz.

Se notó que las leyes eran estructuralmente diferentes y versaban y decretaban aspectos totalmente opuestos, por ende, se consideró pertinente realizar un estudio más exhaustivo y profundo al respecto, dado que ambas determinan fuertemente aspectos importantes en la vida de las personas que padecen alguna enfermedad mental.

Asimismo, para los funcionarios del área de la salud mental el cambio de normativa implicaba un cambio en su accionar, por lo que se pretende generar un documento útil e interesante a modo de devolución al equipo que nos acompañó en un proceso tan sustantivo como lo es la práctica pre profesional.

La tesina consta de tres capítulos: en el primero se comienza realizando un breve recorrido histórico sobre la concepción de salud mental en las diferentes épocas y ubicaciones geográficas para lograr comprender las nociones conceptuales que están establecidos hoy en día. Asimismo, estudiar cómo se comprendía la salud mental en otros tiempos, también implica investigar cómo se abordaba la atención a la no salud, es decir, a la enfermedad.

Luego en el segundo capítulo se presentan las políticas públicas, leyes y decretos que tuvieron lugar en Uruguay para dar atención a la salud mental.

A continuación, en el tercer capítulo se realiza una comparación de los paradigmas que se reflejan en ambas leyes antes mencionada teniendo como eje de análisis algunas categorías que destacan en la vida de las personas que padecen una enfermedad mental como lo es: Concepción de sujeto, Familia, Trabajo, y Vivienda.

Para este estudio se consideró pertinente el análisis de documentos legales como la Ley Psicópatas (1936) y la nueva Ley de Salud Mental (2017) ya que se coincide con Araujo cuando manifiesta: “(...) abordar el problema de los marcos conceptuales para el estudio de la relación de los individuos con las normas se justifica en la medida en que esta tarea debería contribuir a establecer de mejor manera el diagnóstico actual de nuestras sociedades y, por lo tanto, de las tareas pendientes en ellas.” (Araujo, 2009, p.249)

Finalmente, se exponen las reflexiones finales sobre la evolución de la atención a la salud mental en Uruguay, tomando como referencia el cambio de normativa reciente y las consecuencias del mismo.

Capítulo I

Se considera pertinente comenzar este documento con un breve recorrido histórico por la noción de enfermedad mental, con especial énfasis en del binomio salud-enfermedad, dado que en base fuentes que forman parte del campo de estudio, es sabido que no existe un consenso para delimitar qué se entiende por cada acepción y además, no se pueden determinar el uno sin el otro.

Como plantea Castellanos junto a otros autores:

“La locura constituye el resultado de un intento de integración a la realidad, fenómeno relación, próximo a los condicionamientos socio-político y culturales, antes que a proceso del orden de lo biológico”

(Castellanos, Martin, Moledda, Taycar, 1998, p.24-25)

Por su parte, Emiliano Galende (1990) explica que el objeto de la salud mental no es un objeto natural, sino un objeto social-histórico, ya que los problemas comprendidos en el campo de la salud mental pertenecen a la producción y circulación de valores en las relaciones sociales.

Lucía del Carmen Amico (2005) plantea que tanto la concepción de salud y de enfermedad mental, son construcciones sociales que irán variando históricamente. Ambos conceptos se entienden como difíciles de definir, dado que su contenido tiene un carácter valorativo, por su condición de ser representaciones sociales.

Por tanto, que una persona sea considerada como enferma mental no solo depende de las alteraciones en su comportamiento sino también de la percepción de la sociedad sobre ese tipo de alteraciones. Es decir, se evaluarán los síntomas, los procesos cognitivos y del comportamiento para calificar a una persona como sana o enferma en función de las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico.

En el Nuevo Testamento, mencionan Delgado y Huletche (1998), que la locura es considerada como una posesión de los malos espíritus a los que hay que sacar del cuerpo del enfermo para de este modo curarle. La locura aparece asociada con la divinidad y el demonio, y los hechiceros y exorcizadores eran quienes se ocupaban de ella.

Durante la Edad Media la idea de que los trastornos psíquicos eran asociados a problemas mágicos y religiosos siguió vigente.

Foucault (1990) señala que, en Europa, durante el Renacimiento la locura se presentaba indisolublemente ligada al ser humano y que lejos de ser considerada como algo incomprensible, se encontraba conectada a sus ilusiones, sueños y debilidades. Se consideraba necesario de ser atendido cuando adoptaba una forma extrema o peligrosa y los tratamientos médicos eran terapias basados en la naturaleza, apelando a disipar las ilusiones y el error. El loco era una persona relacionada con el mundo de la poesía, el teatro y la pintura.

En el Renacimiento inicia lo que se llamará “Primera Revolución Psiquiátrica” que se extenderá hasta la Revolución Francesa, cuando se dejará de considerar a los locos como endemoniados, y pasan a ser objetos de la ciencia médica.

Junto con el pensamiento científico devino la sobrevaloración de la razón del hombre, esto implicó que al loco se lo considerara como un alienado, es decir, una persona que carece de razón plena. La razón, era la condición elemental de distinción de la naturaleza humana de otras especies vivas, y la alienación mental significaba la pérdida del libre albedrío, y por tanto de la libertad. Por tal motivo, el loco dejó de ser admitido como ciudadano, implicando que este sea encerrado no por caridad, sino para recibir un imperativo terapéutico. (Amarante, 2009)

Humberto L. Casarotti (2017, p.117) en la revista de Psiquiatría expresa:

“El trastorno mental como fenómeno natural es descubierto en el siglo xvi en plena época demonológica (...) se comienza a reconocer que hay personas que no pueden ser responsabilizadas (en grados variables) de sus actos, porque no pueden lo que sí otros pueden. Y que ese «no poder», que es sentido —literalmente— como una diferencia en el principio de ordenación del «mundo vivido» y relacionado vagamente con una desorganización del sistema nervioso, es la forma de manifestarse una enfermedad. De ese modo se descubrió el trastorno mental en su realidad de ser una disminución del hombre, no en su vida vegetativa, en su vitalidad, sino en su humanidad, es decir, en su autonomía personal.”

Por su parte, Castel (1980) plantea que la tolerancia a lo anormal está totalmente ligada a la alternancia de las fases del desarrollo industrial, y explícitamente definido en base a las exigencias de la producción.

Asimismo, es menester retomar a Foucault (1998) y señalar la coincidencia estructural de la medicina y la economía que se da en el siglo XIX, cuando se entendía el valor del trabajo como camino hacia la riqueza y también hacia la salud, lo que permite concluir que la locura está asociada a la improductividad.

En palabras de Robert Castel:

“(...) el loco desentona. Carente de razón, no es sujeto de derecho: irresponsable, no puede ser objeto de sanción; incapaz de trabajar o de “servir”, no entra en el circuito reglamentado de los intercambios, está libre circulación de hombres y mercancías en la que sirve de matriz la nueva legalidad burguesa. Foco de desórdenes, hay que reprimirlo más que nunca, pero según un sistema de punición distinto del establecido por los códigos para aquellos que han transgredido las leyes voluntariamente. (...) Al dejar de pertenecerse a sí mismo, ya no es susceptible de participar en el proceso de producción y de adquisición.”

(Castel, 1980, p.25, 52)

Castellanos y otros autores (1998) señalan que la locura es el resultado de un orden social que la crea, la define como perturbación, y regula los mecanismos que la aíslan y la perpetúan, creando en torno a ella instituciones que le son funcionales y son modificadas cuando dejan de serlo:

“Si la enfermedad puede ser entendida como condición de quien se pone fuera de la norma, la institución es la sanción que tiene la función de llevar al anormal a la normalidad: es por lo tanto el lugar -dentro de la norma- para las desviaciones de la norma” (Castellanos, Martín, Moledda, Taucar, 1998, p.24-25)

Retomando a Foucault se agrega:

“La práctica del internamiento a comienzos del siglo XIX coincide con el momento en que la locura era percibida menos en su relación al error que en relación a la conducta regularizada y normal. En este momento la locura aparece no tanto como una perturbación del juicio cuanto como una alteración en la manera de actuar, de querer, de sentir las pasiones, de adoptar decisiones y de ser libre en suma, ya no se inscribe tanto en el eje verdad-error-conciencia cuanto en el eje pasión-voluntad-libertad (...) Es así como se instituye la función del hospital psiquiátrico del siglo XIX; lugar del diagnóstico y de clasificación.”
(Foucault, 1990, p.70-72)

Amico (1995) plantea que el surgimiento del manicomio se puede ubicar a fines del siglo XIX en base a los valores de la modernidad y la influencia del positivismo. La plena construcción del Estado nacional, el crecimiento urbano, la inserción en el modo de producción capitalista y la incipiente modernización eran cosas características de nuestro país para ese entonces. Por tanto, la preocupación del Estado para esa fecha era formar al sujeto como agente económico.

Para Castel (1980) la institucionalización del anormal está ligada al nacimiento de la industrialización y a su fase de expansión, y se produce cuando se hace necesario codificar la diversidad y crear instituciones para separar a los elementos que alteran el orden social de los productivos.

Franco Basaglia (2008) opina que los tratamientos médicos tienen un significado alienante en tanto su única finalidad es devolver al individuo al circuito productivo. Es decir, es entendido primero como mercancía en tanto trabajador y luego mercancía en tanto su estado de enfermedad. Dando lugar a una relación de dominio y poder por parte del médico al enfermo.

Las instituciones en donde se llevan a cabo estos tratamientos Goffman (1984) las denomina instituciones totales. Estas son definidas como lugar de residencia y trabajo, donde varios individuos aislados de la sociedad por un prolongado tiempo, comparten su encierro una rutina diaria, que es administrada formalmente.

De este modo, para Goffman (1984) el individuo desarrolla todos los aspectos de su vida en el mismo lugar y bajo la misma autoridad. Toda actividad diaria que realice el individuo es acompañada de un gran número de otros en su situación, realizando las mismas actividades, siendo tratados de la misma manera y estando estas programadas e implementadas por un conjunto de funcionarios, que se imponen como obligatorias para conseguir los objetivos de la institución.

Esta mirada permanente a la conducta humana, la vigilancia inmediata, ha perdido progresivamente espacio en las instituciones de control y ha dado lugar a un control mediado por la palabra, a la observación simbólica a través del discurso técnico.

“En la torre del panóptico se unen el poder y el saber; el centinela que guarda los presos hacinados se ha transformado en el sabio inspector que los clasifica, los estudia, los observa, los ‘trata’ técnicamente, en especial disponiendo el espacio donde deben situarse, espacio vigilado pero también espacio de convivencia, de trabajo, de instrucción, de ocio y afectos.” (Bentham, 1989, p.134)

Con respecto a esto, Foucault (1997) agrega que el asilo psiquiátrico y todas las instancias de control individual actúan de dos modos: el de la división binaria de identificar al individuo como normal o anormal, y el de la asignación coercitiva de la distribución asistencial: quien es, donde debe estar, categorizarlo, etc.

Castel (1981) afirma que el sujeto que entra en el ámbito de la psiquiatría casi siempre es un estigmatizado social cuyo estatus actual es casi independiente de la etiología de la perturbación psíquica. Esta estigmatización que sufre una persona que padece una enfermedad mental está amparada por la situación que el enfermo sufre cuando es objetivado por una relación de poder.

Al referenciar el estigma se hace referencia a un “(...) atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular” (Goffman, 1963, p. 3) que surge de alguna característica que posee el individuo estigmatizado que hace sea asociado con algo negativo. Es decir, está ligado con los procesos de categorización social.

Continuando con Goffman (1984), manifiesta que cuando un usuario ingresa a un hospital psiquiátrico no solo cambia radicalmente la posición social que ocupaba fuera de la institución con la que tiene una vez que ingresa, sino que también, este tendrá que adaptarse y entender que cuando salga de la institución su posición social en el exterior no volverá a ser la misma que antes de su ingreso. A este fenómeno el autor le llama status proactivo.

Cuando el status proactivo es desfavorable como es el caso de los usuarios de un hospital psiquiátrico, se puede hablar de estigma, y es sabido que los ex usuarios una vez egresan realizan sus mayores esfuerzos para ocultar su pasado ya que esta estigmatización les dificulta conseguir empleo, lugar donde vivir y retomar sus relaciones sociales.

El autor escribe que este fenómeno es consecuencia del cambio cultural que ocurre en la vida del usuario, dado que se le dificulta mantenerse al día con los cambios sociales recientes del exterior. Por tanto, si la internación del usuario es larga ocurre lo que le llama “desculturación” (Goffman, 1984, p.26), es decir, se incapacita temporalmente para desempeñar su vida cotidiana una vez fuera de la institución.

Por su parte, De León (2000) dice que una vez el usuario está en la institución manicomial se da un proceso de violencia en tanto se le quita la libertad de acción, y las relaciones que pasa a ocupar son nuevas. Se imponen nuevas maneras de comunicación, circulación y distribución de lugares que son desconocidas para quien recién ingresa.

Lo anteriormente expuesto dio lugar al surgimiento de dos corrientes que ponen en cuestión la psiquiatría del siglo XIX, su poder y el efecto de esta sobre los enfermos.

Foucault (1990) reconoce una primera forma de despsiquiatrización como la reducción de la enfermedad a su mínima expresión, es decir, tener en cuenta solamente los signos necesarios y suficientes para diagnosticar la enfermedad mental, y el emplear las técnicas necesarias para que esa enfermedad desaparezca. Esto sería optimizar la intervención articulando el diagnóstico con terapia, mediante la psicocirugía y la psiquiatría farmacológica evitando así que el psiquiatra se tope con la etapa aguda del trastorno. Esto último similar al tratamiento que se realiza hoy día.

La psiquiatría preventiva apela a la desinstitucionalización, es decir, a la intervención mediante la realización del diagnóstico y el tratamiento precoz de la enfermedad mental, y la búsqueda de la adaptación del usuario a su vida social luego de la mejora. De este modo, toda persona sospechosa de poseer alguna enfermedad mental debía ser derivada a un psiquiatra para que se le realice un diagnóstico, ya sea por iniciativa de la misma persona, de sus familiares, de otro profesional médico, o de un juez. Amarante (2009) manifiesta que a raíz de esto se creó una caza de todo aquel que fuera sospechoso de poseer una enfermedad mental, dado que se creía que así se erradicaría el mal de la sociedad.

Por otro lado, hay otra forma de despsiquiatrización totalmente opuesta a la anterior que apela al discurso del enfermo para así el médico lograr llegar a la verdad de la locura. Esto es el surgimiento del psicoanálisis, de modo que el usuario ya no deberá de responder preguntas previamente formuladas, sino que este dirá lo que desee sin considerar lo que piense el técnico. (Foucault, 1981)

El descubrimiento del inconsciente en el pensamiento humano influyó en la conducta humana. Delgado y Huletche (1998) dicen que el psicoanálisis es útil en tanto se coloquen motivaciones del inconsciente para así poder explicar síntomas de la enfermedad, ya que se entiende que la conducta humana está motivada por causas desconocidas para nosotros.

Amico (2005) reconoce que estas comunidades terapéuticas se proponen romper con las jerarquías que se dan dentro del hospital, apelando a relaciones más humanas y democráticas entre el personal y los usuarios. Asimismo, se permite la participación de otros profesionales en la intervención con usuarios de salud mental, dando lugar, por ejemplo, a profesiones como Trabajo Social, y también incorporar a la familia como actor importante en el tratamiento terapéutico junto con el usuario.

No es menor tener en cuenta que estos procesos de desinstitucionalización psiquiátrica surgieron en el marco de determinados procesos históricos que como lo reconoce Amico (2005) son: I) Estado histórico de guerra que implicaba la rehabilitación de los soldados y civiles con secuelas de la misma. II) Escasez de fuerza de trabajo que condujo a la revalorización del trabajo de los hombres, y por tanto se puso énfasis en la rehabilitación de los sectores improductivos. III) Procesos políticos y sociales de reafirmación de los derechos civiles y políticos. IV) A partir de los 60 se dio el desarrollo de terapéuticas psicofarmacológicas que posibilitaron el aumento

del control en los síntomas más disruptivos y posibilitaron el tratamiento en ambientes menos coercitivos y aislados.

No obstante, ni el psicoanálisis, ni la psicocirugía, ni la farmacología constituyeron en sí un movimiento antipsiquiátrico dado que estas corrientes cuestionaron la psiquiatría en cuanto al conocimiento respecto a la exactitud del diagnóstico o la eficacia de la terapia, manifiesta Foucault (1990).

Por el contrario, el movimiento antipsiquiátrico que tuvo lugar en la década del 60 realiza la crítica directamente a la institución en tanto lugar, forma de distribución y las relaciones de poder que allí se llevan a cabo. Evidencia fehacientemente la relación institución-alienación debiendo arbitrar los medios para crear anti-instituciones, velando por toda desestructuración del armazón institucional. (Delgado y Huleche, 1998)

Por su parte, Foucault (1981) manifiesta que la antipsiquiatría promueve que el individuo tenga el derecho de administrar su locura, en donde las demás personas puedan participar, pero no por el poder que poseen por definirse como normales o que les es conferido por su razón. Agrega, también, que el sobrevalorar el diagnóstico médico psiquiátrico llevó directamente a que este tuviera la potestad de decidir sobre el cuerpo del usuario mediante el psicoanálisis y la farmacología, que dio lugar a la sobre medicación de la locura.

“En el ámbito de la antipsiquiatría no existiría la enfermedad mental como objeto natural, tal como lo consideraba la psiquiatría, sino una determinada experiencia del sujeto en su relación con el ambiente social.” (Guedes, 2012, p.17)

Este colectivo de médicos psiquiatras que criticaban la psiquiatría médica tradicional proponía una psiquiatría alternativa comunitaria. Consideraban la enfermedad como un fenómeno de origen racional y no biológico como plantea la psiquiatría tradicional. Por tanto, consideran que “(...) si la patología tiene su origen en el contexto familiar y comunitario, es allí donde debe producirse la terapia, y no en un contexto hospitalario.” (Martin y Ovejero, 2009, p.297)

La psiquiatría de sector o la psiquiatría preventiva, o como a menudo se le llama, salud mental comunitaria, manifestaban que el modelo hospitalario estaba agotado y obsoleto, y que se debían construir nuevos servicios asistenciales que mejoraran el cuidado terapéutico -centros de atención a la salud mental, centros de medio camino y ambulatorios como hay hoy en día, talleres terapéuticos, etc.- Se consideraba esencial que se extendiera la atención terapéutica incluso después del alta hospitalaria para evitar la reinternación. (Amarante, 2009)

A pesar de ello:

“Las formas alternativas han terminado coexistiendo con los manicomios. Así es como el manicomio, como establecimiento y dispositivo institucional, continúa hasta nuestros días siendo la respuesta asistencial hegemónica, es decir, el único referente legitimado frente al tratamiento de la salud enfermedad mental.”

(Amico, 2005, p.58)

En suma, se puede decir que los principios que rigen el movimiento antipsiquiátrico son:

1) El rechazo del modelo médico tradicional aplicado a la psiquiatría y de los centros manicomiales en tanto productores de trastornos irreversibles evidenciando la perversión de las instituciones de salud mental que generan o cronifican la enfermedad. 2) Tiene una postura crítica hacia el entorno familiar como principal causante de la enfermedad. 3) Promueve la creación de estructuras intermedias como alternativa frente a la institucionalización en donde se quiebran las barreras entre el personal y los usuarios, de modo que estos últimos puedan hacerse responsables de las tareas básicas del hogar, gestionen sus propios recursos y establezcan sus propias normas de convivencia. (Amico, 1995)

Por último, es interesante destacar lo que escriben Abraham y otros autores (1988), quienes traen a Foucault cuando manifiesta que los psicodiagnósticos clásicos no son más que monólogos de la razón sobre la locura, y que por ello deben ser reemplazados por diagnósticos situacionales que den cuenta de la interacción del usuario con sus diferentes contextos; familiar, laboral, grupo de pares, etc.

En otras palabras, en el momento en que la enfermedad deja de ser considerada como natural e inherente al sujeto, se comienza a tomar en cuenta la estructura en donde este está inserto. Asimismo, se podría decir que el movimiento antipsiquiátrico coloca al sujeto en un

lugar de mayor independencia sobre sí mismo, y coloca a los centros de atención a la salud mental como un auxiliar en el proceso del tratamiento.

Capítulo II

Este capítulo se considera esencial para la elaboración de la discusión que se llevará a cabo en esta monografía final de grado, dado que a continuación se hará un breve recorrido de las políticas públicas y la normativa llevada a cabo en la historia del Uruguay con respecto a la atención a la salud mental.

Para comenzar este análisis histórico es pertinente remontarse al Montevideo colonial, y tomar aportes de Bepali y de Pena (2000) quienes manifiestan que para ese entonces se carecía de instituciones capacitadas para la internación de los enfermos mentales, cosa que permaneció así hasta los últimos años del siglo XXI.

“(...) los etiquetados locos eran marginados de la sociedad, y vagaban por las calles mendigando, siendo a veces recludos en los calabozos del Cabildo donde compartían la reclusión con los presos comunes.” (Bepali y de Pena, 2000, p.380)

Humberto Casarotti (2002) cuenta que hacia 1788 la atención a la salud mental contó con lo que se denominaba la loquería del Hospital de Caridad de Montevideo, dando inicio a la asistencia y medicalización de las personas que padecían una enfermedad mental en la sociedad colonial. Los usuarios allí eran tratados como un gesto religioso y humanitario, y primaba la intención de cuidarlos, más que de curarlos.

Hacia 1860 se crea el primer manicomio del país y los reconocidos como locos son llevados al Hospital ubicado en la quinta de Miguel Antonio Vilardebó, donde el cuidado de los enfermos estaba a cargo de las Hermanas de Caridad, y donde los tratamientos más utilizados fueron el calabozo, el castigo físico y el cepo, considerados como la única manera de “devolver la cordura.” (Acosta, 1999, p.13). Estas instituciones con finalidades caritativas serán en el siglo XX medicalizadas, manifiesta.

El término medicalización en las ciencias sociales suele indicar, según Mitjavila (1992), los procesos de ampliación de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales, la medicina produce saberes e interviene sobre las áreas de la vida social que en otro momento no intervenía. La autora también agrega que para que algo sea medicalizado debe ser codificado en términos de normal-anormal, esto implica, proponer modelos controlados de

conducta frente a la enfermedad, pero también cuando de salud se trata. Esto es, practicar las relaciones sociales del cuerpo a partir de parámetros médicos.

Siguiendo con Mitjavila, sostiene que, en este contexto de medicalización, la normalización es funcional a las necesidades de la sociedad de ejercer control social sobre el cuerpo de los individuos y el cuerpo social. Dice que en este mismo sentido es que Foucault señala que para la sociedad capitalista desde comienzos del siglo XXI “(...) el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica.” (Mitjavila, 1992, p.44)

José Pedro Barrán (1992) dice que el Estado Moderno nació de un proyecto de dominación y disciplinamiento de las clases populares, que dio marco al discurso médico del novecientos. También plantea que el poder médico surgió de la ciencia, del saber, y fue quien asumió la tarea de decir la verdad, en esta época. Así, la ciencia fue sacralizada y devino en reguladora de la moral, conductas, hábitos y política.

Las prácticas sociales pasaron a ser objeto de intervención médica y el profesional médico poseedor del estatus de proteger los valores de la ideología dominante. De este modo, los psiquiatras identificaron que el alcohol, las enfermedades de transmisión sexual, la mala alimentación, los vicios, y demás, eran las causas de las patologías psiquiátricas, con base en las enfermedades físicas del usuario.

“Si la etiología mental era la física, el discurso del loco carecía de significado. No había por qué dialogar con él y descifrar sus sentidos ocultos, sino observar su conducta dentro de un panóptico, y su cuerpo en el laboratorio.” (Barrán, 1995, p.130)

Por tanto, el individuo que se veía en la necesidad de asistir a un centro de salud mental en el Uruguay del Novecientos era considerado no como un sujeto con quien se pudiera interactuar, sino como un objeto al cual observar.

Del mismo modo, comienza un proceso de valorización del cuerpo en sentido económico y político, que implicó que el Estado velara por la salud de las personas para obtener como resultados trabajadores aptos que reprodujeran el sistema productivo. “La instancia mayor se

estableció en la igualdad salud-trabajo. Los hombres fueron estimados como factores de producción y capital social.” (Barra, 1992, p.123)

Es en este contexto que en 1912 se crea la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Etchepare, en el departamento de San José donde se combinó el programa asistencial con la reforma rural batllista, dando lugar a un tratamiento que implicaba que los usuarios realizaran tareas de tipo agrícola, lechera, hortícola, etc. (Barrán, 1993b)

“Ya nadie discute los perjuicios que tiene la inactividad para el enfermo mental, puesto que el ocio le permite destinar todo su tiempo y todas sus energías a la meditación de su delirio, sus obsesiones, sus alucinaciones, creciendo de esta forma su enfermedad y alejándose cada vez más de una posible mejoría.” (Mas de Ayala apud. Arduino y Gines, 2002, p.121)

Ingresaban personas en grandes cantidades y desde todos los departamentos del País, tanto es así que eran recogidos al paso del tren por las distintas localidades a causa de la falta de asistencia psiquiátrica en el interior del país. (Arduino y Ginés, 2002)

“Es de destacar que no todas las personas derivadas a la Colonia padecían trastornos psiquiátricos. Los ingresos por falta de recursos económicos y sociales, las personas conducidas por la policía con rótulo de “vagabundo” y los adolescentes y jóvenes traídos por sus familias que declaraban no poder “hacerse cargo de sus cuidados” constituían un alto porcentaje.” (Arduino y Ginés, 2002, p.119)

En la actualidad, a lo anteriormente expuesto se le llama “paciente social”, término que será desarrollado más adelante.

Centrando el análisis en el marco legal uruguayo, en el contexto anteriormente expuesto en donde el Estado asumió la tarea de vigilar y privar de libertad aislando a todo aquel que se desviara de la norma, es en 1939 se aprobó la ley especial N° 9.581 “Asistencia al psicópata”. Se le denomina “especial” dado que el resto de las normas uruguayas no contemplaban padecimientos mentales y de este modo, eran incapaces de regular al individuo que padecía una

enfermedad mental en sociedad. La concepción de la sociedad sobre estas personas se ve reflejada en el nombre que adoptó la ley.

Es menester aclarar que esta Ley está compuesta por 48 artículos, y tan solo 9 de ellos mencionan las enfermedades mentales propiamente dichos, mientras que los restantes 39 detallan las circunstancias bajo las cuales se puede privar de libertad a las personas que los parecen. Artículos que fueron creados para no obstaculizar la implementación del tratamiento y facilitar la toma de decisiones médicas urgentes y precoces con respecto al mismo. (Casarotti y Pereira, 2000)

En 1939 se emitió un Decreto Presidencial que regulaba los establecimientos psiquiátricos y en 1948 se aprobó la Ley N° 11.139 de “Creación del Patronato del Psicópata”. Asimismo, en 1945 se reglamenta el Programa de Asistencia Familiar que se trataba de brindar compensación económica a todas las familias que se hagan responsables de los usuarios egresados y generaba derechos y obligaciones entre las familias receptoras de los usuarios y estos mismos. (Bespali y De Pena, 2000)

En 1966 Dr. Pierre Chanoit, consultor de la OMS realizó un Informe de Salud Mental en Uruguay y escribe:

“El paciente mental es un estorbo para la sociedad, y la atención que de él se realiza, se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído a la vista de la población, termina su infeliz existencia.” (Gines, 2003, p.177).

En la década del 70´ el Hospital Vilardebó cierra las puertas para el ingreso de nuevos usuarios permaneciendo como hospital para crónicos y abre sus puertas el Hospital Psiquiátrico Musto en 1983 en la ciudad de Montevideo para usuarios agudos que recibían tratamiento de corta estadía. Aun así, rápidamente se convirtió en un hospital asilar. (Casarotti y Pereira, 2000).

En 1987 se prohíbe el ingreso de usuarios a las Colonias, excepto aquellos ingresos por orden judicial, y también aumenta el número de egresos a través del Programa de Asistencia Familiar siendo los principales destinos los hogares protegidos, residenciales e instituciones religiosas. (Arduino, Ginés y Porciúncula, 2000)

En los años 80' la apertura democrática facilitó el cuestionamiento de la Ley N° 9.581 que llevó a un movimiento preocupado por la mejora de las condiciones de existencia de las personas que padecen alguna enfermedad mental. Tal es así que en 1986 el Ministerio de Salud Pública aprueba el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) con un fuerte componente de crítica al modelo asilar.

El MNP junto con la Facultad de Medicina acordó tres direcciones principales para llevar a cabo los lineamientos del PNSM, los cuales debían estar interconectados. En primer lugar, se reconoce a la Atención Primaria en Salud -proclamada por OMS en Alma Ata¹- como la estrategia principal a seguir, realizando acciones de promoción, prevención y asistencia primaria con puntos de apoyo en los Centros de Salud del MSP, de la Intendencia Municipal de Montevideo y en centros comunitarios.

La segunda dirección se trata de la creación y desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales: asistencia en las consultas de emergencia, las interconsultas de las salas de internación de policlínicos generales y una policlínica generalizada.

Por último, la tercera dirección apunta a la creación de nuevos modelos de asistencia para las personas que padecen psicosis y otros trastornos invalidantes, y a la reestructura del Hospital Vilardebó y las Colonias. “El desarrollo de múltiples y variados centros de rehabilitación ha sido una característica destacada de los avances en esta dirección de trabajo.” (Arduino, Ginés, Porciúncula, 2005, p.131)

A pesar de que lo expuesto en la primera dirección del PNSM fue expuesto en 1985, no fue hasta 1996 que ASSE -Administración de Servicios de Salud del Estado- pudo desplegar los Equipos Comunitarios de Salud Mental en el territorio nacional. De estos equipos 11 se encuentran en Montevideo y los restantes 23 en los departamentos del interior del país.

¹ La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinado por la entonces URSS. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma-Ata, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue “Salud para todos en el año 2000”.

La puesta en marcha de los equipos en las policlínicas comunitarias implica el primer abordaje al campo de la salud mental con una mirada interdisciplinaria, dado que este estaba compuesto por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería y administrativos. (Acuña, 2004)

Es también en 1996 que el MSP dispone el cierre del Hospital Musto, lo que implicó una redefinición del Hospital Vilardebó, pasando a ser un hospital de atención a cuadros agudos, de referencia nacional.

Acuña (2004) manifiesta que esta decisión se tomó bajo el supuesto de que los equipos comunitarios incorporados a las policlínicas actuarían como factor de contención, prevención de las descompensaciones de los usuarios, equilibrando la pérdida de camas que implica el cierre del Hospital Musto, y que por tanto mejoraría la asistencia con una menor frecuencia y más breve duración de las internaciones.

Continuando con el autor, relata que los usuarios crónicos que se encontraban internados en el Hospital Musto y Vilardebó debieron ser trasladados a las Colonia Etchepare y San Quintín Rossi, o con sus familiares, lo que implicaría una disminución de asilados, que se pensaba llevaría al cierre definitivo de las Colonias.

Con respecto a la segunda dirección antes mencionada, es posible señalar que en 1989 se crearon las unidades de salud mental en los hospitales públicos de Montevideo, que asistían las consultas que surgían en emergencia, las interconsultas de salas de internación y de las policlínicas.

Esto no es menor, ya que implica un cambio con respecto al viejo paradigma en donde se creía que la persona que padecía una enfermedad mental necesitaba un centro diferenciado de los otros, dado que se trataba de un mal que aquejaba la mente y no el cuerpo, y que por tanto se necesitaba de un modelo asilar de atención. Asimismo, la incorporación de la atención a la salud mental a los hospitales generales colabora con la disminución del estigma que portan las instituciones de salud mental y los usuarios que a ella concurren.

Volviendo al PNSM, como se mencionó más arriba, un punto importante de este es la rehabilitación de los usuarios mediante la disminución de la hospitalización, la mejora de la

socialización y la contribución a un progreso en el relacionamiento en sus hogares. Para coadyuvar con esto fueron creados los Centros de Rehabilitación y Centros Diurnos que mediante la realización de tareas fuera de las instituciones asilares, se intenta contribuir a la integración del individuo a la sociedad.

Algunos de estos Centros son: Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP) - creado por decreto del Poder Ejecutivo en 1971 como dependencia de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata-, Centro Psicosocial Sur-Palermo, Centro Benito Menni, Centro Diurno del Hospital Vilardebó, Centro Sayago, Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social -CIPRES-, Centros Diurnos de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, Centro Diurno Artigas, Centro Tacuarembó, Centro Durazno, entre otros (Arduino, Ginés, Porciúncula, 2000)

Las actividades que se realizan varían según el Centro, algunas de estas son: talleres de música, plástica, expresión corporal, cerámica, espacio radial, huerta, grabado y tallado, pintura, manualidades, artesanías, panadería, entre otros. Particularmente en los Centros Diurnos de las Colonias funciona una dependencia de UTU -Universidad del Trabajo- y una escuela que depende de CO.DI.CEN -Consejo Directivo Central-.

Con respecto a esto, en 1993 fue elaborado un informe por Mental Disability Right Internacional (MDRI) que dice:

“Uno de los aspectos más llamativo del sistema de salud mental del Uruguay es que se basa casi exclusivamente en las instituciones psiquiátricas, en lugar de proveer servicios comunitarios. Esta confianza en la internación tiene como consecuencia injustificada, innecesaria y potencialmente dañina internación de personas capaces de vivir y trabajar en la comunidad. La separación de estas personas de la comunidad rompe sus vínculos personales, familiares y económicos con el mundo exterior, y trae como resultado un detrimento para el desenvolvimiento mental y social del paciente.” (MDRI, 1995, p.17)

El informe plantea una serie de problemáticas sociales -pobreza, desempleo, ruptura en la asistencia familiar, etc.- a las que se tiene que enfrentar la asistencia a la salud mental sin tener las herramientas adecuadas, se escribe. Esta incapacidad de resolución de estos problemas da lugar a los denominados “pacientes sociales” (MDRI, 1995, p.19), de los que se hace una división en cuatro categorías: la primera corresponde a aquellos individuos que padecen enfermedades mentales y que alguna vez necesitaron de alguna intervención hospitalaria pero que luego de esta podrían vivir en sociedad con un tratamiento comunitario adecuado.

La segunda refiere a personas que sin padecer enfermedades mentales, sufren alguna otra discapacidad/enfermedad que requiere de apoyo comunitario tales como retardo mental, alcoholismo, epilepsia, entre otras, pero que la falta de servicios adecuados a sus necesidades lleva a que reciban atención en un hospital psiquiátrico.

La tercera categoría refiere a personas que no padecen ninguna enfermedad psiquiátrica pero que son internadas en un hospital psiquiátrico por orden judicial, y por último, la cuarta categoría refiere a personas sin hogar que no padecen ninguna enfermedad mental pero al carecer de un lugar a donde ir, son asistidos en un hospital psiquiátrico.

Margarita Arduino y Ángel Ginés (2002) explican que no se emplearon medidas obligatorias con respecto a la reducción de asilos mentales porque tampoco se despegaron servicios comunitarios que acompañan el proceso. Los autores sostienen que la reducción de usuarios en los hospitales psiquiátricos se debe, por un lado, a la efectividad de los psicofármacos, y por otro, a la interrupción de la migración forzada hacia el Hospital Vilardebó y las Colonias, causa de la asistencia psiquiátrica en hospitales generales del país. (Arduino y Ginés, 2002)

Avanzando en el recorrido histórico del Uruguay en materia de salud mental, se llega a la década de los 90', caracterizada por reformas estructurales de tipo económicas que consistieron en una serie de medidas provenientes del Consenso de Washington² que implicaron a grandes rasgos: privatización, liberalismo comercial y financiero, desregulación,

² El término Consenso de Washington fue acuñado en 1989. Las políticas del mismo fueron dirigidas a los países en vías de desarrollo que estuviesen pasando por crisis financieras. Su objetivo era describir un paquete de diez reformas para el/los países en desarrollo azotados por la crisis, según las instituciones bajo la órbita de Washington D. C. como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos.

estabilización, disciplina fiscal, reforma tributaria, entre otras. De este modo el Estado se vio reducido y las políticas sociales se vieron subordinadas a las políticas económicas. (Moreira, 2001)

Con respecto a lo antes expuesto, los psicólogos De León y Fernández (1996) mencionan que la acelerada reconversión del Hospital Vilardebó de un asilo para usuarios crónicos a un hospital para la atención de agudos ha estado sobre determinada por razones económicas e inscrita en un plan político de reducción fiscal a cualquier precio. Esto, como ya se mencionó llevó a que buena cantidad de usuarios fueran trasladados a las Colonias o a una reinserción familiar forzada sin preparación habilitante ni de ellos ni de las familias.

Sobre este último punto, Arduino y Ginés (2002) explican que una vez la persona es segregada y expulsada del seno familiar y de su comunidad, aislado e incomunicado, el individuo comienza a sufrir las consecuencias del encierro y lo llamado demencia producida por el manicomio, que hoy se denomina sobrealineación de los usuarios en las instituciones asilares, haciendo referencia a las pérdidas que el usuario sufre en cuanto a sus hábitos, por la interrupción de la interacción social.

En definitiva, debido a la pérdida de habilidades sociales, de no mediar en la reinserción social del usuario que estuvo largo tiempo institucionalizado, la calle o nuevamente la institución son sus destinos más frecuentes.

Ahora bien, el marco legal uruguayo ha sido reflejo del cambio mundial de paradigma dado que ha estado involucrado con los siguientes documentos: Declaración de Caracas para la reestructuración de la atención psiquiátrica (1990), Principios para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento de la atención a la salud mental (1991), Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993), Declaración de Hawai de la Asociación Mundial del Psiquiatra (1997), Principios rectores sobre el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas (2005), Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (2006), entre otras. A pesar de ello, no fue sino hasta el 24 de Agosto de 2017 que se promulgó la “Ley de Salud Mental” en Uruguay, que dejó de ser vigente la Ley N° 9.851 “Ley de Psicópatas” de 1936, que coexistió con todos los documentos anteriormente nombrados.

El análisis de la Ley de Salud Mental se realizará en el próximo capítulo, pero aun así es interesante destacar que el proceso de incorporación de los aspectos que atañen a la salud mental a la agenda política actual comenzó con la asunción del Frente Amplio al gobierno en el período 2005-2010. En este período de gobierno se realizó una gran reforma sanitaria del Estado Uruguayo y se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud³ (SNIS), a partir de la Ley N° 18.211, que funciona mediante el aporte diferencial de todos los usuarios al Seguro Nacional de Salud -según sus ingresos- y reciban la atención que su salud requiera. Esto significa una atención en salud que intenta que coexistan la justicia social, la eficacia sanitaria y la eficiencia económica.

Marcelo Setaro (2010) señala que uno de los objetivos principales del SNIS es la transformación del modelo hospitalocéntrico, tecnológico y especializado predominante, en un nuevo modelo que tenga como pilar del sistema de atención a la Atención Primaria en Salud (APS) en el primer nivel de atención. Esto significa que los prestadores tengan una política activa de promoción y prevención, dado que mantener a la gente sana evita los costos de la atención a la enfermedad.

La reforma implicó la creación de la Dirección de Salud Mental de ASSE en 2008, que incluye tres Unidades Ejecutoras: el Hospital Vilardebó y el Portal Amarillo que están destinados a la atención de usuarios agudos y crónicos reagudizados, y las Colonia Etchepare y Santín Carlos Rossi destinadas a la atención, contención y amparo de usuarios crónicos. Asimismo, se crea una red de atención de primer y segundo nivel con 45 equipos multidisciplinarios para la atención de la salud mental distribuyendo 17 en Montevideo y 28 en el interior del país.

La Ley 18.211, antes mencionada, establece que tanto las entidades públicas como privadas que integren el SNIS están obligadas a brindar a los usuarios los programas integrales de prestaciones aprobados por el MSP, dentro de los cuales se encuentra el Programa de Salud Mental a partir de Septiembre de 2011.

Tomando como partida que en Uruguay solamente el 16.5% de las personas con discapacidad que se encuentra económicamente activa está empleada, a diferencia de la

³ Se trata de la unificación de los recursos destinados al financiamiento del sistema en un único fondo de financiamiento: Fondo Nacional de Salud (FONASA), que financia un conjunto de servicios médicos de alta, media y baja complejidad, para toda la población. (Ley N° 18.131)

población sin discapacidad que asciende a 53.4% (PIT-CNT et al, 2015) es que la organización sindical (PIT-CNT, SUNCA) promueve una ley de empleabilidad para personas en situación de discapacidad, concepto que incluye algunas enfermedades de salud mental. Esta ley se basa en un sistema de cuotas para el ámbito privado y tiene como argumento las estadísticas antes presentadas.

Ahora bien, como ya se dijo, en los últimos veinte años surgieron fuertes movimientos sociales que promovieron reformas en el tratamiento de la salud mental, que desnaturalizan la situación que viven las personas en los asilos, cuestionan con conciencia social lo establecido teniendo como base los derechos humanos y el concepto de ciudadanía.

Un claro ejemplo de estos movimientos sociales es el que llevó a cabo la Asamblea Instituyente por Salud Mental, desmanicomialización y vida digna en la que participan organizaciones sociales, universitarios, colectivos académicos, usuarios y familiares vinculados al área de la salud mental, trabajadores y otros. Esta organización de la sociedad civil realizó varios anteproyectos de ley en los años 2007 y 2009, para finalmente crear en 2015 un anteproyecto de ley de salud mental, orientado a una futura normativa que evidencie “(...) la visibilidad de condiciones de vulneración de Derechos, de producción de violencia institucional y de relaciones de poder” (Asamblea Instituyente, s/f, p.1).

Para la creación de este anteproyecto se basaron en varios documentos como: “Aportes para los contenidos de una Ley de Salud Mental de Uruguay” presentado por el MSP en julio de 2015, la Ley N° 18.806 Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo de 2011, y la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina N° 26.657, entre otros documentos y normativas internacionales. (Anteproyecto de Ley, 2015)

Asimismo, también en 2015, los programas de salud mental del MSP y el de ASSE, convocaron a instituciones del mundo académico, sociedad civil y partidos con representación parlamentaria con el propósito de realizar un cambio de paradigma creando una nueva legislación en salud mental. (Presidencia, 2015)

Finalmente, en 2016, el MSP presentó al Senado un proyecto de ley que surgió de los consecutivos Consejos consultivos en donde participaron los ya nombrados múltiples actores: este proyecto de ley obtuvo media sanción en 2016 y después de variadas modificaciones fue

aprobado en 2017. No obstante, algunas de las organizaciones que participaron en la convocatoria están disconformes con el resultado de las modificaciones dado que manifiestan que no están considerado el urgente cambio de paradigma que se necesita en el marco legal y jurídico, donde los derechos humanos deben ser el foco de los modelos de atención a la salud mental.

“(...) el proyecto de ley actualmente incumple con las Convenciones y Tratados de las que Uruguay es signatario, habiendo sido observado por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), como por el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) y que han sido planteados por las organizaciones en el proceso de consulta, durante los años 2015 y 2016.” (Comisión Nacional por una ley de salud mental, 2017)

Es así que el 19 de septiembre de 2017 se publica la nueva Ley de Salud Mental, de N° 19.529, compuesta por siete capítulos y 48 artículos.

Capítulo III

Se pretende culminar el análisis de esta monografía de grado con un estudio de las principales categorías que aparecen en la nueva Ley de Salud Mental, realizando una comparación con la antigua Ley de Psicópatas, e iluminando los documentos con experiencias acumuladas a lo largo de los dos años de práctica pre profesional en el Hospital Vilardebó en los años 2017-2018. Años controversiales en tanto la reciente aprobación de la nueva Ley de Salud Mental.

Ahora bien, como ya se mencionó anteriormente, la llamada Ley de Psicópatas de 1936 rigió en nuestro país hasta agosto de 2017 que entró en vigencia la nueva Ley de atención a la salud mental, y en tanto la concepción de salud mental fue cambiando a lo largo de los años, estas leyes tienen diferencias estructurales que a continuación se estudiarán.

En la Propuesta para la implementación de la nueva Ley de Salud Mental en ASSE (2018) se expresa que:

“La reforma de la salud, iniciada en Uruguay en 2007, promovió la sustitución del modelo de atención a la enfermedad por otro que privilegia la prevención y la promoción, en base a una estrategia de atención primaria en salud con énfasis en el primer nivel de atención, asegurando la coordinación y complementación de servicios en todos los niveles, la profesionalidad y la transparencia en la conducción de las instituciones, y la participación activa de trabajadores y usuarios.”
(ASSE, 2018, p.1)

Como se menciona anteriormente, el más grande cambio que impulsa la nueva Ley es la apuesta al preventivismo, concentrando los recursos en los centros primarios de atención y en la comunidad, e incorporando el área de atención a la salud mental a los centros hospitalarios generales, dando cierre de este modo a los centros monovalentes como los son las colonias (centros CEREMOS) y el Hospital Vilardebó para el año 2025.

Con el objetivo de realizar un esquemático pero claro análisis de los cambios que implica la implementación de la Ley 19.529, se escogieron algunas categorías presentes en ambas leyes que dan cuenta de la cotidianeidad de las personas y de la implicancia de las Leyes sobre estas.

3.1: Concepción de sujeto

Para comenzar, se considera oportuno resaltar la forma de referirse a las personas destinatarias de la Ley, tanto en la antigua como en la nueva, ya que se entiende que los nombres que se le da a las personas influyen en las formas que estas se ven a sí mismas y actúan. Además, los nombres que las instituciones les dan a los individuos también influyen en la perspectiva que la misma sociedad posee de ellos.

“(…) el nombre que damos a los grupos humanos tiene, a diferencia del nombre que damos a agrupaciones de cosas, efectos sobre los sujetos clasificados. Cuando clasificamos personas, cuando les atribuimos un diagnóstico, inevitablemente habrá consecuencias para esos sujetos (...)” (Caponi, 2009, p.328).

De hecho, el poder que porta el discurso y la clasificación médica es tal, que no es necesario que las personas entiendan el significado de estos al nombrarlos, sino que basta con que la persona que transmite el mensaje sea considerado legítimo, para que, se legitime su mensaje.

Hacking (en Iglesias, 2004) analiza la manera en que la categorización científica de seres humanos, genera efectos de tal modo que, al ser clasificados los atributos de las personas, se modifica la manera en que la persona se piensa a sí misma. Propone entonces que la enfermedad surge junto con el diagnóstico, esto significa que la clasificación y la enfermedad se dan de forma simultánea, dando lugar a lo que él llama efecto bucle.

“Afirmó que hay cambios en los individuos de esa clase, lo que significa que la clase misma se torna distinta, posiblemente confirmada por su estereotipo (...) Entonces, por el cambio de clase, un nuevo conocimiento puede obtenerse de la misma. Pero el nuevo conocimiento

luego pasa a ser parte de lo conocido sobre los miembros de la clase, quienes nuevamente cambian.” (Hacking apud. Alphen, 2010, p.115).

De este modo, la idea de identidad social se presenta como un término impreciso y de gran ambigüedad, pero puede ser tomada como “(...) un espacio analítico acerca de las formas (estructuras y procesos) a través de las cuales se objetivan socialmente las predicaciones y tipificaciones (auto y hetero referidas) de los individuos.” (Mitjavila; 1994, p.69)

Es así, que el hecho de que la Ley de Psicópatas de 1936 refleja la concepción de la época del enfermo mental al referirse a las personas como “psicópatas”. Entendiendo por lo antes expuesto que las formas de nombrar a las personas influyen en el comportamiento de las mismas (adoptando actitudes que se entiende realizaría un psicópata) y la concepción de la sociedad de estas. Por otro lado, en 2017 la Ley de Salud Mental tiene un enfoque positivo de la enfermedad, nombrando reiteradamente la idea de recuperación y de salud, y refiriéndose al enfermo mental como un sujeto que padece de un “trastorno mental”.

La denominación despectiva de un grupo de personas, legitimada por el poder médico, e incorporada por el resto de la sociedad deviene en un reconocimiento de inferioridad que desemboca en una situación de estigma para aquellos.

“El estigma es una marca que separa a los individuos en grupos basándose en juicios sociales acerca de la supuesta inferioridad de un grupo con respecto al otro. Esta separación puede ser secundaria a atribuciones religiosas, raciales o por tener una enfermedad mental, dando lugar a respuestas negativas de la sociedad hacia estos pacientes como la exclusión, hecho que potencializa algunos riesgos propios inherentes al trastorno mental” (Sánchez, et. al., s.f, p.2).

Goffman (1998) describe el estigma como “(...) una desaprobación social severa de características o creencias personales que son percibidas como contrarias a las normas culturales establecidas. Un atributo profundamente desacreditador en un individuo” (p.29).

El hecho de que una ley lleve el nombre de “Psicópatas”, ligado a que menciona en el artículo 10 que las personas pueden ser institucionalizadas mediante un servicio cerrado que se

basa en la internación involuntaria justificada por la peligrosidad o manifestaciones antisociales, crea en la sociedad una imagen profundamente desacreditadora.

“Creemos, por definición desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante el cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona” (Goffman, 1989, p.15).

De todos modos, debe reconocerse que en la Ley 19.529 se nombra a las personas beneficiarias reiteradas veces como poseedoras de “trastornos mentales”, lo que reconoce a la persona desde la incapacidad y desde la perspectiva biológica médica. Esto no solo tiene consecuencias en el estigma, sino que también ubica a la psiquiatría como disciplina única capaz de abordar en el tratamiento.

A pesar de lo antes nombrado, vale destacar que la Ley 9.581 en el artículo 5 versaba: “Cuando la Facultad de Medicina reglamente la especialización de médico-psiquiatra, la dirección de esos establecimientos deberá estar a cargo de un médico de esa especialidad.” (Ley 9.581) posicionando al médico psiquiatra con un poder sobre las otras profesiones que en los establecimientos trabajasen, mientras que la Ley 19.529 tiene una visión integradora de las distintas disciplinas en el tratamiento de las personas.

En el día a día, cualquiera fuera la forma de llamar a las personas que padecen alguna enfermedad mental, estas sufren de estigma. Por este motivo es que la Ley 19.529 se propone “(...) un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes (...)” (Ley 19.529, 2017) para incorporar esta atención a los hospitales y policlínicas generales, y de este modo contribuir a disminuir el estigma de las personas que se atienden en un hospital psiquiátrico.

Mientras la ley de Psicópatas delimita bien marcados los límites entre la atención a la salud general y la salud mental, creando instituciones diferenciadas, la Ley de atención a la salud mental de 2017 posee una perspectiva de salud integral tanto para la infraestructura como para la atención. Con un enfoque biopsicosocial se propone que las personas incorporen la

noción de salud mental dentro del concepto más amplio de salud y de este modo reciban atención también aquellas personas que no poseen un diagnóstico médico psiquiátrico.

Sin pretender tomar postura de ello, es interesante destacar lo que manifiestan Uriarte y Vallespi (2017) quienes reconocen que el afán por negar las palabras “paciente” o “enfermedad” desemboca en desvalorizar la necesidad de un tratamiento.

“Palabras como ‘usuario’ o ‘cliente’, llevadas a todos los ámbitos asistenciales, enfatizan la autonomía de las personas afectadas, algo encomiable pero que no es aplicable en todos los contextos y situaciones clínicas.” (Uriarte et al., 2017, p.247)

Los autores reconocen que el lenguaje conlleva prejuicios, pero critican que el hecho de cambiar las palabras no cambia las cosas, solo las oculta. Es entonces que consideran imprescindible reconocer la enfermedad y la necesidad de tratamiento de la misma, sin que esto signifique potenciar el estigma.

“Por sí mismos, los diagnósticos no son estigmatizantes; lo es el uso que se les da, las actitudes y prejuicios. El estigma asociado a la enfermedad mental no cesa por utilizar eufemismos o denostar los sistemas diagnósticos actuales (que ya tienen bastante con sus propias debilidades)” (Uriarte et al., 2017, p.248).

Por otro lado, es interesante destacar la idea de interdisciplinariedad que surge con la nueva concepción de sujeto biopsicosocial y como este cambio se refleja de una ley a otra. En la Ley 9.581 la enfermedad era planteada como solución eminentemente médica, y no solo esto, sino que también las instituciones destinadas a la atención de la salud mental debían ser dirigidas por médicos psiquiátricos (Artículo 5°) demostrando de este modo la fuerte hegemonía profesional que poseía la medicina psiquiátrica en el área. Por su parte, en la Ley 19.529 menciona el trabajo interdisciplinario en reiteradas ocasiones.

3.2: Familia

Ahora bien, es muy interesante echar un vistazo a la concepción de familia y el papel que ha cumplido en el transcurso del cambio de una Ley a otra ya que históricamente esta fue la institución responsable del cuidado de las personas que la integran, excepto cuando se trataba de salud mental que el tratamiento se individualiza y se desvincula al usuario de la familia.

En palabras de Miotto se estaría frente a un proceso de atención con una perspectiva de usuario-problema con una lectura limitada de las demandas. “La lectura que se hace de la familia en esta situación es la de auxiliar o ‘diagnóstico’ y el ‘tratamiento’ del individuo. Por eso, ella tiende a ser parcial y localizada.” (Miotto, 1997, p. 123). Y es de estas lecturas fragmentadas que surgen las intervenciones fragmentadas, manifiesta.

En oposición, Napier y Whitaker (1982) explican cómo fue tomando relevancia la familia para el tratamiento médico, en tanto se buscaba en esta la explicación de la enfermedad. Se pasó de estudiar únicamente al individuo a poner foco al conjunto de relaciones que tiene, dado que se observó que las interacciones con los miembros de la familia tenían efectos, y pasaron estos a ser depositarios de los conflictos. Estos autores sostienen que cambió la mirada referente de la familia y pasó a ser tomada como una totalidad y un sistema al cual es necesario comprender para lidiar con el poder que posee.

Bertalanffy (1976) señala que un sistema es un conjunto de objetos unidos por alguna forma de interdependencia, pero que la totalidad es diferente a la suma de las partes. Es decir, la familia como totalidad es diferente a la suma de los individuos que la componen y por tanto en medio de su interdependencia genera algo diferente a lo que hacen en su estado individual. Al respecto, Pavlovsky manifiesta “La locura no está en una persona, sino en un sistema de relaciones del cual forma parte esto que llamamos paciente.” (Pavlovsky apud Chape 2015, p.9).

Se encuentran variadas posturas sobre el rol que cumple y/o debería cumplir la familia en el abordaje de la salud mental: están aquellas que consideran son la causa del problema, aquellas que consideran deberían tener una participación activa en el tratamiento y aquellas otras que manifiestan que se las responsabiliza del cuidado.

Amigo si bien reconoce la información que avala que existe predisposición biológica a las enfermedades mentales -lo que provoca que se culpabilice a las familias- también sostiene que la familia es fundamental al momento de dar inicio al proceso de rehabilitación y que la intervención no debe darse de manera individual con el usuario, sino que debe ser hacia todo el grupo familiar. Expresa que la familia y la institución (hospital) se necesitan mutuamente, y deben llevar un proceso evolutivo en donde es indispensable una alianza entre ambos.

Luego de esta breve mención de los paradigmas respecto a la familia en la atención a salud mental se pretende identificar cuál de ellas predomina en la antigua y nueva Ley ya mencionadas.

Para comenzar, en la ley del año 1936 se cita que “Deben proveer a la asistencia de los enfermos psíquicos las familias o los encargados de los mismos y cuando no puedan atender las exigencias del tratamiento, solicitarán los servicios del Ministerio de Salud Pública.” (Ley 9.581, 1936). Sumado a esto, en el artículo 9° de la misma ley se expresa que la asistencia oficial se hará de acuerdo a la siguiente jerarquía: 1) Dispensarios psiquiátricos, 2) Hospitales psiquiátricos, 3) Asilos, colonias y servicios especializados, y 4) Asistencia familiar.

Lo que sugiere lo expuesto arriba es que la familia debe hacerse cargo del individuo en la medida de sus posibilidades y solo cuando esta se declare incapaz de sostenerlo, deberá apelar a tratamiento médico para que una vez institucionalizado se corte vínculo con la misma, realizando un abordaje individualista como se propone en la ley.

Por otro lado, en la ley de 2017 expresa otra postura con respecto a la familia en el tratamiento: se sostiene promover la integración tanto familiar como comunitaria al tratamiento y decisiones del mismo para de este modo facilitar el egreso de las instituciones y la inclusión del usuario a la sociedad evitando la pérdida de vínculos. En el artículo 16° se expresa: “En el proceso asistencial de integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares (...)”. (Ley de Salud Mental, 2017)

En este caso, no se reconoce culpabilización a la familia como en el movimiento antipsiquiátrico, ni se pretende dar atención al usuario y la familia como totalidad, sino que se apela a que la familia cumpla un rol de acompañamiento durante el proceso y que la intervención esté dirigida meramente al usuario.

Ahora bien, en el proceso de práctica pre profesional llevado adelante en los años 2017 y 2018 en el Hospital Vilardebó -ASSE- se pudo observar que el involucramiento de las familias en el tratamiento o acompañamiento era prácticamente nulo o estrictamente cuando era necesaria la vinculación. Muchas de las situaciones intrafamiliares estaban atravesadas por la violencia, descuido, abandono de los deberes de patria potestad, y destrato, entre otras, por parte los/as usuarios/as del hospital hacia sus familiares o allegados -ya sea por motivos propios de la patología o no-. Esto desencadenaba en la pérdida o rotura de vínculos del usuario con el exterior que difícilmente se podía reconstruir, y para las situaciones de los usuarios que necesitan apoyo para la mantención del tratamiento -que son la mayoría- implica una gran pérdida.

Entonces, ¿en qué medida estas leyes apelando a la colaboración o acompañamiento de la familia, no está dejando de lado una cantidad de condicionantes que llevan a responsabilizar a las mismas del cuidado contra su voluntad?

Melman (1998) manifiesta:

“Esa perspectiva de culpabilizar a la familia, va a influenciar muchos abordajes familiares; en vez de ayudar, solo sirve para intensificar el sufrimiento de lidiar con un miembro enfermo y la responsabilidad por el cuidado que, por sí solo, ya es causante de estrés en el medio familiar.” (p.50).

Esta responsabilización de la familia del cuidado de sus miembros no solo se ve reproducida por la sociedad y sometida al juicio moral de su incumplimiento, sino que también es impuesta por el poder judicial, cuando el juez que lleva la causa, ante la falta de dispositivos para la atención de los usuarios expresa en informes: “Asimismo imponerse a sus hijos de los deberes de cuidado y asistencia hacia sus padres.” (Luengo, 2017, p.1)

La actual falta de dispositivos de atención a los usuarios del sistema de salud mental, y la costosa mercantilización del cuidado de los enfermos lleva a los familiares a forzosamente realizar las tareas de cuidado, o desentenderse completamente de los mismos.

Por lo antes dicho se puede expresar que se deposita en la familia la responsabilidad que el Estado no asume completamente, a pesar de que muchas de las familias de los/as usuarios/os, dada la imposibilidad o falta de deseo de cuidado hacia los/as mismos, debe cubrir en el mercado. En otras palabras: “(...) el rol del Estado es relativamente reducido, depositando en las familias y en las comunidades la resolución de los vacíos que genera el mercado (...)” (Chiesa et. al., 2003, p.40)

Por otro lado, también se evidenció a lo largo del proceso de práctica pre profesional, que no se debe tomar a la familia como algo bueno por naturaleza, ya que dentro de ella se tienden a reproducir desigualdades sociales, ya sea entre el hombre y la mujer, como entre los padres e hijos (De Jong, 2001). En palabras de Mito (1997): “La familia no es a priori un lugar de felicidad” (p.117).

En este apartado no se pretendió tomar partida por ningún paradigma sino compartir algunas de las contradicciones que se presentaron en el transcurso de dos años de participación en una institución de atención a la salud mental.

A continuación, se analizaran ambas leyes teniendo como categoría analítica el trabajo, a causa de que se considera que está fuertemente ligada a la de familia y a la situación de dependencia que se mencionó más arriba.

3.3: Trabajo

Se acuerda con Castel (1997) cuando manifiesta que la relación del hombre con el trabajo, ya sea desde la ausencia, es un factor determinante para ser ubicado en la sociedad.

Expresa que hay:

“(...) una fuerte correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que ‘cubren’ a un individuo ante los riesgos de la existencia.” (Castel, 1997. p.13)

Por su parte, Saavedra (2010) enuncia la relevancia del trabajo para el tratamiento y dice que es fundamental para la recuperación del usuario:

“En la cultura occidental, el trabajo es altamente evaluado y es considerado una fuerza socialmente integradora. Sin embargo, la gran mayoría de las personas con enfermedad mental son excluidas del mundo laboral. El empleo puede servir como un elemento normalizador para individuos estigmatizados por su enfermedad mental que están desempleados y han perdido los roles correspondientes.” (Saavedra, 2010, p.133)

El autor toma a Lysaker y France (1999) quienes destacan el valor del rol laboral en la construcción de una “identidad coherente y socialmente aceptada” (Saavedra, 2010, p.134). También reconoce que el trabajo les da a los usuarios una estructura diaria y un espacio donde desarrollar redes de sociabilidad y también lo coloca en un rol de consumidor que es fundamental en la sociedad capitalista. “Una persona sin una mínima capacidad de consumo no puede integrarse socialmente. El consumo es una de las dimensiones más importantes y definidoras de nuestra sociedad.” (Saavedra, 2010, p.134)

Es sabido que el trabajo es un elemento integrador de los individuos y que colabora con la construcción de ciudadanía, pero aun así es difícil la inclusión al mundo del trabajo de las personas que han transitado por alguna institución de atención a la salud mental, o han sido diagnosticadas con alguna patología mental.

En una investigación realizada en el marco del proceso de práctica pre profesional del proyecto integral “Protección social, instituciones y práctica profesional” en la Facultad de Ciencias Sociales -UdelaR- que pretendió estudiar cómo el usuario incorpora el diagnóstico médico como parte de su identidad, surgió información destacable referente al trabajo.

Se entrevistaron a tres ex usuarios del Hospital Vilardebó y a dos familiares de esos⁴ y dentro de los relatos relevantes se encuentra la narración de un padre preocupado por el futuro de su hijo en tanto su dificultad para conseguir trabajo:

“Lo que le preocupa a todos los padres, es que va a ser de él después que nos vayamos. (...) No hemos estudiado posibilidades legales, sí lo hemos inscrito en programas para ver si consigue algún tipo de trabajo que pueda estar protegido.” (E4, comunicación personal, 13 de junio de 2018)

En el caso de los entrevistados, de la investigación surge que se puede percibir claramente los efectos producidos por la discriminación ya que ninguno de los tres ex usuarios ha logrado conseguir trabajo a pesar de tener una búsqueda activa.

El entrevistado 3 plantea: “Ahora estoy intentando fortalecerme en experiencias laborales para agarrar un trabajo, porque hace como un año que estoy buscando todos los días (...)” (E3, comunicación personal, 13 de junio de 2018).

Por otra parte, la madre de otro ex usuario reconoce la importancia del trabajo y afirma: “(...) porque además el ahora con esas pasantías que está trabajando. Es fundamental el trabajo, lo estructura, le hace un hábito, de levantarse, venir.” (E2, comunicación personal, 12 junio de 2018)

Se reconoce entonces que el empleo colabora con el reconocimiento de los usuarios como sujetos de derechos y es un elemento que colabora con su integración en la sociedad, pero aun así es reconocido como un obstáculo por la amplia mayoría.

⁴ Ver anexo. Se adjuntan entrevistas.

En el informe mundial sobre la discapacidad, que incluye a la salud mental, la Organización Mundial de la Salud (2011) explicita que hay obstáculos que les impiden a las personas que padecen alguna discapacidad ejercer sus derechos y participar de actividades típicas de la sociedad, como el empleo. En tanto, reconoce que es tarea de los Estados tomar medidas para paliar esto

Sin embargo, la Ley de Psicópatas no hace referencia en ningún momento al empleo; ya sea la incapacidad de los usuarios a realizar uno, como la promoción de este al momento de la reinserción a la sociedad. Cualquiera de las dos interpretaciones de la falta de referencia al trabajo es desde la negación del mismo.

Con otra óptica, la Ley de Salud Mental no solo contempla al empleo como un factor importante en la vida del usuario, sino que en el Artículo 12 propone la creación de políticas de trabajo para los usuarios ajustadas al perfil y la posibilidad de sostener el mismo de cada uno.

Sumado a esto, también contempla la capacitación de los usuarios decretando políticas que provean “Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y especiales para los empleos con apoyo y trabajo protegido, entre otras.” (Ley de Salud Mental, 2017)

Con respecto a esto, Ziccardi (2001) desarrolla que para efectivizar el derecho al trabajo es necesario que el Estado intervenga en el mercado, y que esta intervención sea guiada hacia la inclusión en el mercado de trabajo abierto. Dice que solo en algunas excepciones se debe considerar llevar a cabo empleos protegidos o reservados, con la aspiración de un futuro empleo en el mercado de trabajo.

En la investigación antes presentada, se entrevistó a un ex usuario que reconoció positivamente su experiencia de pasantía laboral en el Hospital Vilardebó y la capacitación que allí mismo recibió y afirma: “Se me han abierto nuevas puertas con la pasantía [en la huerta del Hospital] y ahora tengo nuevas expectativas con el diploma de tisanero.” (E1, comunicación personal, 12 de junio de 2018)

Se reconocen como positivas las políticas de trabajo destinadas a las personas usuarias de un servicio de atención a la salud mental dadas las amplias dificultades de conseguir un empleo en el mercado laboral, y teniendo en cuenta que la falta de ingresos los condena a la dependencia de la pensión brindada por el Estado -que muchas veces no son otorgadas- o a los familiares con quienes hay débiles o escasos vínculos en la mayoría de los casos.

Aun así, es sabido que en la actualidad aún no se han desempeñado concisas políticas de empleo y que los ex usuarios del servicio de atención a la salud mental no pueden acceder al mercado formal de trabajo. En una sociedad en que la mayoría de la población se ve obligada a vender su fuerza de trabajo para subsistir, y en la que el mercado de empleo es incapaz de captar a todo individuo que desee trabajar, se encuentra a los individuos desplegando cientos de estrategias para lograr sobrevivir sin la seguridad y soportes -en el sentido de Castel (2003) en su producción La inseguridad social- que brinda el trabajo en esta sociedad y con la gran desventaja de poseer un diagnóstico médico psiquiátrico.

Sumado a eso, se los carga a los individuos con la responsabilidad de encontrarse en esa situación sin observar las condiciones socioestructurales de la sociedad, la que no está preparada para recibirlos.

En palabras de Santos:

“O indivíduo é chamado a ser o senhor do seu destino quando tudo parece estar fora do seu controle. A sua responsabilização é a sua alienação; alienação que, ao contrário da alienação marxista, não resulta da exploração do trabalho assalariado mas da ausência dela”
(Santos apud. Mitjavila, 2004, p.27-28).

Esto lleva a responsabilizar al individuo de una problemática social que debe tener una respuesta a nivel social, como si fuera una problemática del individuo y ser este quien deba resolverla. Se está frente a un proceso de individualización de la situación laboral de las personas, apelando a la resolución individual de los problemas, y de esta manera quitando la responsabilidad de las instituciones como manifiesta Bauman (2001).

Ahora bien, habiendo abordado los temas de familia y trabajo, se considera relevante desarrollar el tema de la vivienda, que se encuentra íntimamente ligado a lo recién expuesto y

que es de los temas que en los años de experiencia pre profesional, ha resultado de mayor problema para los usuarios. Será desarrollado en el próximo apartado.

3.4 Vivienda

Se desarrolló en el apartado anterior que conseguir un empleo ha resultado un problema para los ex usuarios de una institución destinada a la atención a la salud mental, y en tanto sea así, también lo es el acceso a la vivienda en tanto cuenten con escasos recursos.

Es sabido que el acceso a la vivienda es considerado un derecho por la Constitución de la República y es el estado quien tiene la responsabilidad de garantizarlo. Pero, aun así, el mercado no contempla las necesidades de todos los ciudadanos en tanto es considerada una mercancía, antes que un derecho capaz de ser accesible a todos.

Moreira propone que para un correcto análisis de acceso a la vivienda es necesario tener en cuenta tres conceptualizaciones que permiten contextualizar la temática en el entramado de relaciones sociales:

“(...) la institución propiedad privada como barrera para el acceso de bienes y servicios por parte de todos los integrantes de la sociedad en igualdad de posibilidades, el Estado obrando como mediador de la contradicción capital-trabajo a través de las políticas públicas y la concepción de cuestión social que dirige el diseño e implementación de las ciudades políticas.” (Moreira, 2014, p.6)

Ahora bien, ¿qué es la cuestión social a la que refiere Moreira? Iamamoto sostiene que:

“La ‘cuestión social’ no es otra cosa que expresiones del proceso de desarrollo de la clase obrera y de su ingreso en el escenario político de la sociedad, exigiendo su reconocimiento como clase por parte del empresariado y del Estado. Es la manifestación, en el cotidiano de la vida social, de la contradicción entre el proletariado y la burguesía, la cual pasa a exigir otros tipos de intervención, más allá de la caridad y la represión” (Iamamoto, 1997, p.91-92).

Esta intervención a la que refiere se da a través de la implementación de políticas públicas que implementa el Estado para paliar de cierta forma las expresiones de la llamada

cuestión social. Por su parte, Pastorini (1999) expresa que las políticas sociales no pretenden solucionar problemas estructurales, sino que se dirigen a la atención de situaciones particulares, dando solución a problemas fragmentados sin modificar el orden establecido.

En de la Ley de Psicópatas no se hace en ningún momento referencia a ninguna política de vivienda, y de hecho no se reconoce el acceso a la vivienda como un problema. Incluso no repara en las condiciones de hacinamiento que se padecía en la época. En 1966 en el Informe sobre Salud Mental en Uruguay un consultor escribe sobre el Hospital Vilardebó:

“El día de nuestra visita se alojaban en el hospital cerca de 1.800 enfermos. Este hecho explica que en estas circunstancias resulta difícil describir estructuras terapéuticas. Las camas han ido ocupando progresivamente la totalidad del espacio disponible en los dormitorios, luego las salas de reuniones, y por último, los patios, someramente cubiertos. De noche se añaden colchones para que los enfermos supernumerarios tengan donde dormir. Las condiciones de higiene son desfavorables, especialmente en el sótano donde la falta de luz y ventilación y la persistencia de su condición estigmatizante hacen que las condiciones de vida sean muy penosas, tanto para los pacientes como para el personal” (Ginés, 2003, p. 177).

Para el período 2017-2018 las camas del Hospital Vilardebó descendieron a 300 aproximadamente las cuales se encuentran siempre ocupadas, e incluso se alquilan camas en el Hospital Etchepare para permitir la internación de los usuarios que lo necesiten. A pesar de que las condiciones de hacinamiento mejoraron la estructura edilicia se encuentra deteriorada y la amplia mayoría de los usuarios no cuenta con la propiedad de ninguna solución habitacional.

El hecho de que los usuarios reciban el alta médica sin ningún tipo de solución habitacional al momento del egreso da lugar, entre otros factores, al fenómeno llamado “puerta giratoria”. Se le llama así al proceso de re-hospitalización constante que reciben los usuarios a causa de la rápida descompensación que padecen una vez están de alta médica, que los lleva a una nueva internación, y así sucesivamente. Se entiende que este fenómeno se da -entre otros factores- dado que la falta de vivienda no le permite cumplir con las condiciones mínimas para mantener el tratamiento.

La Ley de Salud Mental, además de proponer el cierre de instituciones asilares para dentro de 25 años, también contiene un Artículo que refiere al acceso a la vivienda y versa sobre un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda que promocióne “(...) la autonomía de las personas con trastorno mental severo.” (Ley de Salud Mental, 2017)

Asimismo, propone:

“A) Programas que contemplen una gama de modalidades residenciales, con dispositivos que contengan diferentes propuestas entre máxima protección o autonomía como son entre otras las cooperativas de viviendas de la Comisión Honorario pro Erradicación de la vivienda rural Insalubre.

B) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia.

C) La inclusión de aquellas familias con niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales. Se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.” (Ley de Salud Mental, 2017)

En otras palabras, la Ley 19.529 prioriza el acceso de vivienda para las personas que tienen un padecimiento mental sobre las otras, es decir redistribuir. Filgueira dice que descentralizar y focalizar implica redistribuir recursos de poder y beneficios concretos, siendo de este modo un tema político y distributivo.

Con respecto a esto, Astete y Vaccari (2017) plantean el concepto de subjetividad agradecida. Este hace referencia al agradecimiento por parte de las personas por haber sido seleccionadas de entre otras situaciones similares. Las características de esta subjetividad son la dependencia y el individualismo y de este modo el acceso a la vivienda no sería presentado como un derecho sino como un acto de caridad y las personas se convierten en sujetos pasivos, manteniendo su lugar de exclusión.

De todos modos, se reconoce como positiva la implementación de políticas de vivienda con referencia a salud mental, y el reconocimiento de la desigualdad de oportunidades a la hora de acceder a la propiedad privada, a pesar de que la intervención sea parcial en la sociedad.

En suma, la Ley de Psicópatas no tiene una concepción de cuestión social que reconozca el acceso a la vivienda como una problemática y la Ley de Salud Mental tiene buenas propuestas, pero aún no se han llevado a cabo.

Reflexiones Finales

Hay varias formas de entender la salud mental y consideraciones de cómo abordarla, por ello se comenzó la producción con un primer capítulo en donde se realiza un breve recorrido histórico sobre el concepto de salud mental para comprender de dónde surgen algunas ideas y prácticas que aún hoy están presentes en la actualidad.

En tanto se entiende que el concepto de salud mental es una construcción social (Amico, 2005), es necesario revisar el mismo a lo largo de la historia dado que varía según el tiempo, cultura y sociedad, y no depende solo de las alteraciones del comportamiento del individuo sino de cómo las percibe la sociedad que lo rodea.

De la revisión de fuentes bibliográficas surge que el concepto ha estado ligado a diferentes creencias; en un principio se creía que la locura estaba relacionada a la posesión de demonios y por tanto debía ser solucionada con un exorcismo o intervención divina (Delgado y Huleche, 1998). Luego, Foucault (1990) señala que, en la Europa del Renacimiento, la locura era inseparable al ser humano y estaba ligada a sus ilusiones, sueños y debilidad, y no debía ser atendida hasta que adoptara una forma extrema o peligrosa. También en el Renacimiento surge la Revolución Psiquiátrica que consistió en que la locura fuera objeto meramente a la ciencia y es entonces cuando se despliegan diversas formas de atención a la misma.

Una vez desarrolladas las formas institucionales de atención a la salud mental con sus características de encierro y aislamiento, surge en los 60's el Movimiento Antipsiquiátrico que realiza una crítica a las instituciones psiquiátricas en tanto lugar, la distribución y la forma de ejercer el poder.

En el Capítulo II se realiza un breve desarrollo de las políticas públicas, instituciones y leyes destinadas a la atención de la salud mental, llevadas a cabo en Uruguay. El comienzo del análisis se remonta al Montevideo colonial en donde la única atención que recibían las personas etiquetadas como locas era la reclusión en los calabozos del Cabildo.

Más adelante, se contó con la atención del Hospital de Caridad de Montevideo, que era denominado “La loquería”, y dio inicio a la asistencia medicalizada de las personas. Hacia 1860

se crea el hospital Vilardebó que al igual que el antes nombrado, estaba atendido por religiosas que desempeñaban un acto de caridad, más que de curación.

Con algunas instituciones más de por medio -el Hospital Musto, Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi-, con nuevos centros de atención a la salud mental -Casas de medio camino, Centros Diurnos, y demás-, y con distintos métodos curativos, pero el Hospital Vilardebó aún hoy en la actualidad continúa siendo un centro de referencia nacional para la atención a la salud mental.

En cuanto al marco legal uruguayo es de destacar la creación de la Ley N°9.581 “Psicópata” en el año 1939 ya que fue la primera ley que regulaba el comportamiento de las personas que tenían un padecimiento mental. También, en 1986 el Ministerio de Salud Pública aprueba el Programa Nacional de Salud Mental el cual realizaba fuertes críticas al modelo asilar. A pesar de ello, y de los fuertes movimientos anti psiquiátricos de la época, no fue hasta 2017 en que se aprobó la Ley 19.529 Ley de Atención a la Salud Mental.

Por esto, en el Capítulo III se realiza una comparación de la Ley 9.581 que rigió hasta 2017 que se implementó la Ley 19.529. Para ello se tomaron algunas categorías analíticas: concepción de sujeto, familia, trabajo y vivienda.

Se consideró importante comenzar con la concepción de sujeto que tiene cada ley ya que se entiende que la forma de nombrar a las personas da cuenta de cómo son consideradas estas por la sociedad toda, e influye fuertemente en la construcción de identidad de las mismas, es decir, influye sobre las mismas (Caponi, 2009).

Como el nombre lo destaca, la Ley de psicópatas reconoce que personas que padecen un problema de salud mental son “psicópatas”, resultando un nombre despectivo para las mismas. Aun así, y a pesar de las variadas intervenciones de los colectivos antimanicomiales, funcionarios, usuarios y familiares de estos últimos, entre otros, en la nueva ley de atención a la salud mental se refiere a las personas beneficiarias como poseedores de “trastornos mentales” lo que posiciona a la persona en un lugar de incapacitado desde la perspectiva médica biológica.

Como se mencionó más arriba, también se escogió la categoría analítica de la familia, ya que es la institución más comúnmente referenciada en las políticas sociales con lo que respecta al cuidado de las personas.

Con respecto a esto, se puede mencionar que la Ley 9.581 decreta que la familia debe hacerse cargo de los miembros enfermos y solo cuando esta no pueda hacerse cargo es que se debe recurrir a una institución de atención a la salud mental. Asimismo, se reconoce que una vez el usuario se encuentre internado en la institución la familia no debe participar del proceso de tratamiento, mientras que por otro lado, la Ley 19.529 propone la integración familiar y comunitaria al tratamiento de las personas.

Aun así, se reconoce que en la realidad el vínculo de muchos usuarios con su familia es débil o inexistente, o aún más, se considera iatrogénico para el tratamiento que mantenga contacto con la misma. En tal caso, se considera interesante para una futura investigación, analizar hasta qué punto la integración de la familia en el tratamiento de las personas no supone algo perjudicial para el usuario, y/o una responsabilización para la familia de la tarea de cuidado/acompañamiento que el Estado no realiza.

Ahora bien, con lo que respecta a las categorías analíticas Trabajo y Vivienda se entiende que están relacionadas en tanto se resuelven en el mercado capitalista y la mayoría de las veces una da lugar a la otra.

Estas dos categorías contribuyen a potenciar la autonomía de los individuos y por tanto se reconoció en las entrevistas que son de las mayores preocupaciones tanto para los usuarios como para sus familias. Por tal motivo, se considera que deben ser amparados en la normativa vigente.

No obstante, la Ley 9.581 no hace referencia al trabajo ni a la vivienda en ninguno de sus artículos, no dejando claro si por motivos de incapacidad de llevar adelante un empleo o vivienda, o porque no eran consideradas una problemática.

Sin embargo, la Ley 19.529 dedica un apartado para cada categoría y expresa que se implementarán políticas específicas para cada materia, a fin de facilitar el acceso a los mismos. Esta perspectiva supone reconocer las dificultades que supone el mercado laboral y el acceso a

la vivienda para las personas, y más aún para aquellas que padecen una enfermedad mental, y también, les asegura una cuota de autonomía que les permite prescindir de la dependencia a las instituciones estatales, caridad, familia, entre otros colectivos encargados del cuidado.

En suma, se reconoce que la implementación de la nueva ley de atención a la salud mental implicó un gran cambio de paradigma, en el que se avanzó mucho en protección a los derechos humanos, y donde se destaca la atención integral del individuo. Pero, aun así, se identifican en la realidad y cotidianidad de los usuarios que aún no se han podido efectivizar gran cantidad de los decretos y proyectos que plantea la misma. Sugiere que pasados dos años de ser decretada la ley aún queda camino por recorrer para concretar lo que se explicita en el documento. Por esto, surge la interrogante sobre qué tan efectiva es la ley para el ejercicio de los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, e incluso, hasta qué punto la reglamentación de la nueva ley supuso consecuencias concretas en la realidad de las dichas personas.

Referencias Bibliográficas:

- Abraham, A.; Bernal, S.; Rodríguez, C. (1998). *La función social de la locura: una mirada desde el poder*. Capítulo: De la locura y la marginación social. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Acosta, L. (1999) *Consideraciones sobre la historia del Servicio Social*. Revista Temas de Trabajo Social. Equipo de trabajo del Ciclo Básico. Facultad de Ciencias Sociales. Editorial Mimeo. Montevideo.
- Acuña, R. (2004) Servicio de emergencia del Hospital Vilardebó. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 68 N°2. Montevideo, diciembre. Recuperado de: <http://spu.org.uy/>
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio*. Editorial Topía. Buenos Aires.
- Amico, L. (2005). *La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo Social en alternativas de atención*. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Araujo, K. (2009) *Configuraciones de sujeto y orientaciones normativas*. Revista Psicoperspectivas. Volumen III, N°2. Pág. 248-265. Julio- diciembre.
- Arduino, M.; Ginés, A. (2002) *Noventa años de la Colonia Etchepare*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 66 N° 2. Montevideo. Recuperado de: <http://spu.org.uy/>
- Arduino, M.; Ginés, A.; Porciúncula, H. (2000) *La Reforma Psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa de Salud Mental en Uruguay*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 64 N° 2. Montevideo, agosto. Recuperado de: <http://spu.org.uy/>
- Arduino, M.; Ginés, A.; Porciúncula, H. (2005) *El plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 69 N° 2. Montevideo, diciembre. Recuperado de: <http://spu.org.uy/>
- Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (S/f) Facultad de Psicología, Universidad de la República. Recuperado de: http://psico.edu.uy/sites/default/files/asamblea_instituyente_por_salud_mental_desmanicomializacion_y_vida_digna_plataforma.pdf
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2018) *Propuesta para la implementación de la nueva ley Salud Mental en ASSE. 1ª. Etapa - 2019-2020 (Resumen)*. Recuperado de: www.asse.com.uy

- Alphen, VA (2010) *Efectos bucle en las categorías psicológicas. Una exploración*. Revista latinoamericana de Ciencia Psicológica. Volumen 2 N° 2 ISSN 1851-9644 p. 114-121- Recuperado de: www.psiencia.org.uy
- Astete, M. y Vaccari, P. (2017) *Políticas públicas y subjetividades: Lógicas en disputa en la implementación de programas sociales en la comuna de Lota, Chile*. Psicoperspectivas, individuo y sociedad. Volumen 16 N° 1. p. 31-41. Chile. Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/880/602>
- Barrán, J.P. (1992) *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: El poder de curar*. Tomo I. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.
- Barrán, J.P. (1995) *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: La invención del cuerpo*. Tomo III. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.
- Barrán, J.P. (1993b) *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: La ortopedia de los pobres*. Tomo II. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio*. Editorial Siglo XXI. 3° Edición. México.
- Bauman, Z. (2001) *En busca de la política*. Buenos Aires: FCE
- Bentham, J. (1989). *El panóptico*. Ediciones La Piqueta. 2° Edición. Madrid.
- Bertalanffy, L. (1976) *Teoría General de sistemas*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Bepali, Y.; De Pena, M. (2000) *La evolución de los derechos de los enfermos psiquiátricos en Uruguay*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 64 N°3. Montevideo, diciembre. Recuperado de: <http://spu.org.uy/>
- Caponi, S (2009) *Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión*. In: *Comunicação, saúde, educação*. Interfase Volumen 13, N° 29., p. 327-338 en Bentura, C (2011) *Algunas reflexiones sobre la "enfermedad mental" en la contemporaneidad*. Montevideo.
- Casarotti, H. (2017) Valor humano del enfermo mental. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 81 N° 2. Págs.: 113-126. Recuperado de: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/04_CONF.pdf. Consultado: 15/05/19.
- Casarotti, H.; Pereira, T. (2000) *Ley 9518 de Asistencia de Psicópatas de 1936*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 64 N° 2. Montevideo, diciembre.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Ediciones La Piqueta. Madrid.
- Castel, R. (1981). *Los crímenes de la paz*. Capítulo: La contradicción psiquiátrica. Editorial Siglo XXI. México.

- Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Paidós, Buenos Aires.
- Castellanos, B.; Martín, A.; Moleda, P.; Taucar, N. (1998). *La función social de la locura: una mirada desde el poder*. Capítulo: Una mirada sobre la repetición y el cambio en la comprensión de la locura. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Chiesa, A., Martínez, J., Traverso, D. (2013) *Las relaciones entre Estado, mercado y sociedad: una exploración del debate internacional*. Instituto Humanista Cristiano Juan Pablo Terra, Montevideo.
- Comisión Nacional por una ley de Salud Mental (2017) *Comunicado de la Comisión Nacional por una ley de Salud Mental*. La Izquierda Diario Uruguay. Disponible en: http://www.laizquierdadiario.com/spip.php?page=gacetillaarticulo&id_rubrique=5441&id_article=73997
- Delgado, L.; Huleche, A. (1998). *La función social de la locura: una mirada desde el poder*. Capítulo: Yo soy y no quiero ser. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- De León, N. (2000). *¿Por qué no hablar con locura?* En: Compilado V Jornadas de Psicología Universitaria. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo.
- De Jong, E (2001) *Cap. 1: Trabajo social, familia e intervención*. En: De Jong, E., Basso, R. y Paira, M. (compiladoras). (2001) *La familia en los albores del nuevo milenio: Reflexiones interdisciplinarias: un aporte al trabajo social*. Editorial Espacio. Buenos Aires
- Foucault, M. (1981). *Los crímenes de la paz*. Capítulo: La casa de la locura. Editorial Siglo XXI. México.
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Editorial La Piqueta. Madrid.
- Foucault, M. (1997). *Vigilar y Castigar*. Editorial Siglo XXI. 26° Edición. México.
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Gines, T. (2003) *La honda de Murguía*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 67 N°2. Montevideo, diciembre.
- Goffman, E. (1984) *Internados: Ensayos sobre situación social de los enfermos mentales*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Goffman, E. (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Editorial Touchstone. Nueva York.

- Guedes, N. (2012) *Políticas en salud mental: ¿omisión del estado uruguayo?* Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Uruguay.
- Iamamoto, M (1997) *Servicio Social y división del trabajo*. Editorial Cortez, San Pablo.
- Iglesias, M. (2004) *La Filosofía de Hacking: El giro hacia la práctica de la filosofía de la ciencia*. Utopía y Praxis Latinoamericana, julio-septiembre, volumen 9, N° 26 Universidad de Zulia, Maracaibo Venezuela. Págs. 9-28 ISSN 1316-5216.
- Luengo, S. (2017) *Tercer documento parcial PI II: Protección social, Instituciones y prácticas preprofesionales*. Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo. Sin editar
- Martín, J; Ovejero, A (2009) *Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico*. Revista de historia de la psicología. Universidad de València. Volumen 30. N° 2-3. p. 293-299.
- Melman, S. (1998) en Amico, L (2004) *Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental*. Margen Revista de Trabajo Social N° 35. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- Mental Disability Rights International (1995) *Derechos humanos y salud mental en Uruguay*. Washington College of Law, American University. Washington.
- Ministerio de Salud Pública (s.f) *Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*. Uruguay Saludable.
- Miotto, R (1997) *Familia e Serviço social. Contribuições para o debate*. Serviço Social e Sociedade. Volumen 18. N° 55. p. 114-130.
- Mitjavila, M. (1992) *Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización*. Cuadernos del CLAEH. Revista uruguaya de Ciencias Sociales Año XVII N°62. Montevideo.
- Mitjavila, M. (1994). *Identidad social y comunidad. Notas acerca de las conexiones entre ambos conceptos*. Cuadernos del CLAEH nro. 69. Montevideo. Segunda serie, año 19. p. 67-77.
- Mitjavila, M.; da Silva, C. (2004) *Globalização, modernidade e individualização social*. Revista Katálysis, Volumen 7, N° 1 Jan/Jun, Florianópolis.
- Moreira, C. (2001) *Con el corazón en el Estado*. Capítulo: *La reforma del Estado en Uruguay: cuestionando el gradualismo y la heterodoxia*. Ediciones Trilce. Montevideo.
- Moreira, N. (2014) *Derecho a Techo: Un recorrido por los últimos 65 años en políticas públicas de vivienda*. Jornadas de Investigación. (13a 2014, set. 15, 16 y 17) UDELAR

- FCS. Montevideo. Recuperado de:
<http://cienciassociales.edu.uy/wpcontent/uploads/2014/09/Moreira.pdf>.
- Napier, A.; Whitaker, C. (1982) *El Crisol de la familia*. Amorrortu, Buenos Aires.
 - Organización Mundial de la Salud (2011) *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Malta. Recuperado de :
www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf?ua=1
 - Pastorini, A. (1999) *La cuestión social y sus alteraciones en la contemporaneidad en Temas de Trabajo Social*. Facultad Ciencias Sociales, Montevideo.
 - Pavlovsky, E. (1987). *La crisis del terapeuta*. En Cuestionamos I Editorial Búsqueda, Buenos Aires en Chape, A (2015) *FAMILIA: ¿En la salud y en la enfermedad?* Facultad de Psicología, universidad de la República. Recuperado de:
http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_alejandro_chape.pdf
 - PIT-CNT; SUNCA (2015) *Ley de Empleabilidad para Personas en situación de Discapacidad*. Recuperado de:
http://www.pitcnt.uy/images/Fundamentos_y_anteproyecto_de_LEY.pdf
 - Presidencia (2015) *Gobierno busca consenso para presentar proyecto de ley de salud mental y evitar colonias*. Recuperado de:
<https://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/gobierno-consensoproyecto-ley-salud-mental-basso-colonias-msp>
 - Saavedra, M.; Francisco, J. (2010) *Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves*. Historia, Ciencia, Saúde. Volumen 18. N°1.
 - Sánchez, L.; Arboleda, J.; Cardona, A.; Córdoba, S.; Ibáñez, M; Pérez, I.; Ruiz, A.; Vallejo, A. (S/f) *Experiencias de estigma en personas con enfermedad mental y su impacto en la autoestima en Colombia*. Universidad del Rosario, Bogotá. Recuperado de:
<https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2011/03/experiencias-de-estigma-en-personas-con-enfermedad-mental-y-su-impacto-en-la-autoestima-en-colombia.pdf>
 - Setaro, M. (2010) *Reforma del Estado y políticas públicas de la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos*. Capítulo: *La creación del Sistema Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance*. Editorial Fin de Siglo. Montevideo.
 - Uriarte, J.; Vallespi, A. (2017) *Reflexiones en torno al modelo de recuperación*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Volumen 37 N° 131, p. 241-256. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100014

- Ziccardi, A (Comp.) (2001) *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía: los límites de las políticas sociales en América Latina*. CLACSO, Buenos Aires.

Fuentes bibliográficas:

- Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2015) *Anteproyecto de ley de Salud Mental y Derechos Humanos de la República Oriental del Uruguay*. Recuperado de: http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/p/blog-page_25.html
- Cámara de Senadores, Comisión de Salud Pública (2016) *Proyecto de Ley: Salud Mental desde una perspectiva de derechos humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/S2016100354-001460533.pdf#page=>
- Ley N° 9.581 *Psicópatas*. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay. Montevideo, 24 de agosto de 1936
- Ley N° 11.139 *Patronato del psicópata. Creación*. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay. Montevideo, 16 de noviembre de 1948
- Ley N° 18.131 *Creación del Fondo Nacional de Recursos*. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 31 de mayo de 2007.
- Ley N° 18.211 *Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 5 de diciembre de 2007.
- Ley N° 19.529 *Salud Mental*. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 24 de agosto de 2017.
- Ministerio de Salud Pública (1986) Programa Nacional de Salud Mental. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>