



Universidad
Europea
del Atlántico

Área de Psicología y Recursos Humanos

TÍTULO DEL PROYECTO FINAL

**Modelo de atención comunitario en Salud Mental desde el Primer Nivel de Atención.
Caso: Unidad Docente Asistencial Canelones al Este. Barros Blancos, Uruguay**

Tesis para optar al grado de:

Máster en Psicología Clínica y de la Salud

Especialista en Psicología Clínica

Especialista en Psicología de la Salud

Presentado por:

Nelson Fabián Cabrera Martínez

Director:

Dra. Laura Pérez

El Pinar, Canelones, Uruguay

17 de JUNIO de 2021

DEDICATORIA

El presente trabajo quisiera dedicarlo a mi compañero de ruta hace más de 14 años, Gonzalo Rodríguez, quien me acompaña en cada locura, gracias por tanto amor.

También a los hermanos que la vida me ha regalado, Patricia e Iván, Eduardo y, José, que donde estés de viaje siempre estás. Gracias a ustedes es posible ser.

A mi vieja que, aunque ya no está, peleó estoicamente sus tensiones en salud mental.

Finalmente, a todos y todas aquellas personas que sufren el abordaje en salud mental más allá de sus propios padecimientos y, que cada día se levantan y nos enseñan humanidad.

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad Docente Asistencial Canelones al Este y, al Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, que me han dado la confianza y posibilidad de crecer como profesional.

A la Facultad de Medicina de la Universidad de la República que apuesta a la construcción académica constantemente comprometida con la sociedad y, que me han posibilitado formarme gratuitamente.

Al proyecto comunicacional colectivo Radio Vilardevoz, que me ha posibilitado una visión diferente del que hacer del psicólogo en salud mental, colectiva y comunitaria.

A Gabriela González, quién en el año 2013, siendo un novel psicólogo recién recibido, me abrió sus brazos amorosos para trabajar juntos en un grupo de usuarios de la policlínica del El Pinar Norte en Canelones.

A Julio Braida, quien confía en mi trabajo en la UDA cada día, con quien problematizo conjuntamente cada situación en un intercambio intergeneracional de crecimiento profesional.

A Jaqueline Ponzo, profesora agregada en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, quien ha apoyado mi trayecto profesional como psicólogo en el primer nivel de atención, abriéndome las puertas de la UDA y, apostando a una mirada comunitaria de la salud mental.

A Elizabeth Olavarría que con su calidez, amor y coordinación hace que cada día trabajando juntos sea una alegría.

A David Pereyra quien me motivó a realizar la maestría y, además compartimos las locuras de coordinar diferentes espacios formativos.

A Marcela Pini que me enseña cada día la lucha y sobrevivencia de las disidencias.

A los residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria Lorena, David, Lía, Natalia, Diego, Lucía, quienes estuvieron conmigo en cada propuesta y discusión formativa, reflexionando nuestra práctica y generando abordajes alternativos.

A Emilce, Simón, Lilian, Leticia, Darío, Glydes, Glecy, Micaela, Mabel, Estefani Kuckner y Estefany Costa, Alejandro Medina, Adelaida, María, Lola, por su participación y co-construcción para una salud mental comunitaria posible en los barrios alejados de la capital nacional.

Finalmente, a la Fundación Universitaria Iberoamericana (FUNIBER) y a su Secretaría académica en Uruguay, por la posibilidad de cursar una maestría que no se encuentra en mi país, por la modalidad de cursada y, la media beca otorgada para su concreción. También a mi directora de Tesis, Dra. Laura Pérez, quien ha estado a disposición continuamente ante cualquier orientación.

Índice general

RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
1. Planteamiento del problema	12
1.1 Descripción del área problemática	12
2. Descripción de los objetivos:	13
2.1. Objetivo general	13
2.2. Objetivos específicos	13
3. Justificación	13
4. Caracterización del contexto donde se produce/desarrolla el problema	15
MARCO TEÓRICO	16
Capítulo 1: Nociones y conceptos básicos sobre la Psicología y el campo de la salud	16
1.1 Salud	16
1.2 Salud pública.....	21
1.3 Salud colectiva y salud comunitaria	23
1.4 Salud y enfermedad mentales	25
Capítulo 2: La Psicología de la Salud	35
2.1 Psicología de la salud	35
2.2 Promoción de la salud; “Nueva Salud Pública”	42
2.3 Derechos Humanos	47
2.4 Determinantes y determinación social de la Salud	53
Capítulo 3: Caja de herramientas para inter-venir desde el PNA	60
3.1 Esquizoanálisis y subjetividad	60
3.2 Grupos, enfoque esquizodramático.....	71
Capítulo 4: Escenarios para la acción	76
4.1 Sobre Atención Primaria de la Salud.....	76
4.2 El Primer Nivel de Atención a la Salud y sus atributos para la Psicología de la Salud	78
4.3 Medicina en territorio.....	84
MARCO EMPÍRICO	88
Capítulo 5: Movimientos y cambios en Salud Mental	88
5.1 Aproximaciones históricas al campo de la salud mental	88
5.2. El siglo XX y los movimientos disidentes (antipsiquiatría) en Salud Mental.....	97
5.3. Políticas Públicas en el campo de la Salud Mental en Uruguay.....	102

5.4. Psicología en Uruguay	110
Capítulo 6. Metodología	114
6.1 Definición del diseño metodológico	114
6.2 El estudio de caso	115
6.3 Corte de investigación.....	116
6.4 Población/muestra	116
6.5 Variables.....	117
6.6 Técnicas e Instrumentos de medición	118
6.7 Procedimientos.....	120
6.8 Análisis	121
7. RESULTADOS.....	125
7.1 Entrecruces; formación universitaria, salud mental y PNA	125
7.1.1 Organización de la información	125
7.1.2 Categorías y subcategorías desarrolladas (elegidas para los resultados, en anexos están todas las subcategorías encontradas).....	129
7.1.3 Clúster de programas por subcategorías inductivas.....	131
7.1.4 Clúster por subcategorías inductivas	134
7.2 Instancias académicas de salud mental en la UDA.....	135
7.2.1 Organización de la información	136
7.2.3 Espacios formativos.....	137
7.2.4 Temas centralizados en las instancias formativas.....	138
7.3 Entrevistas semiestructuradas	139
7.3.1 Organización de los datos	139
7.3.2 La clínica en salud mental en la UDA.....	140
7.3.2.1 Competencias	141
7.3.2.2 Formación	146
7.3.2.3 Sentidos	149
7.3.2.4 Dispositivos.....	151
7.3.3 Lo comunitario en salud mental en la UDA	153
7.3.3.1 Actividades.....	154
7.3.3.2 Temas	155
7.3.3.3 Sentidos	155
7.3.4 Las acciones académicas en salud mental en la UDA.....	156
7.3.4.1 Instancias.....	157
7.3.4.2 Temas	158
7.3.4.3 Sentidos	158

8. DISCUSIÓN	159
8.4 Triangulación	159
8.4.1 Características que aporta la formación.....	159
8.4.2 Práctica profesional	161
8.4.3 Características de los dispositivos de intervención.....	163
8.4.4 Lo propio	163
8.5 Modelo de atención comunitario en salud mental	164
8.5.1 Características y propiedades del modelo	165
8.5.2 Prestaciones del modelo.....	169
8.5.3 Tránsitos.....	175
8.5.4 Recursos humanos y materiales	177
8.5.6 Formación.....	178
8.5.7 Potencialidad para implementar plan de salud mental en Uruguay	178
9. CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES	183
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	184
11. ANEXOS	195
Registros fotográficos de algunos de los documentos analizados.....	195
Sistema de códigos y subcódigos	200
Preguntas de la entrevista semiestructuradas	209
Consentimiento informado.....	215
Comités de ética	218

Índice de figuras

Figura 1. <i>Ciencias de la vida y ciencias sociales</i>	20
Figura 2. <i>Paradigmas esenciales en Salud Pública</i>	24
Figura 3. <i>Definición convencional de relaciones entre Psicología Clínica, Psicología Comunitaria, Medicina Conductual y Psicología de la Salud</i>	41
Figura 4. <i>Diagrama de semicircular de Dahlgren y Whiteheadlas</i>	55
Figura 5. <i>Modelo de determinantes de la salud de Pedro Castellanos</i>	56
Figura 6. <i>Modelo de determinantes sociales de la salud OMS (2008)</i>	57
Figura 7. <i>Niveles de determinación social de la salud e interacción</i>	60
Figura 8. <i>Clúster 1</i>	131
Figura 9. <i>Clúster 2</i>	134
Figura 10. <i>Clúster 3</i>	135
Figura 11. <i>Clúster 4</i>	138
Figura 12. <i>Ejes o componentes del modelo de atención propuesto</i>	166
Figura 13. <i>Dimensiones de intervención</i>	168
Figura 14. <i>Entrecruce integral; componentes del modelo y dimensiones de intervención</i>	169
Figura 15. <i>Artículos de ley de salud mental sobre interdisciplina y primer nivel</i>	179

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública</i>	33
Tabla 2. <i>Disciplinas afines a la Psicología de la Salud</i>	40
Tabla 3. <i>Enfoques empoderante y emancipatorio en Promoción de la Salud</i>	47
Tabla 4. <i>Concepciones sobre los Derechos Humanos</i>	48
Tabla 5. <i>Diferencias entre determinación y determinantes sociales de la salud en base a Breilh</i>	58
Tabla 6. <i>Interpretaciones del inconsciente; esquizoanalítica y psicoanalítica</i>	62
Tabla 7. <i>Atributos del Primer nivel de atención</i>	80
Tabla 8. <i>Cuadro de atributos complementarios de Mendes</i>	81
Tabla 9. <i>Diferencias entre el Primer nivel y el segundo/tercer nivel de atención</i>	82
Tabla 10. <i>Mapeo mojones salud mental Uruguay</i>	102
Tabla 11. <i>Etapas generales de procedimientos</i>	120
Tabla 12. <i>Etapa 1. Detalles de la etapa de recolección de datos</i>	121
Tabla 13. <i>Etapa 2- Detalles de la etapa de análisis de los datos</i>	122
Tabla 14. <i>Etapa 3. Detalle de la etapa de resultados y conclusiones</i>	124
Tabla 15. <i>Ficheros organizativos de programas formativos</i>	125
Tabla 16. <i>Categorías y subcategorías programas formativos</i>	129
Tabla 17. <i>Programas significativos y subcategorías</i>	132
Tabla 18. <i>Fichero documentos académicos UDA</i>	136
Tabla 19. <i>Categorías y subcategorías acciones académicas UDA</i>	136
Tabla 20. <i>Instancias académicas en función de los documentos</i>	137
Tabla 21. <i>Temas con mayor presencia</i>	138
Tabla 22. <i>Subcategorías inductivas significativas en la clínica, formación y sentidos</i>	140
Tabla 23. <i>Categorías y subcategorías de la variable Enfoque Comunitario</i>	153
Tabla 24. <i>Categorías y subcategorías Variable Acciones Académicas</i>	156
Tabla 25. <i>Contenidos fundamentales de los programas</i>	160
Tabla 26. <i>Competencias clínicas relevantes</i>	161
Tabla 27. <i>Formación en comunidad relevante</i>	162
Tabla 28. <i>Sentido de los dispositivos de intervención</i>	163
Tabla 29. <i>La formación propia</i>	164
Tabla 30. <i>Particularidades del modelo de atención comunitario en salud mental</i>	165
Tabla 31. <i>Prestaciones/Dispositivos</i>	174

Abreviaturas

APGAR	Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración
APS	Atención Primaria de la Salud
ASSE	Administración de los servicios de salud del Estado
CAPS	Centro de Atención Psicosocial
CIE	Clasificación Internacional de las Enfermedades
CIMF	Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar
CSM	Centros de Salud Mental
DDHH	Derechos Humanos
DS	Determinantes Sociales
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM Y PV	Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
DsS	Determinación Social de la Salud
ECSM	Equipo Comunitario de Salud Mental
EEUU	Estados Unidos
HPM	Hospital Psiquiátrico Musto
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
MMCC	Medios Masivos de Comunicación
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNA	Primer Nivel de Atención
PS	Promoción de la Salud
SIPIAV	Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Acciones y Problemas
TSO	Tratamiento Sanitario Obligatorio
UCUDAL	Universidad Católica del Uruguay Dámaso Antonio Larrañaga
UDA	Unidad Docente Asistencial
UdeLaR	Universidad de la República
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

RESUMEN

El presente proyecto de tesis se enmarca en la Maestría en Psicología de la Salud (Psicología Clínica y de la Salud, Especializaciones Psicología Clínica y Psicología de la Salud) de la Universidad Europea del Atlántico/Universidad Internacional Iberoamericana para la obtención del título de Magíster en Psicología de la Salud (Psicología Clínica y de la Salud). Se titula “Modelo de atención comunitario en Salud Mental desde el Primer Nivel de Atención. Caso: Unidad Docente Asistencial Canelones al Este. Barros Blancos, Uruguay”.

El objetivo general del proyecto es diseñar un modelo de atención comunitario en salud mental en la Unidad Docente Asistencial Canelones al Este del Primer Nivel de Atención, Barros Blancos, Uruguay entre 2018-2020. Para concretar dicho objetivo hemos adoptado una concepción de investigación cualitativa con una estrategia de estudio de caso, utilizando técnicas de recolección de datos tales como la entrevista y búsqueda documental.

Los resultados de la investigación permiten conocer competencias formativas teórico/técnicas, criterios de intervención, dificultades, posicionamiento epistémico que transversaliza las prácticas, así como significaciones y sentidos de las experiencias para los/as profesionales intervinientes, estudiantes de residencia, entre otras posibles subcategorías. El modelo de atención comunitario en Salud Mental desde el Primer Nivel de Atención. Caso: Unidad Docente Asistencial Canelones al Este en su sede de la policlínica Salvador Allende se sustenta sobre la base formativa de la medicina familiar y comunitaria y, la psicología de la salud en un macro teórico conceptual de promoción de la salud mental, los derechos humanos y la comunidad. Esta experiencia además de integrar prácticas y saberes, genera instancias formativas necesarias para el cambio de paradigma de atención en salud mental.

El modelo de atención comunitaria en salud mental tiene aplicación práctica como insumo para otras Unidades Docentes Asistenciales del Primer Nivel de Atención dependientes del Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria, así como para la implementación del Plan Nacional de Salud Mental de Uruguay en el marco de la Ley de Salud Mental. El modelo es una posibilidad concreta y real de trabajar las situaciones en salud psicológica/mental en el lugar donde las personas viven, atendiendo como determinantes sus marcos relacionales y su historia. El modelo de atención comunitario en salud mental estudiado aporta una alternativa moderna ajustada al siglo XXI, humanizada y, que integra los saberes de la psicología de la salud y, la medicina familiar y la comunidad.

Palabras claves: salud mental, primer nivel de atención, psicología de la salud, modelo, intervención

ABSTRACT

This thesis project is part of the Master's Degree in Health Psychology (Clinical and Health Psychology, Specializations in Clinical Psychology and Health Psychology) of the European University of the Atlantic / International Ibero-American University to obtain the Master's degree in Health Psychology (Clinical and Health Psychology). It is titled "Community Care Model in Mental Health from the First Level of Care. Case: Canelones al Este Teaching Assistance Unit. Barros Blancos, Uruguay".

The general objective of the project is to design a model of community care in mental health in the Canelones Teaching Assistance Unit to the East of the First Level of Care, Barros Blancos, Uruguay between 2018-2020. To achieve this objective, we have adopted a qualitative research concept with a case study strategy, using data collection techniques such as interviews and documentary searches.

The results of the research allow to know theoretical / technical training competences, intervention criteria, difficulties, epistemic positioning that transverses the practices, as well as meanings and meanings of the experiences for the intervening professionals, residency students, among other possible subcategories. The community care model in Mental Health from the First Level of Care. Case: Canelones al Este Teaching Assistance Unit at its headquarters in the Salvador Allende polyclinic is based on the formative basis of family and community medicine and health psychology in a conceptual macro theory of mental health promotion, human rights and the community. This experience, in addition to integrating practices and knowledge, generates training instances necessary for the paradigm shift in mental health care.

The community care model in mental health has practical application as an input for other First Level Care Teaching Units dependent on the Department of Family and Community Medicine, as well as for the implementation of the National Mental Health Plan of Uruguay within the framework of the Mental Health Law. The model is a concrete and real possibility of working on psychological / mental health situations in the place where people live, taking into account their relational frameworks and their history as determinants. The model of community care in mental health studied provides a modern alternative adjusted to the 21st century, humanized and, which integrates the knowledge of health psychology and, family medicine and the community.

Keywords: mental health, first level of care, health psychology, model, intervention.

1. Planteamiento del problema

1.1 Descripción del área problemática

A nivel mundial es reconocida la incidencia de las problemáticas en salud mental, la necesidad de articular el trabajo interdisciplinar, interprofesional y la importancia del Primer Nivel de Atención de la Salud. Los problemas en salud mental (trastornos mentales) tienen gran incidencia en la marginalidad de las personas, la violencia en todas sus manifestaciones, la pobreza, entre otros aspectos que afectan el buen vivir de los/as sujetos. Asimismo, es conocida su incidencia en la salud física como ser en enfermedades cardiovasculares, oncológicas, metabólicas, la infección por el VIH/SIDA, etc. En este sentido según la OMS la carga mundial de problemáticas en salud mental y la consecuente comorbilidad que se genera necesita planes estratégicos que contemplen programas y legislaciones orientadas por los Derechos Humanos con servicios sanitarios y sociales comunitarios que den una respuesta integral y adaptada a las características locales. Muchos países integrantes de la OMS han adoptado legislaciones y planes de cambio, pero, esto no ha implicado que lleven adelante respuestas adecuadas. No obstante, la evidencia y recomendaciones, prevalece en muchos lugares una lógica que responde al modelo médico hegemónico de grandes instituciones asilares (manicomios) y clínicas de salud mental. Esto además de representar un modelo de abordaje obsoleto y nocivo para las personas, significa un gasto económico ineficiente. Lo cual redundaría en detrimento de estrategias clínicas - comunitarias desde el Primer Nivel de Atención (PNA) y la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) tal como se recomienda. Por lo tanto, es central generar conocimiento a nivel de las estrategias que se desarrollan en el marco de la Salud Mental Comunitaria y más específicamente desde el PNA.

En Uruguay desde 2017 rige una ley de salud mental que en su articulado plantea un abordaje en niveles de complejidad e integral que prioriza el Primer Nivel de Atención y el espacio comunitario. Según el Diagnóstico de Situación en Salud Mental realizado por el prestador público de salud del país, la Asociación de Servicios de Salud del Estado (ASSE) que atiende a más de 1 millón de usuarios, la institución cuenta con 5 casas con apoyo, 19 Centros de rehabilitación, 2 casas de medio camino, 3 apartamentos asistidos y 47 equipos de salud mental. A su vez identifica que tienen varios modelos de atención con una inequitativa distribución de recursos humanos y materiales lo cual repercute en la eficacia. En el

documento no se proporciona información sobre el modelo comunitario de atención en salud mental, dejando un vacío de conocimiento en varios sentidos que es necesario generar en vistas del cambio planteado por la normativa vigente.

2. Descripción de los objetivos:

2.1. Objetivo general

- Diseñar un modelo de atención comunitario en salud mental en la Unidad Docente Asistencial Canelones al Este del Primer Nivel de Atención, Barros Blancos, Uruguay entre 2018-2020.

2.2. Objetivos específicos

- Sistematizar el funcionamiento y criterios de intervención en salud mental realizado por la Unidad Docente Asistencial.
- Determinar características profesionales específicas de los/as intervinientes en las acciones en salud mental.
- Identificar características de las intervenciones y dispositivos llevados adelante por el equipo profesional en salud mental.

3. Justificación

En cuanto a variables significativas de los modelos de atención en salud mental en el PNA he identificado que en la clínica existe a nivel internacional un predominio por un abordaje biomédico y farmacológico de la salud mental con escasas respuestas positivas. Desde la variable abordaje comunitario en el PNA son escasas las experiencias sistematizadas desde el sector sanitario a diferencia de iniciativas alternativas desarrolladas desde el sector social. Al respecto de la variable formación en salud mental relacionada al PNA he identificado que a nivel internacional existen dificultades por ejemplo en cuanto a la noción de la Psicología de la Salud, la Psicología en el PNA y la posibilidad de trabajo interprofesional con la Medicina Familiar y Comunitaria. En Uruguay existe el Instituto de Psicología de la Salud en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR) no así la formación de postgrado específica en Psicología de la Salud. Por otro lado, las carreras de grado de Psicología y Medicina y, la especialidad en Psiquiatría en nuestro país comprenden fundamentalmente una formación en salud mental donde se explota escasamente las ventajas y beneficios del PNA

y, el enfoque comunitario que se puede desarrollar desde este nivel. Como excepciones hemos encontrado la formación en la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria y en parte la Especialización en Psicología en Servicios de Salud de la UdelaR.

El estudio servirá para diseñar un modelo de atención comunitario a la salud mental tomando como caso a la UDA de Barros Blancos, Uruguay mediante la experiencia llevada adelante a través de su trabajo en Salud Mental Comunitario. Es una propuesta que describirá el funcionamiento de dicho trabajo y que incluye en la praxis de profesionales de la Medicina Familiar y Comunitaria y Psicología de la Salud. Se considerarán a priori como variables del caso el enfoque clínico, comunitario y de enseñanza ya que son estas características del/los dispositivo/s desarrollados por la UDA. Cada una de estas variables serán operacionalizadas en función de generar un sistema de categorías medibles para este tipo de investigación.

Los resultados de la investigación en forma concreta nos permitirán conocer competencias formativas teórico/técnicas, criterios de intervención, dificultades, posicionamiento epistémico que transversaliza las prácticas, así como significaciones y sentidos de las experiencias para los/as profesionales intervinientes, estudiantes de residencia, entre otras posibles subcategorías. Este conocimiento tendrá aplicación práctica como insumo para las demás Unidades Docentes Asistenciales del Primer Nivel de Atención dependientes del Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria. Existen 16 Unidades Docentes Asistenciales del Primer Nivel de Atención dependientes del Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria, distribuidas en todo el país. Cada una de ellas se encuentra inserta en la comunidad y desarrolla sus actividades en estrecho contacto con las poblaciones locales y desde un enfoque comunitario. Por lo que el estudio beneficiará a los/as profesionales en sus prácticas, a estudiantes universitarios en su formación en salud mental en el PNA, usuarios/as que utilizan los servicios de las UDAs y servirá como insumos académicos para el Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria. Nuestro estudio podrá aportar a la resolución del problema del abordaje de las situaciones en salud mental desde una atención integrada y comunitaria desde el PNA.

Por otra parte, y aunque es una posibilidad ambiciosa, el estudio dado que se desarrolla en una Unidad Docente Asistencial de la Universidad de la República y, dada la importancia de estas en el Sistema Nacional Integrado de Salud podrá estar a disposición en el Uruguay para la implementación del Plan Nacional de Salud Mental en el marco de la Ley de Salud Mental.

Finalmente quiero mencionar que el estudio es factible de llevar a cabo tanto en tiempo y espacio dado que se cuenta con el aval de la Profesora Adjunta coordinadora de la UDA. Asimismo, integro el staff docente como Licenciado en Psicología de la UDA, por lo que tendré posibilidad de aplicar los instrumentos de medición seleccionados a tales efectos. De lo anterior se desprende que integro el Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria siendo docente de la Facultad de Medicina, por lo que esta investigación se relaciona directamente con mi actividad laboral profesional. Sobre el tiempo de duración estimo que la investigación se podrá desarrollar en cuatro meses, dedicando jornadas de 5 horas diarias de lunes a sábados, incrementado la carga horaria los sábados de ser necesario.

4. Caracterización del contexto donde se produce/desarrolla el problema

La Unidad Docente Asistencial (UDA) Canelones al Este del Primer Nivel (ubicada su sede, la policlínica Salvador Allende que asiste a más de 10000 personas anualmente, en una de las ciudades más pobres del país a unos 24 kilómetros de la ciudad de Montevideo) lleva adelante un trabajo - abordaje - territorial, multidisciplinar, despatologizante y desmanicomialización en la ciudad de Barros Blancos. La UDA es un dispositivo territorial y comunitario que funciona en coordinación interinstitucional (Sistema Nacional Integrado de Salud, ASSE, Facultad de Medicina de la UdelaR, Ministerio de Salud) y depende del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la UdelaR. Cumple actividades asistenciales, de investigación, extensión y enseñanza de grado y postgrado. En este marco la UDA ha generado un plan de trabajo novedoso en atención comunitaria de la salud mental, en función de adaptar la atención a la normativa vigente en el país y recomendaciones internacionales. Se trata de un modelo con espacios de atención/asistencia/abordaje clínico – comunitario desde el PNA, donde las personas son sujetos de derechos, que viven, piensan y sienten en un contexto complejo que determina sus sufrimientos y/o padecimientos psíquicos que lo llevan a devenir en usuarios/as de servicios en salud mental. Estos espacios comprenden instancias de interconsultas con psicología, seguimientos en conjunto médico de familia y comunidad - psicólogo, espacio grupal terapéutico en salud mental, espacio de intercambio y toma de decisiones con la Comisión de Usuarios/as de la Policlínica central de la UDA, espacios en instituciones de cuidados, actividades comunitarias con organizaciones de la sociedad civil, entre otras actividades.

Capítulo 1: Nociones y conceptos básicos sobre la Psicología y el campo de la salud

1.1 Salud

La noción actual del concepto de salud es el resultado de una construcción dinámica y colectiva que se ve atravesada por condiciones sociales e históricas de producción. Para Lellis, Interlandi y Martino (2015, p. 11) los conceptos de salud y enfermedad han cambiado a lo largo del tiempo consecuencia de las condiciones de vida, las estructuras de producción, avances científicos y técnicos, “creencias sociales que pautan como protegerse, cuidarse o restablecerse la salud una vez alterada o dañada”.

La racionalización, de la mano de la investigación, irá ganando campo y concomitantemente proporcionando una nueva explicación del mundo. Robert Koch en el siglo XIX inaugurará con el descubrimiento del bacilo de Koch, la época bacteriológica, biologicista y unicausal explicativa de la enfermedad y por lo tanto de la salud, “esquema simple de una causa-un efecto-un tratamiento que resultó útil para combatir algunas enfermedades infecciosas, pero ni siquiera podía ser aplicado en todos esos casos” (Morales Calatayud, 1997, p. 9). Federico Engels “en su obra "La situación de la clase obrera en Inglaterra" (1845) describió las pésimas condiciones de vida de los trabajadores y señaló que estos se enfermaban y se accidentaban más, envejecían prematuramente y morían más jóvenes que las capas burguesas de aquella sociedad”. Otros pensadores en Francia, Inglaterra y Alemania también propondrían que las condiciones sociales afectan la salud. No obstante, al comenzar el siglo XX el paradigma unicausal y biologicista iría tomando el campo de la salud con sus explicaciones y modelos.

Para (Parsons, 1964; Peña y Paco, 2002):

a esta perspectiva médico-reduccionista, surgieron otras visiones que defendieron la idea de que la salud y la enfermedad rebasaban los límites del cuerpo físico. La subjetividad, el comportamiento individual, las relaciones sociales y la influencia de los ámbitos culturales comenzaron a ser visualizados como determinantes de los procesos salutogénicos y también del malestar.

Hernán San Martín, sanitarista chileno, en 1984 nos indica que han existido dos grandes momentos paradigmáticos sobre la noción de la salud en el siglo XX. Uno corresponderá a la primera mitad del siglo con los modelos biologicistas que explican los fenómenos y, otro posterior en la segunda mitad del siglo, que inicia el acercamiento a los procesos dinámicos del continuo salud - enfermedad. Esta concepción romperá con las explicaciones estrictamente biológicas para pasar a considerar los aspectos sociales, económicos, históricos y las relaciones humanas. Según Morales Calatayud (1997, p. 4), ya “Sigerist en los años 40 en su libro *Medicine and Human Welfare* decía que la salud no es en consecuencia, la simple ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida impone al individuo” acerca una interpretación de la salud como recurso, abriendo las puertas a su vez a los conceptos de calidad de la vida y el buen vivir.

En este punto es importante detenernos en que será el enfoque sociosanitario el orientador central del presente trabajo, sin descuidar las interrelaciones y articulaciones con los modelos biológicos que intervienen en la salud y enfermedad. En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definirá a “la salud como estado completo de bienestar biopsicosocial”. Esta declaración surge del esfuerzo mancomunado de las naciones integrantes de la OMS después de la Segunda Guerra Mundial. A decir de Morales Calatayud (1997, p. 4), Terris en 1992 plantearía que:

la salud no es absoluta, es decir, sugiere que existen diversos grados de salud; propone asimismo que el término "enfermedad" (disease) se reemplace por el término "dolencia" (illness), puesto que la salud y la enfermedad no son mutuamente excluyentes, y critica su carácter parcial porque define la salud únicamente en términos subjetivos. Para este autor, la salud es "un estado de bienestar físico, mental y social que permite funcionar, y no sólo la ausencia de dolencia o afección"... se introduce la noción de funcionamiento, que está intrínsecamente relacionado a la construcción sociohistórica de lo que se considere funcionar en sociedad y en comunidad.

Para Pérez Lovelle (Morales Calatayud, 1997, p. 28) “la salud es un conjunto de cualidades sistémicas complejas...difícilmente la definición de una sola...podrá conducir a una dilucidación completa del fenómeno, sino que al conjunto de tales cualidades le ha de corresponder un conjunto de definiciones parciales”. Para este autor, la salud sería al mismo tiempo; ausencia de daño morfológico y de limitaciones funcionales, determinado nivel de

bienestar subjetivo, bienestar social (posibilidades sociales de desarrollo del individuo en el plano económico, cultural, etc.), desarrollo de la personalidad (autorrealización de las potencialidades productivas de la personalidad y su autodomínio).

Illich se referirá a que existen situaciones subjetivas vinculadas a “la intensidad con la cual los individuos enfrentan sus estados internos y su ambiente inmediato. Capacidad de gozar y sufrir su realidad” (Weinstein, 1988, p. 28). En su argumentación propone un ejemplo familiar donde a decir del autor “mi tío, que pidió una botella de un gran vino antes de morir, hizo en su último momento una ocasión para vivir intensa y saludablemente” (Weinstein, 1988, p. 28).

Ferrara en Weinstein (1988, p. 27) propone que “la salud constituye el continuo accionar del hombre frente al universo físico, mental y social en el que vive, sin restar un solo esfuerzo en su existencia para modificar aquello que deba ser modificado”. Resaltará como valor contra los obstáculos de la vida y a la salud como recurso humano. Donde la “asistencia a la salud humana depende no sólo del grado en que cada persona aprendió, a través de su cultura, a enfrentar la realidad aun cuando la experiencia sea desagradable, amenazante o dolorosa; depende, de las condiciones sociopolíticas...de esa confrontación” (Weinstein, 1988, p. 28).

Entre las diversas concepciones de salud encontraremos las que se enfocan en las capacidades y posibilidades del hombre. Erich Fromm propone la productividad relacionada entonces a la capacidad de amar, la imaginación y la razón. Para el autor:

la productividad es la realización de las potencialidades que son características del hombre, el uso de sus poderes. Pero ¿qué es poder? poder de o capacidad y, poder sobre o dominio...La capacidad de hacer uso productivo de sus poderes es la potencia del hombre; la incapacidad es su impotencia” (Weinstein 1988, p. 45).

Por lo que la noción de capacidad es el eje central de la matriz de la salud. “No prejuzga sobre el grado mayor o menor de enfermedad o sobre la normalidad de una persona. Es aplicable así a cualquier individuo o grupo, del que se pueda decir que éstas o aquellas son sus capacidades, su salud” (Weinstein 1988, p. 45). En este sentido las capacidades nunca se encontrarán aisladas y siempre existe una implicancia recíproca. Para el autor inicialmente asistimos al desarrollo de las capacidades vitales;

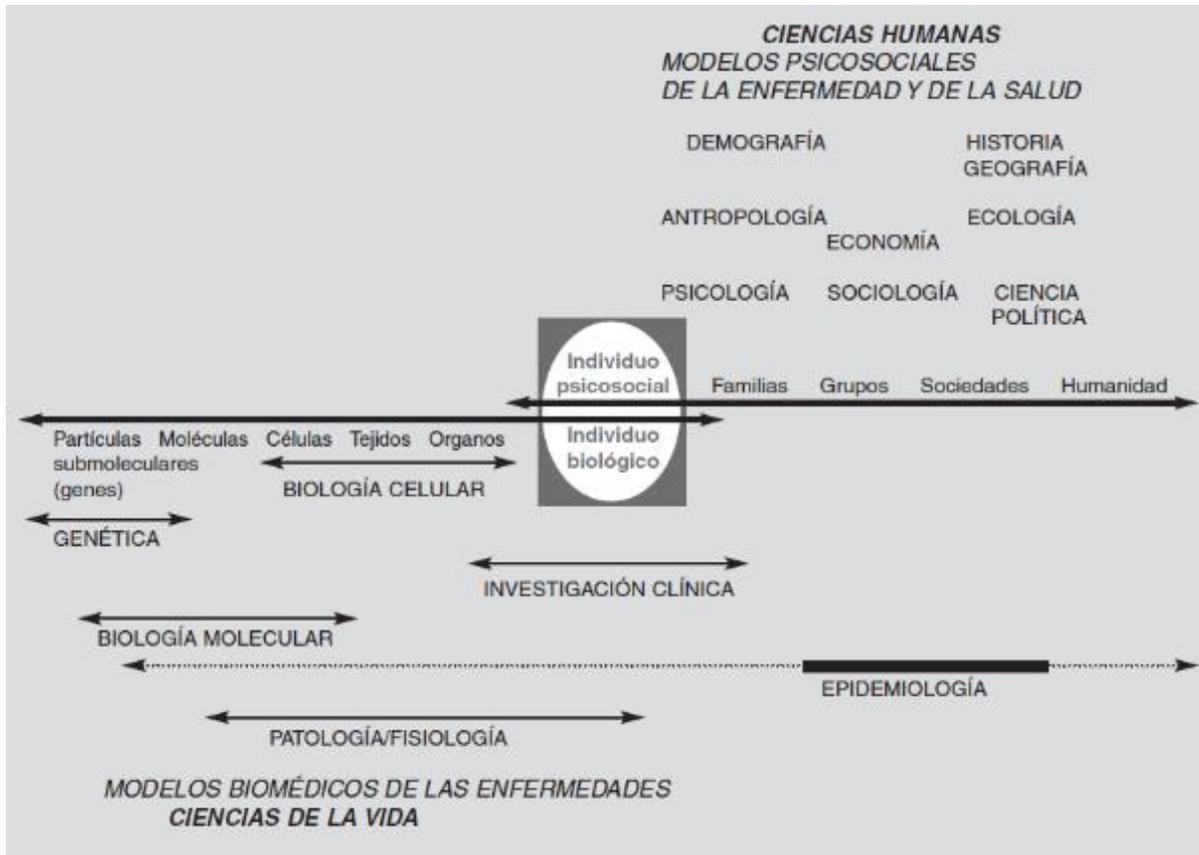
luego se va produciendo la diferenciación hasta la captación de la intimidad, de la articulación estructural de la realidad, de crítica, de integración, de ser autónomo y de solidarizar... Todo ello empapado de la potencialidad vital y existencial, social y psicológica, para el goce con los diversos ritmos de la vida, sin dejar de aprehender los límites, los vacíos, los conflictos. (Weinstein 1988, p. 45)

Por lo cual la salud “será un conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o un colectivo. La salud es una propiedad de los seres vivos, el muerto perdió completamente su salud, lo inorgánico nunca la tuvo, el enfermo siempre conserva capacidad de salud” (Weinstein 1988, p. 45).

Como hemos analizado, cuando nos adentramos en la noción de salud y, tal como nos aporta Conandropoulos (2000, p. 29) es necesario considerar que la misma responde a diferentes enfoques epistemológicos que le otorgan su régimen. Siguiendo al autor se podrá pensar la salud tanto como sustantivo, proceso o como campo de problemáticas que se articulan entre dos grandes corrientes:

Las disciplinas que se utilizan para comprender su funcionamiento biológico son las ciencias de la vida... operan descomponiendo al ser humano (órganos, tejidos, células, moléculas, genes...) para comprender “lo normal y lo patológico” (Canguilhem, 1966)... las disciplinas que permiten comprender el funcionamiento del hombre en la sociedad son las ciencias de la conducta y las ciencias sociales... se ocupan de los comportamientos de los individuos en los grupos y de las relaciones entre grupos de individuos en un determinado contexto. Estando en constante interacción las dimensiones biológicas y psicosociales.

Figura 1. Ciencias de la vida y ciencias sociales



Nota: Conandroipoulos, A. (2000). La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales (p. 30).

Vista la complejidad que expresa el concepto de salud, muchos autores según Morales Calatayud han referido que:

tanto los conceptos de salud como de enfermedad deben ser comprendidos en una contextualización ecológica en la que aparezcan debidamente reconocidas, junto a las circunstancias biológicas y naturales, las de carácter económico y social, ha hecho que llegue a expresarse que la salud como tal no existe, o que es inalcanzable, al menos para la mayoría de las personas, además de que su expresión puede cambiar dinámicamente en dependencia de las peculiaridades de la interacción del individuo con su ambiente, mientras que por su parte, la enfermedad, que también está sujeta a semejante dinamismo, se expresa generalmente de manera más objetiva, o por lo menos, más estructurada y reconocible para el propio sujeto, para los que lo rodean y

para los portadores del conocimiento especializado que pueden referir tal estado dentro de una taxonomía de diagnóstico y terapéutica. (1997, p. 7)

1.2 Salud pública

La Salud Pública puede ser entendida como el esfuerzo mancomunado entre todos y todas para intervenir en la salud. El campo de intervención de la Salud Pública se constituye de aportes de diversas disciplinas a pensar del predominio que en muchos espacios aún tiene la medicina. Para Sabroza (Czeresnia, s/f, p. 2) es "...un campo de conocimiento y de prácticas organizadas institucionalmente y orientadas a la promoción de la salud de las comunidades. El conocimiento y la institucionalización de las prácticas en salud pública se configuran articulados con la medicina". En un primer análisis llamará la atención que a pesar de que la Salud Pública se presenta como una disciplina orientada a la promoción de la salud, sus estrategias y acciones van encaminadas y organizadas en torno al concepto de enfermedad. Czeresnia (s/f, p. 2) informa críticamente a su vez que la Salud Pública tiende a:

no tener en cuenta la diferencia entre el concepto de enfermedad -construcción mental- y el enfermar experiencia de vida-, produciéndose la "sustitución" de uno por otro. El concepto de enfermedad no solamente es empleado, como si se pudiese hablar del enfermar en concreto, sino, principalmente, como realización de prácticas efectivas específicas que se presentan como capaces de responder a su totalidad.

De Lellis, Interlandi y Martino (2015, p. 16) refieren los orígenes de la Salud Pública en el siglo XVIII con el advenimiento de la revolución industrial y los movimientos migratorios del campo a las ciudades. Dichos eventos propiciaron que se generaran estudios sobre la relación de las condiciones sociales y laborales de las personas y los procesos de enfermar. Según Rosen en 1790 Frank afirmó que "el rico y el pobre tienen padecimientos peculiares...debido a que cada clase social sufre las enfermedades determinadas por su diferente modo de vivir" (De Lellis, Interlandi y Martino, 2015, p. 17). En este contexto, el patólogo Rudolf Virchow acuñó su famosa frase: "La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en una escala más amplia (De Lellis, Interlandi y Martino, 2015, p. 17). Virchow atribuía el brote de fiebre tifoidea de 1817 "a un conjunto de factores sociales y económicos y en consecuencia esperaba poco de cualquier tratamiento médico. Proponía en cambio reformas sociales que comprendían democracia completa y sin restricciones, educación, libertad y prosperidad" (De Lellis, Interlandi y Martino, 2015, p. 17). Por otro lado, también en el siglo

XIX, Marx y Engels promoverán “la cuestión social”, focalizando “las pésimas condiciones de vida de la clase obrera y su impacto diferencial sobre la salud”. Para De Lellis, Interlandi y Martino (2015, p. 16) la Salud Pública implica la responsabilidad colectiva que busca garantizar el derecho a la salud como una necesidad humana básica, tal como se expresa en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y, como un campo de saberes y técnicas en el cual concurren diversas disciplinas científicas y marcos teórico-tecnológicos. En el siglo XX diversos sanitaristas intentaron clasificar las acciones en Salud Pública. Henry Sigerist en 1941 y, Leavell y Clark en 1965 propusieron categorías similares vinculadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Será por sobre todo en estas etapas en que comienzan a desarrollarse los primeros trabajos dentro de la medicina social, así como la de los factores sociales en el entendido que:

si bien las medidas curativas y preventivas ligadas al modelo médico fueron relevantes, diversos historiadores de la salud pública, tales como René Dubos (1989) y Thomas Mc Keown (1986), han demostrado que las grandes conquistas en la mejora de la salud se han obtenido gracias a cambios acontecidos en las condiciones de vida de las poblaciones humanas. Entre estos logros se pueden mencionar: el incremento del nivel educacional, la mayor disponibilidad y seguridad de los alimentos, la reducción en el tamaño de las familias, la accesibilidad al agua potable, la eliminación segura de excretas, la aprobación de leyes en materia de legislación laboral. (De Lellis, Interlandi y Martino, 2015, p. 18)

Milton Terris propuso que:

la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (De Lellis, Interlandi y Martino, 2015, p. 24)

No obstante, los avances y beneficios que se han obtenido en la aplicabilidad en Salud Pública existen en la actualidad críticas sustanciales a los modelos que se proponen desde esta disciplina para lograr sus objetivos. Es así como Saforcada (2008, p. 9) propone que:

el paradigma tradicional en Salud Pública tiene una base principalmente positivista, cartesiano mecanicista lo que lo lleva a pensar los problemas en términos de biopatología y psicopatología separadamente. Busca mejorar las condiciones de salud midiendo en registros de enfermedad y muerte. Además, tiene sustento en el poder otorgado por el Estado a los funcionarios públicos exclusivamente, lo cual resulta en una problemática, situaciones de intervención y corrupción por parte de la industria de la salud.

1.3 Salud colectiva y salud comunitaria

Para Saforcada la Salud Colectiva (2008, p. 10) es un nuevo paradigma, emergente como movimiento de reforma de la salud pública. Aunque supera el paradigma tradicional también tiene limitaciones. En el enfoque de Salud Colectiva los equipos de salud son multidisciplinarios, la comunidad es parte como tomadora de decisiones, mientras que en el paradigma tradicional el equipo por sobre todo es mono disciplinar comandado y liderado por la medicina y, la comunidad es sólo colaboradora. Desde la perspectiva de la Salud Colectiva las dimensiones de las poblaciones son tomadas en cuenta, pero persiste la jerarquización en favor de los expertos académicos y/o políticos en el diagrama de las políticas y toma de decisiones. Si bien puede ser visto como un paso que avanza en la participación de las personas en la toma de decisiones, siguen existiendo en el modelo fuertes desigualdades de distribución y ejercicio del poder.

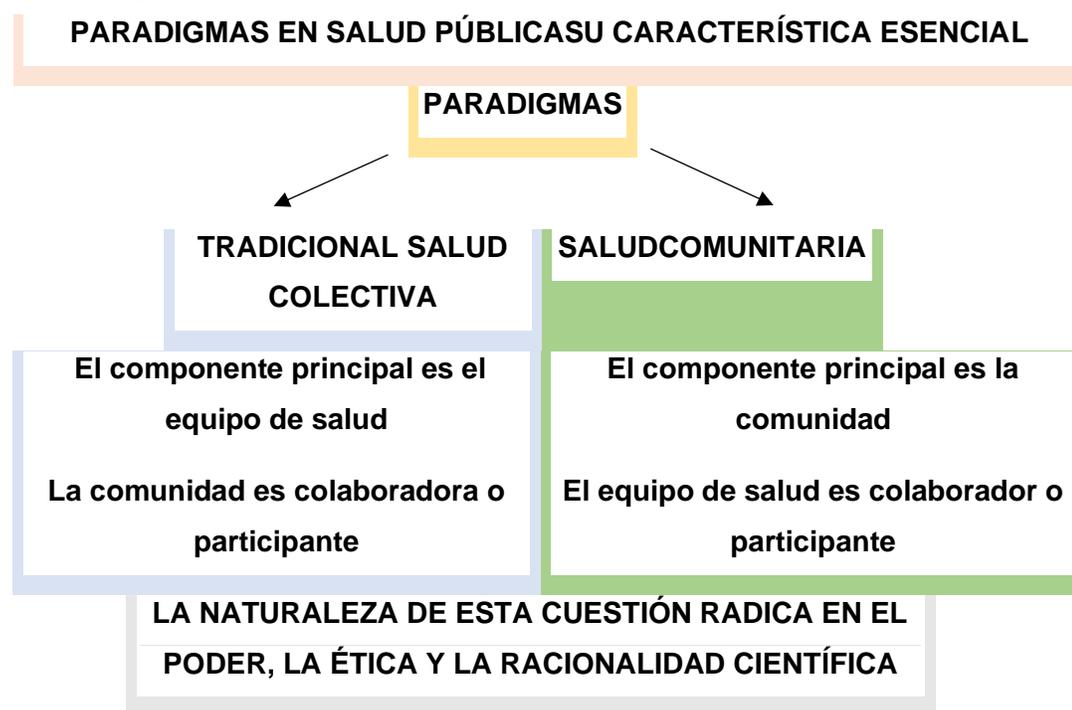
El paradigma de Salud Comunitaria surge según Saforcada desde “concepciones y prácticas que no surgieron de iniciativas provenientes de los ámbitos académicos sino de las comunidades...no está surgiendo de superestructuras sino del pueblo y dentro de este, de los sectores más desposeídos, más marginados” (2008, p. 11). El componente principal es la comunidad y los equipos multidisciplinarios de salud son colaboradores o participantes. Los equipos de salud participan tomando parte en las decisiones que la comunidad toma con relación a su propia salud. Desde este paradigma primaran las singularidades y los procesos comunitarios que responden a sus propias racionalidades y características. Será importante comprender las diferencias que se generan en torno a categorías como ser étnico – raciales, de género, culturales, de clase social ya que, serán primordiales y determinantes al momento

de pensar en acciones de salud. La perspectiva plantea trascender la mirada hegemónica e igualitaria que baja desde la Salud Pública para desviar el foco de atención en los procesos y posibilidades locales articuladas con las facilidades y oportunidades que se despliegan desde las centralidades. Para Saforcada, será en la reunión de Swampscott en 1965 con el origen de la Psicología Comunitaria que se comenzará con la noción de la Salud Comunitaria. En aquella reunión se planteó:

la necesidad de que la psicología asistencial desarrollara sus prácticas con la orientación más preventiva posible, dentro de las comunidades (sin encerrarse en edificios específicamente destinados a la atención de pacientes) y promoviendo la participación de los miembros de las poblaciones Saforcada (2008, p. 5)

Según el autor (2008, p. 5) lo más significativo que tuvo la reunión de Swampscott fue “sacar el sufrimiento mental del sistema institucional y amurallado de la atención de la enfermedad devolviéndole a su contexto natural: la comunidad” y así lograr una jerarquización de la promoción de la salud, “desdibujando los límites artificiales entre lo biológico y lo psicológico: la salud dejó de ser mental o somática para pasar a ser sólo salud y, por supuesto, también dejó de ser un problema individual para pasar a ser social” (2008, p. 5).

Figura 2. *Paradigmas esenciales en Salud Pública*



Nota: Saforcada, E. (2010). Paradigmas en Salud Pública. En Acerca del concepto de Salud Comunitaria. Revista It, 1 (1): 7 -19

1.4 Salud y enfermedad mentales

La definición de “salud mental” actual de la OMS hace referencia a:

un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2014)

que sigue el espíritu de lo planteado por el comité de expertos del año 1950. Por otro lado, no se visualiza en esta definición un vínculo entre este supuesto estado con el propio proceso de la salud en general y, concomitantemente con los procesos de la vida. Como nos sucede con la noción de salud, la de salud mental ha recibido fuertes críticas por su grado de reduccionismo y perfilamiento hacia un campo del saber. No obstante, también nos ofrece dimensiones de complejidad y complementariedad que nos permiten abrir compuertas que hasta hace no muy poco tiempo se encontraban cerradas. Siguiendo los aportes de Morales Calatayud y Pereyra (2017, p. 162) vemos como la definición de la OMS se adentra en tres aspectos desde donde se podrá operar en función de acciones y cambios en el campo mismo de la salud mental. En este sentido, la definición proporciona que deberemos considerar las “características psicológicas personales que deben estar presentes en el sujeto que protagoniza tal bienestar”, a decir de los autores una visión auto valorativa, cognitiva emocional y otra que se centrará en las capacidades tal como hemos mencionado en cuanto a la noción de salud que nos presenta Weinstein (1988, p. 45). Asimismo, plantean los autores que existe en la definición un acercamiento a la dimensión socio – psicológica cuando se menciona la contribución del sujeto a su comunidad. Sin dudas nos dicen también que la OMS con esta concepción se separa claramente y para mejor, de la noción de sanidad mental “que hasta la primera mitad del siglo XX se aplicaba para denotar que no había “insanidad” mental, lo que para aquella época remitía de inmediato a la locura” (Morales Calatayud y Pereyra, 2017, p. 162)

Ahora bien, definir y/o conceptualizar la salud mental es una tarea no exenta de dificultades y contradicciones. Durante cientos de años los seres humanos hemos estado

definiendo, redefiniendo y conceptualizando todo aquel comportamiento, pensamiento y/o emoción que consideremos por fuera de lo esperado dentro de alguna categoría de normalidad. Antes de ser enfermedad y enfermo mentales, la locura/el loco, ocuparon en algunos períodos históricos un lugar de devoción. Por otro lado, existieron prácticas como ser la trepanación para extirpar lo demoníaco de la persona, que también han generado significados y sentidos en torno a la salud mental. En la época moderna tal como nos muestra Michael Foucault en su obra “Historia de la locura en la época clásica” se establecen las bases conceptuales y utilitarias del gran encierro de las personas enajenadas, “locos y locas” y, se generan los grandes centros que posteriormente darán lugar a los manicomios (hospitales psiquiátricos). Se pasará del encierro de los leprosos, al de las enfermedades venéreas para finalmente encerrar la locura. En este sentido, adscribimos a lo referido por el autor en cuanto a que la locura y por consiguiente la enfermedad mental como noción elaborada por la medicina para atenderla, responden a una construcción social e histórica. Para Foucault (1969, p. 279):

La noción de locura tal como existe en el siglo XIX se ha formado en el interior de una conciencia histórica, y ello de dos maneras: primero, porque la locura en su aceleración constante forma como una derivación de la historia; y segundo, porque sus formas están determinadas por las figuras mismas del devenir. Relativa al tiempo y esencial a la temporalidad del hombre, tal nos parece la locura como es reconocida entonces, o al menos experimentada, mucho más profundamente histórica, en el fondo, de lo que es para nosotros. Y sin embargo, pronto será olvidada esta relación con la historia: Freud, penosamente, y de una manera que acaso no sea radical, se verá obligado a apartarla del evolucionismo. Y es que en el curso del siglo XIX habrá caído en una concepción a la vez social y moral por la que ha sido completamente traicionada. La locura ya no será comprendida como la contrapartida de la historia, sino como el anverso de la sociedad.

Estas construcciones tienen profunda relación con la producción de enunciados y discursos, que en algunos momentos han provenido de la religión y en otros de la cientificidad médica. Como nos aporta Szasz en Vázquez (2011, p. 16), existe una interrelación “Inquisición y el Movimiento de la Salud Mental”. Con el declinar de la visión teológica y su articulación política con los Estados teocráticos, surge toda una cosmovisión científica articulado con Estados “Terapéuticos” y que sella una nueva alianza con la medicina (psiquiatría en

particular) que captura los comportamientos denominados anormales. Para (Vázquez, 2011, p. 16):

el mito teológico de la herejía fue remplazado por el mito científico de la enfermedad mental, la persecución de brujas y herejes por la persecución de pacientes mentales y drogadictos, y la poderosa burocracia papal de la Inquisición por la poderosa burocracia estatal de la Psiquiatría Institucional.

Siguiendo al autor será preciso entonces analizar la producción de los discursos científicos reflexionando en cuanto a las condiciones materiales que posibilitan sus orígenes, modos de constitución, dado que los enunciados y discursos no son solamente productos, sino que son “fuerza productiva” (2011, p. 7). En este sentido “las disciplinas científicas pueden caracterizarse como discursos que crean y recrean los objetos de los cuales “fabrican” enunciados”. Es importante comprender esta articulación ya que nos proporciona una perspectiva de la ciencia como actividad que no representa verdades absolutas, sino como actividad y colectivo de personas que abordan problemas que se encuentran en constante dinamismo conceptual y epistemológico que genera verosimilitud, o sea una narrativa exitosa según el autor. Un poderoso ejemplo de la verosimilitud del discurso pseudo-científico de la psiquiatría ha sido la eliminación en 1997 de la homosexualidad de las categorías de trastornos mentales de la OMS, siendo el mayor acto terapéutico y curativo jamás visto en el campo de la salud mental. A través de un acto administrativo miles de millones de personas en el planeta pasaron de un trastorno a una cura automática.

Dentro de los enunciados y discursos solemos pensar que el modelo biomédico ha sido superado por el modelo bio-psicosocial. Lo cierto es que, si bien el modelo biopsicosocial de la salud y la salud mental ha aportado a desarrollar algunas estrategias en los campos de intervención, aún persisten enfoques centrados en lo biomédico que se encuentran fuertemente arraigados en los sistemas de asistencia. Esto produce el descuido y la imposibilidad de abordaje en un sentido complementario, integral y complejo. Según Pérez y Fernández (2008, p. 259) el modelo bio-psico-social funciona como una suerte de palabra talismán que conjurara todos los males en un modelo “estratificado que supone en la base una condición bio, de manera que lo psico y lo social serían capas y filtros por donde pasarían los síntomas hacia su manifestación y donde adquirirían el aspecto psicológico y social”. La base fundamental para intervenir serán los síntomas de origen cerebral. Para los autores “el modelo bio-psicosocial está prisionero del dualismo cuerpo-mente y está así embarazado de lo que quiere superar, el bio-centrismo, si es que realmente lo quiere superar” (2008, p. 259).

Un embarazo a su vez deseado por el mercado y las personas. Siguiendo la concepción planteada el modelo bio-psico-social se fundamenta entre tratamiento y rehabilitación y, entre psicofármacos y psicoterapia.

Conceptual y pragmáticamente para los autores existe otra forma de pensar los problemas psicológicos en la práctica clínica y sería en términos de:

un modelo contextual, no meramente ambiental, interpersonal o psicosocial, sino uno fenomenológico-conductual, interesado en la experiencia y la conducta de las personas de acuerdo con su biografía y circunstancias. Se trata de un modelo concebido sobre una base antropológico-filosófica, con cuatro aspectos que importa destacar aquí (2008, p. 259).

Este modelo consiste en tomar al ser humano como articulado e indisoluble del mundo en el que vive. Comprender que los estados de ánimo en sentido existencial de las personas son en relación con sus circunstancias, por lo tanto, estarán a “tono” con el mundo. Para los autores “siempre estamos en alguna situación (sitio, circunstancia, asunto) y de alguna manera (sintiéndonos cómodos, incómodos, alegres, tristes, tranquilos, inquietos)” (2008, p. 259). Por otro lado, comprender que la vida implica un devenir problemático constantemente. En este sentido no se refieren a la vida como un problema que siempre es necesario sacar adelante y hacerse cargo (2008, p. 260).

El modelo contextual no niega los factores biológicos implicados en los problemas psicológicos, tampoco los pone por encima. Sino que los considera integrados en las maneras aprehendidas de percibir y responder a ellos. No se consideran una a los factores biológicos como una:

fuerza natural directa o una irritación basal que a través de capas psíquicas y sociales se manifestara. El modelo considera que la experiencia vivida, la interpretación y la reacción que se dé a los factores biológicos es determinante para el papel que puedan tener en los problemas psicológicos. El problema psicopatológico no está en el miedo, la ansiedad, la pena, la tristeza e incluso las voces alucinatorias sino en la relación que uno tiene con tales eventos y experiencias (Pérez-Álvarez et al, 2008). Como dice Lipchic (2004), el “sentimiento de tristeza puede considerarse un problema si se cree que es una enfermedad, o una solución si significa que una persona que ha estado

eludiendo la aflicción termina por aceptar una pérdida. (Pérez y Fernández, 2008, p. 261)

Finalmente nos detendremos en la relación salud mental y ser humano. Miranda (2018, p. 93) realiza en este sentido un análisis basado en referencias de la OMS para la salud mental. En primera instancia se propone acercarse al Informe sobre la Salud en el Mundo del 2001, donde se dice que la salud mental se entiende como: bienestar subjetivo, percepción de la propia eficacia, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. A continuación, el autor articula con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020, donde la OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (OMS, 2013, p.9). Para Miranda (2018, p. 93) es correcto hablar exclusivamente de salud mental para el ámbito de lo humano, dado que las definiciones hacen relación a aspectos que solamente los seres humanos somos capaces de llevar adelante. Este pensamiento le llevará a fijar su atención en la antropología filosófica para delimitar las características de lo humano y a la psicología dadas la histórica separación existente entre al campo de lo natural (biológico) y los humano (social). En palabras de Miranda (2018, p. 93) “el mundo y el yo, la res extensa y la res cogitans”. Lo cual a su vez delimitaría los campos de acción disciplinares. La medicina a cargo de la maquinaria corporal y la psicología probando suerte en el campo de la salud mental del sujeto. Pero como no hay una única psicología, tampoco habrá una sola manera de aproximarse a la salud mental (Miranda, 2018, p. 93).

Conceptualizar la noción de salud mental nos lleva en la mayoría de las veces a pensar en términos de su opuesto la enfermedad mental. Este constructo tampoco se encuentra libre de controversias. Es así como existen múltiples referencias que hacen a la dificultad de pararnos desde la posición de la enfermedad mental para comprender y generar acciones en función de los fenómenos que tienen que ver con la subjetividad de los seres humanos. Según Szasz (Velázquez, 2011, p. 14) la noción de enfermedad mental responde a una construcción de “carácter pseudo-científico” y se puede analizar perfectamente considerando:

la evolución de los diagnósticos según las costumbres y las variantes culturales. A fines del siglo XIX, los psiquiatras trataban sobre todo a los histéricos y epilépticos. La histérica, como la bruja de la Edad Media, era generalmente una joven. De hecho, explica Szasz, la histeria no es otra cosa que una categoría verbal inventada por Charcot, el maestro de Freud, para medicalizar los conflictos que surgen entre las

mujeres jóvenes y su entorno. Hoy, la histeria ha desaparecido prácticamente -y sin tratamiento-, como diagnóstico ha caído en desuso. Ha sido reemplazada por la esquizofrenia y la paranoia. La conclusión de Szasz es que lo que nos molesta ha evolucionado...El concepto de enfermedad mental nos permite acomodar comportamientos que nos cuesta aceptar que puedan ser normales y ello porque atentan contra nuestro narcisismo primario. Conductas como, por ejemplo, el crimen. Hoy los criminales ya no son ejecutados; sino son tratados...

Para Szasz (1994, p. 125) “en la actualidad, buscamos y logramos negar las controversias sociales, morales y personales refugiándonos apresuradamente en el juego médico” y a su través “este juego constituye uno de los principales modelos contemporáneos que nos permite comprender el mundo que nos rodea”. La noción de la enfermedad mental en articulación con la medicina psiquiátrica y la justicia establecen categorías comportamentales. En el análisis de Szasz se destaca la imprecisión científica de la noción de enfermedad mental, así como lo inapropiado de su aplicación en las dimensiones médicas, jurídicas, morales y políticas de la vida. Para el autor la mente, lo mental y la enfermedad mental no pueden ser reducidas a registros anatómicos y bioquímicos como en el caso del corazón, el hígado u otros órganos. Por lo que “cuando hablamos de enfermedad mental estamos hablando en sentido figurado, como cuando alguien declara que la economía está enferma” (Vázquez, 2011, p. 9), lo cual no es negar las enfermedades neurológicas, así como la locura, el uso problemático de drogas, los conflictos sociales, etc.

La diferencia entre trastorno y enfermedad mental es otro aspecto para considerar dado que no han dejado de ser categorías que representan dificultades al momento de operar en salud mental. Para la Dra. Sandra Romano (2013, p. 12), directora de la cátedra de Psiquiatría de la UdelaR “la noción de enfermedad implica una estructura o función anormal en alguna parte del cuerpo”. Sin embargo, la Profesora refiere que, a falta de un proceso fisiopatológico demostrable, se usa la categoría enfermedad desde un enfoque conceptual bajo los supuestos que rasgos y manifestaciones (síntomas y signos) que se identifican a un conjunto de personas pueden ser entendidos y controlados desde este enfoque. La idea de enfermedad mental, por definición, deberá incluir entonces una etiología biológica conocida. A falta de evidencia biológica contundente como para otras enfermedades, se ha optado por categorizar bajo el rótulo de trastorno una agrupación de síntomas que según convencionalismos sociales e históricos un grupo de experto considera como patológicos. Los trastornos mentales entonces hacen referencia a un conjunto de síntomas que perfectamente

y desde un enfoque conductual, son aprendidos. En este sentido, el trastorno se acepta como categoría descriptiva de un cuadro clínico o "agregado de conductas", pero no se entiende al trastorno como causa de los síntomas, sino como la descripción misma de dichos síntomas. Ahora bien, como hemos mencionado anteriormente no es cuestión de negar el sufrimiento y/o malestares psicológicos de las personas, pero para actuar es necesario explorar otros modelos de comprensión de las situaciones que sean menos arbitrarios en su construcción. Por ejemplo, pensemos como nos plantea el autor cual es la diferencia entre el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por Estrés Agudo. El factor diferencial aquí es el tiempo. Pero resulta sumamente intrigante que sea un mes, no dos, no tres. Que se deba esperar este lapso para generar el diagnóstico de trastorno de Estrés Post – traumático cuando las manifestaciones entre ambos trastornos son las mismas y, las intervenciones terapéuticas no diferirán sustancialmente. El Trastorno bipolar y la Esquizofrenia guardan cierta relación, ambas son estructuras psicóticas, a pesar de formar categorías psiquiátricas muy distintas (trastorno afectivo y trastorno psicótico, respectivamente) que inducen a pensar que tendrán abordajes psiquiátricos y psicoterapéuticos sustancialmente diferentes. En resumidas cuentas, ninguna de las dos categorías, trastorno y/o enfermedad mental, ofrece respuestas científicamente comprobables.

La consideración de los problemas psicológicos en salud mental tal como enfermedades se ha sostenido en la hipótesis que tiene un efecto positivo considerar los problemas en salud mental desde una perspectiva médica y de enfermo/enfermedad. Que este derrotero reduce los juicios estigmatizantes y la discriminación. A decir de Pérez y Fernández que “los modelos de enfermedad biológica son desestigmatizantes y dan seriedad en comparación con los modelos psicológicos”. Lo que realmente sucede es que el modelo biológico y la política subyacente de enfermedad mental siguen siendo estigmatizante y en más de los casos violatoria de los derechos humanos en pos de ayudar paternalmente al paciente psiquiátrico/enfermo mental. Según nos dice Pérez y Fernández “la explicación psicológica sería la correcta, política y científicamente” (2008, p. 257), dado que se centran en considerar los síntomas psiquiátricos y/o manifestaciones que el sujeto realiza en relación con su sufrimiento, padecimiento y/o malestar. La explicación psicológica toma que estas reacciones son entendibles y, que se vinculan a eventos vitales estresantes como pueden serlo situaciones vividas de abuso infantil, pobreza y estrés laboral, entre otros. Desde esta concepción se podría aportar a reducir el estigma y la discriminación de las personas usuarias de los servicios de salud mental (Pérez y Fernández, 2008, p. 257).

Finalmente hay que mencionar que, durante el siglo XIX, surge la relación entre salud y condiciones de vida determinantes de enfermedad. Se comienza a hablar de salud mental en los ámbitos clínico, social, cultural, aunque siempre el concepto de salud mental sería definido en función del concepto de enfermedad mental, “así cuando se piensa y planifica en salud mental, las propuestas y proyecciones empiezan y terminan en enfermedad mental. Desde este punto de vista, la salud mental es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas” (Macaya, Pihan y Vicente, 2018, p. 342)

Según Miranda (2018, p. 87) es difícil encontrar un concepto tan difuso y recurrido al mismo tiempo como el de salud mental. Para el autor la noción de salud mental se utiliza indistintamente para:

aludir a un estado o condición del individuo, a un campo -conceptual y práctico- dentro de la salud pública, a una serie de patologías psiquiátricas y problemas psicosociales, incluso a un conjunto de iniciativas sanitarias, sociales y políticas, herederas, primero, del ya mítico Movimiento de Higiene Mental impulsado por Clifford Beers –un expaciente psiquiátrico en EE.UU. a comienzos del Siglo XX, y luego, de los imperativos sociales de la segunda mitad de los años '40. (Miranda, 2018, p. 87).

Tal como nos pasa con la noción de salud, acudimos a una naturaleza polisémica e imprecisa del concepto de salud mental no exenta de conflictos epistemológicos para establecer cómo se vinculan la salud y lo mental (Macaya, Pihan, Vicente, 2018, p. 340).

Emiliano Galende afirma que:

el padecimiento queda situado en el escenario individual de la existencia de las personas afectadas. Asimismo indica que el objeto de la salud mental no es la enfermedad, sino que se constituye en torno a un complejo constructo interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional, la multiplicidad de sentidos con los que el término salud mental fue introducido, generó un nuevo foco desde el cual abordar los problemas y este era el de comprender los sufrimientos mentales del individuo en el conjunto de sus relaciones familiares, grupales, y sociales en un sentido amplio...El objeto de la salud mental no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad. Entonces es posible sostener que la salud depende de todos sus elementos y se encuentra históricamente determinada e íntimamente unida a las condiciones de existencia, estilos de vida y de convivencia,

en relación inclusiva con la colectividad a que se pertenece (Macaya, Pihan y Vicente, 2018, p. 343)

En esta construcción encontraremos diversas fuentes al concepto de Salud Mental como ser los que provienen de la medicina (psiquiatría - enfoque en la funcionalidad del sujeto), la psicología (psicoterapias - enfoque en la funcionalidad y sabiduría), la espiritualidad (psicoterapias - enfoque en la sabiduría y bienestar psicosocial) y la sociopolítica (enfoque crítico - bienestar psicosocial). En este sentido Restrepo y Jaramillo (2012, p. 208) proponen diferentes concepciones de salud mental en el campo de la salud pública, que responden a intereses y diferencias epistemológicas.

Tabla 1. *Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública*

Concepción biomédica
(mente como procesos biológicos, salud mental como ausencia de trastornos según el DSM y/o CIE, enfermedad mental como desórdenes de procesos cerebrales, la intervención es farmacológica, electroconvulsoterapia)
Concepción conductual
(se deja de lado la mente para pasar a la conducta, la adaptación como ajuste al contexto y sistema productivo, es visto como desajuste o alteraciones del hábito, intervención mediante enseñar, entrenar. Enfoque preventivo.)
Concepción cognitiva
(mente como procesos cognitivos que determinan como sentirse, pensar y comportamientos. La capacidad de adaptación racional a demandas externas e internas es el tema central. El problema son las distorsiones o irracionalidades del pensamiento que generan desajustes y afectaciones emocionales. La intervención es corregir los pensamientos disfuncionales (creencias, irracionalidades, distorsiones cognitivas. Enfoque preventivo.)
Concepción socioeconómica
(mente como una construcción dinámica y emergente de interacciones sociales y condiciones de existencia. La salud mental se piensa en términos de derechos y desarrollo humano. El problema radica en la expresión de las condiciones socioeconómicas del contexto y las contradicciones sociales. La intervención se centra en los modos de vida y las condiciones de vida. Se vuelca a generar entornos saludables. Intersectorial, enfoque de promoción de la salud)

Nota: Elaboración propia en base a Restrepo, D. y Jaramillo, J. (2012). *Concepciones de Salud Mental en el campo de la Salud Pública* (p. 208)

Para los autores la construcción de “una” salud mental es:

un artilugio sincretista, puesto que, en sentido estricto, no existe una categoría homogénea y unificada, con bordes epistemológicos, teóricos y metodológicos bien

definidos de lo que podamos llamar “salud mental” Esta polifonía tiene sus raíces en razones de índole conceptual, ideológica, antropológica y/o filosófica, que dan paso a múltiples versiones de lo que entendemos por salud mental. (Restrepo y Jaramillo, 2012, p. 207)

Este movimiento permite que se realicen bajo la etiqueta salud mental las más diversas investigaciones sobre trastornos mentales, operando así en el desarrollo de políticas públicas y programas que tienen centralidad en “curar, corregir, tratar o prevenir la enfermedad mental” (Restrepo y Jaramillo, 2012, p. 208). La noción de salud mental está netamente vinculada a una posición política que la sustenta y, para la cual es funcional, no siendo suficiente un cambio en cuanto a concepciones patologizantes del sujeto, sino que es necesario un “cambio de racionalidad y sobre todo un cambio en la posición política” (2012, p. 208)

En este sentido la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida (Macaya, Pihan y Vicente, 2018, p. 343).

Para From (Macaya, Pihan y Vicente, 2018, p. 344) salud mental será el producto de la situación específicamente humana con la cual el hombre llega al mundo que determina en él ciertas necesidades que son insoslayables, pues deben ser satisfechas. De qué manera estas necesidades son satisfechas es algo que dependerá sobre todo del contexto histórico-social y natural. La forma en que estas necesidades sean adecuadamente satisfechas o no determinarán finalmente el grado de salud mental que el hombre pueda desarrollar.

La salud mental es un campo plural e interdisciplinario que recibe contribuciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía, etcétera). Asimismo, en cada disciplina existen diversas orientaciones que tienen concepciones idiosincrásicas y defienden abordajes diferentes y, a veces, difíciles de conjugar, sobre la salud mental (Macaya, Pihan y Vicente, 2018, p. 347). Otra dificultad importante que complica la definición de la salud mental es el concepto que cada cultura o sociedad tiene sobre la salud y la enfermedad mental. Lo que en una cultura puede ser considerado como normal y sano en otro contexto cultural o en otro momento social puede ser tomado por anormal o patológico. (Macaya, Pihan, Vicente y 2018, p. 351)

Por lo pronto, habría que cuestionar si los problemas en salud mental y, los problemas psicológicos son enfermedades como otras, como la diabetes o el reuma. Para Pérez y Fernández está lo suficientemente claro que “las entidades naturales son realidades o condiciones indiferentes a las concepciones e interpretaciones que se tengan de ellas, mientras las entidades interactivas son realidades o condiciones influidas por las concepciones e interpretaciones que se tenga de ellas” (2008, p. 257). Por lo que esta interpretación se ajusta al marco que venimos trabajando. Los autores refieren por ejemplo que la depresión “viene dada por las prácticas culturales relativas a la sensibilidad emocional, la experiencia de las situaciones vitales, la forma de vivir las dificultades y, en fin, el modo de enfrentar los problemas de la vida (pérdidas, frustraciones, etc.)” (2008, p. 257). No es una entidad natural, sino que se forman y se expresan clínicamente en función de un contexto psicosocial e histórico determinando. En esta línea argumentativa los problemas en salud mental y psicológicos tienen origen para los autores en problemas de la vida tales como pérdidas, frustraciones, decepciones, conflictos, abusos, maltratos, flaquezas, miserias, infelicidades, entre muchos otros.

Capítulo 2: La Psicología de la Salud

2.1 Psicología de la salud

La Psicología de la Salud es un campo según Morales Calatayud aún emergente, en constante construcción y que articula conocimientos provenientes del ámbito sanitario. En este sentido, la Psicología de la Salud amplía y cuestiona el modelo médico hegemónico centrado en la enfermedad, monodisciplinario y de etiología biologicista, incorporando nuevos saberes, teorías y prácticas sobre el proceso salud - enfermedad - atención. La Psicología de la Salud proporciona una “mirada más ampliada, aspectos subjetivos, contexto sociohistórico, cultural y económico, que se objetiviza en el individuo, colectividades, instituciones sanitarias y extra sanitarias” (Sívori, 2010, p. 3). Saforcada (2012, p. 127) propone pasar de un “modelo individual restrictivo” a un “modelo social expansivo” y desde la Psicología de la Salud analizar y generar instrumentos para los niveles de atención, gestión sanitaria, formación de recursos humanos, planificación política y concepción ideológica del campo sanitario. Serán cometidos de la Psicología de la Salud intervenir desde su marco en los diferentes niveles de atención, la gestión de servicios sanitarios con un enfoque interdisciplinar e intersectorial, la formación de recursos humanos desde un criterio holístico, así como aportar a las políticas públicas

relacionadas a la salud incluyendo el factor humano y la salud como derecho básico que habilita otros derechos.

Para Taylor en 1986 (Piña y Rivera, 2006, p. 671) comprende cuestiones psicológicas de la prevención, el mantenimiento de la salud, tratamiento, intervención en aspectos psicosociales, en instituciones sanitarias, así como con profesionales relacionados al campo de la salud. Peña (2006, p. 671) plantea que existe a su vez una diversidad de definiciones a lo largo del tiempo que responden a diferentes concepciones y modelos. En este sentido realiza una sistematización que incluye momentos y autores que se han referido al tema. Siguiendo a Peña (2006, p. 672):

Stone diría que La Psicología de la Salud es una especialidad de la psicología que aplica los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema en el sistema de salud; niveles de atención a la salud, salud pública, educación y planificación de la salud, o bien de otros componentes del sistema.

Matarazzo en 1980 la refiere como “contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas” (Piña y Rivera, 2006, p. 671). Torres y Beltrán en 1986, entienden que implica la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) entre el equipo de salud y la población, desde donde mancomunadamente se identifica e intenta dar respuesta a los problemas de salud. En Bloom (1988) es el estudio científico de la conducta, las ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad. Holtzman, Evans, la definen como una relación biopsicosocial de la mente y el Kennedy e Iscoe (1988) cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud. Rodríguez y Palacios hacen referencia a que la Psicología de la Salud permite incidir en cuidado, mantenimiento y promoción de la salud, interviniendo en la organización del comportamiento individual y colectivo aplicando metodologías psicológicas. Carrobes (1993) la sitúan como una especialidad de la psicología que se centra en los problemas de la salud, sean físicos o médicos, para así “prevenir su ocurrencia o de procurar su rehabilitación, siempre con base en los conocimientos, principios y la metodología científica, añadiendo que el comportamiento constituye uno de los determinantes principales, tanto de la salud como de muchas enfermedades” (Piña y Rivera, 2006, p. 671). Para Morales (1997) es una rama “aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes de

comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud, fundamentalmente”.

Para Parra (2006, p. 673) es un:

campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos —saber acerca de las cosas— como las competencias —saber hacer las cosas de modo eficiente— indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud

Hernández y Grau (2005, p. 2) establecen que el desarrollo de la Psicología de la Salud se debe al resultado de tres aspectos históricos fundamentales; limitaciones y controversias del modelo biomédico, fracaso de los sistemas sanitarios en cuanto a una mirada descontextualizada de los problemas en salud y, finalmente dar respuesta a que las creencias, conductas, emociones, actitudes, apoyo social y como otras variables psicosociales inciden en los procesos de salud-enfermedad.

Los primeros inicios sobre la Psicología de la Salud comenzaron a desarrollarse con el programa doctoral en Psicología de la Universidad de Minnesota, Estados Unidos (EEUU) en 1974 (programa Health Care Psychology). Para 1978 en California, George Stone proponía un nuevo currículo en Psicología, aludiendo a los términos de Health Psychology. Para el verano de ese año surgiría la División 38 (Health Psychology) de la American Psychology Association (APA).

Por otro lado, Morales Calatayud identifica que en Cuba entre los años 1968 y 1973 se comienza a producir un aumento de psicólogos en los servicios del Primer Nivel de Atención. A partir de 1974 y hasta el año 1984 se produce la consolidación de la Psicología de la Salud y, se funda la Sociedad de Psicología de la Salud. Se profundiza a su vez la práctica desde el PNA, se vincula la Medicina Comunitaria, se integran psicólogos en hospitales. Finalmente para Morales se inicia un período de perfeccionamiento y mejora de las

dificultades a partir de 1985. Actualmente los psicólogos en Cuba se desempeñan en el Sistema Nacional de Salud, en el PNA dentro de los equipos básicos. Existe en este sentido una importante incorporación de psicólogos y psicólogas en todas esferas de la salud; centros hospitalarios, institutos de investigación. A su vez los psicólogos de las Facultades de Ciencias Médicas realizan trabajos docente-asistencial en el PNA o en los hospitales de las facultades (Hernández y Grau, 2005, p. 8).

En otros países también se desarrolló la Psicología de la Salud con sus propias improntas. En España en la década del 70 se comienza a trabajar en la noción de salud general como forma de superar la fragmentación y separación que se tiene con la salud mental. Se comienzan a realizar estudios enfocados en hábitos y estilos de vida resaltando la dimensión social y comunitaria. En Argentina la Psicología de la Salud cuanta como referente a Enrique Saforcada quien la denomina "Psicología Sanitaria". Para Saforcada ya habían antecedentes con exponentes como Bleger (Psicología como preventiva) y Pichon Riviere, ambos incluían lo psicosocial en su praxis. Los referentes más directos del enfoque argentino son la Psicología Comunitaria Norteamericana y la Psicología de la Salud Cubana. Saforcada propone dos modelos de abordaje en salud para la Psicología Sanitaria, que convergen con mayor preponderancia uno y mayor insipiencia el otro; el modelo individual restrictivo versus el modelo social expansivo. Propone que la Psicología Sanitaria debe seguir un modelo salubrista incorporando el factor humano articulado a un modelo antropológico que tome al sujeto y su cultura, desde lo psicológico, sus vivencias en relación con el placer, dolor y deseo. Pone al sujeto y su subjetividad, además de los aspectos sociales, económicos, en el centro del análisis e intervenciones desde la Psicología de la Salud

Finalmente, en Uruguay la Psicología de la Salud continúa en un camino de construcción. Mientras se producían notables avances en cuanto a la Psicología de la Salud en EEUU, Cuba y España, en Uruguay se asistía al desmantelamiento de la Universidad de la República y reestructuración de la formación en psicología por intermedio de los gobiernos dictatoriales. Los eventos políticos de la época (1973-1984) han significado un atraso en el desarrollo de la Psicología de la Salud. Si bien posterior a la apertura democrática se desarrollan en la Facultad de Medicina, la Psicología Médica y la formación en Psiquiatría, será recién con la creación del área de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República en el año 1992 cuando se comienza a trabajar en este campo. Posteriormente entrado el siglo XXI se creará el Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología. Esta nueva institucionalidad vendrá a sustituir el área de Psicología

de la Salud del año 92. Actualmente no existe en el país una formación específica en Psicología de la Salud. No obstante, existe una Especialidad en Psicología en Servicios de Salud con residentes que se integran en el efector público del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En cuanto a corrientes, enfoques y disciplinas que han aportado a la constitución de la Psicología de la Salud encontramos la Psicología Clínica, Psicología Comunitaria, Medicina Conductual y Medicina Psicosomática.

La Psicología Clínica tiene su origen formal con la clínica de Witmer en 1907. Es el área de la psicología con mayor tradición y conceptualización. Su campo de intervención incluye la comprensión, explicación, diagnóstico, evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas psicológicos. Desde esta perspectiva se le dará mayor importancia a intervenir en los problemas psicológicos desde lo individual y lo grupal.

La Psicología Comunitaria trabaja desde “la comprensión, explicación y solución de los problemas desde el punto de vista supraindividual (social o comunitario), enfocando su atención preferentemente en el cambio y la mejora del entorno social” (Hernández y Grau, 2005, p. 12). Bennet y cols (1966) “la definen como el estudio de los procesos psicológicos generales que vincula los sistemas sociales con la conducta individual en una interacción compleja” (Hernández y Grau, 2005, p. 12). Para Sarason (1973) implica el estudio del “impacto psicológico de las comunidades próximas y distantes, la evolución de las comunidades y las maneras como el conocimiento psicológico puede aplicarse a la facilitación del cambio social adaptativo” (Hernández y Grau, 2005, p. 12). La Psicología Comunitaria es una alternativa a la Psicología Clínica. Sus inicios datan del año 1965 en la Conferencia sobre la Educación de Psicólogos para la Salud Mental Comunitaria, realizada en la ciudad de Swampscott en EEUU. La Psicología Comunitaria surge a su vez por la insatisfacción con el modelo médico, la limitación de la psicoterapia, el rol tradicional del psicólogo centrado en el psicodiagnóstico, los avances de las ciencias del comportamiento y, la apertura y activismo social en EEUU que permitieron generar programas comunitarios (Morales Calatayud, 1997, p. 53). Para (Costa, 1984) los problemas de salud pueden ser reducidos desarrollando sistemas comunitarios competentes (escolar, laboral, sanitario), competencias en el ciudadano, cambios ecológicos para disminuir estrés económico y social (Hernández y Grau, 2005, p. 13). La Psicología Comunitaria enfoca sus acciones en las competencias de los sujetos desde una perspectiva ecológica, de cambio social, intervención en crisis y la creación

de una sensación psicológica de bienestar en la comunidad, desde el grupo, un barrio, un colectivo, una comunidad, entre otros. No obstante, a decir de Morales Calatayud “es un modelo funcionalista, y no siempre corresponde a las realidades de los sistemas de salud no logra rebasar el campo de la llamada salud mental” (Hernández y Grau, 2005, p. 13) y, en consonancia con Saforcada (1992) “no considera a sistemas y estructuras más amplias fuera de los determinantes socioambientales del nivel ecológico de la comunidad considerada” (Hernández y Grau, 2005, p. 13).

La Medicina Conductual integra conocimientos de diferentes disciplinas biomédicas como son la anatomía, fisiología, bioquímica, epidemiología, endocrinología, neurología y, psicosociales como son la psicología del aprendizaje, la terapia y modificación de conducta, la sociología, antropología. Está enfocada en la promoción y mantenimiento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Es definida como la “aplicación de técnicas psicosociales al campo de la salud y la enfermedad físicas, en un sentido más restringido es resultante de la aplicación de la psicología experimental a la práctica médica, quedando fuera las técnicas no conductuales y los problemas de naturaleza no física” (Hernández y Grau, 2005, p. 13).

Otras disciplinas que han contribuido al desarrollo de la Psicología de la Salud son la Psicología Médica y la Medicina Psicosomática. La primera hace referencia a la psicología aplicada a los problemas planteados por la Medicina (Hernández y Grau, 2005, p. 14). La Medicina Psicosomática, basada en el psicoanálisis, ponía de relieve el papel que podrían jugar en el desarrollo de las enfermedades ciertos determinantes psicológicos (conflictos no resueltos, vivencias y emociones, necesidades insatisfechas) sobre la base de rasgos o patrones de la personalidad o conflictos psicosexuales no resueltos.

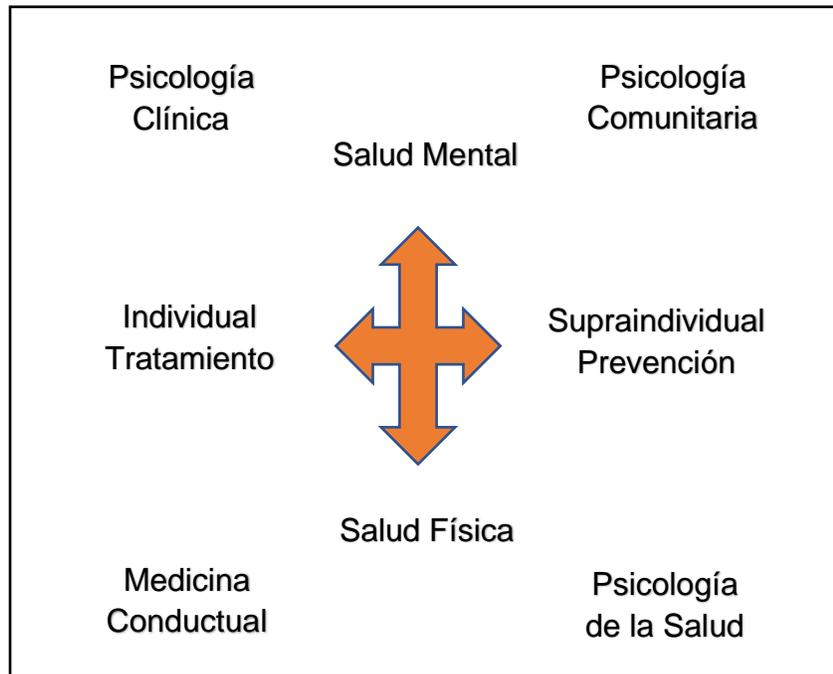
Tabla 2. *Disciplinas afines a la Psicología de la Salud*

Disciplinas	Objeto	Modelos	Énfasis en:	Sujetos
Psicología Clínica	Trastornos psíquicos	Conductual, emocional y psicométrico	Diagnóstico y tratamiento	Individuos
Medicina Conductual	Trastornos físicos	Cognitivo – conductual	Tratamiento	Individuos

Psicología de la Salud	Salud y problemas diversos (mediatizadores del modelo salud-enfermedad)	Motivacional, emocional, cognitivo-conductual, psicométrico, integrando el epidemiológico y sociopsicológico	Promoción y prevención	Individuos, grupos y comunidades
-------------------------------	---	--	------------------------	----------------------------------

Nota: Extraído de Hernández, E. Grau, J. (comps) (2005). Psicología de la Salud: aspectos históricos y conceptuales. En Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones (p. 19)

Figura 3. Definición convencional de relaciones entre Psicología Clínica, Psicología Comunitaria, Medicina Conductual y Psicología de la Salud



Nota: Extraído de Hernández, E. Grau, J. (comps) (2005). Psicología de la Salud: aspectos históricos y conceptuales. En Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones (p. 19)

Para Hernández y Grau (2005, p. 20) la Psicología de la Salud incluye una perspectiva integradora con un enfoque desde el modelo biopsicosocial, promoción y mantenimiento de la salud, prevención primaria de la enfermedad, perspectiva ecológicacomunitaria, evaluación, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, formación de profesionales de la

salud, articulando dos características; investigación y aplicación clínica, en cualquier fase del proceso salud-enfermedad y, la intervención en individuos, grupos y comunidades.

En este sentido algunos de los objetos de estudio e intervención en Psicología de la Salud serán las creencias y conductas de salud, estilos de vida y el estrés, emociones, apoyo social, motivación por el cuidado de la salud o el tratamiento para una enfermedad, habilidades sociales y comunicativas, hábitos y conductas ocupacionales, autocontrol personal, estilos de afrontamiento ante situaciones vitales, patrones de vulnerabilidad psicosocial o propensión a enfermar, características personales de resistencia, adaptación a la enfermedad, calidad de vida percibida, entre otros.

El trabajo en Psicología de la Salud está dirigido a personas sanas, en riesgo de enfermar o ya enfermas, así como grupos y comunidades. Los métodos generales básicos son el clínico, el sociopsicológico y el epidemiológico (Hernández y Grau, 2005, p. 20).

2.2 Promoción de la salud; “Nueva Salud Pública”

Será sobre el fin de la década del 70 que se comenzará a profundizar el enfoque de Promoción de la Salud (PS) con un interés institucional. Es en esta década que se originan varios movimientos que nos llevan a pensar la salud desde otros lugares. En 1978 se produce la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud, donde se sientan las bases estratégicas en salud para lograr equidad y reducción de las desigualdades en el acceso a la salud. Será en este momento histórico a su vez que se comenzarán a abordar con mayor detenimiento los determinantes de la salud, luego del alboroto generado a nivel mundial por el informe Lalonde de 1974. Para De Lellis, Interlandi y Martino (2015, p. 22) fueron tiempos intensas propuestas que desembocaron en un movimiento denominado “la Nueva Salud Pública”. Este movimiento se contraponía a la visión de la salud pública tradicional, de intervenir únicamente desde los aspectos biológico del sujeto y del medio ambiente, un ejemplo puede ser el enfoque de tratamiento de excretas y limpieza del sistema de alcantarillado. Según Czeresnia (s/f. p.1), serán Leavell y Clark quienes definieron la promoción como uno de los elementos centrales del PNA en cuanto a la Medicina Preventiva en 1976. A posterior la noción de promoción sería nuevamente abordada y trabajada con mayor profundidad en Canadá, EEUU y Europa occidental. Se produce una revalorización de la promoción de la salud, con un nuevo discurso y más acorde con el pensamiento médico social del siglo XIX y de referentes como Virchow, Villermée, Chadwick. Para (Czeresnia, s/f,

p. 2) “la elaboración de políticas públicas intersectoriales, orientadas a la mejora de la calidad de vida de la población” fueron posibles gracias a los debates internacionales que significaron y posibilitaron una mirada progresista. Para el autor evidentemente la promoción de la salud trasciende el campo tradicional específico de la salud, ampliando las acciones hacia una “perspectiva local y global, además de incorporar elementos físicos, psicológicos y sociales” (Czeresnia, s/f, p. 2).

En 1986 asistimos a la Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, en la ciudad de Ottawa, Canadá. En dicha instancia se proclamará una concepción institucional sobre la noción de Promoción de la Salud, así como su definición como Nueva Salud Pública, donde “la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca... acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (Czeresnia, s/f, p. 5). En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986 se plantearon cinco ejes fundamentales de trabajo; construir Políticas Públicas Saludables, crear entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales), fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales y/o estilos de vida saludables y reorientar los servicios de salud. Las definiciones generadas en la conferencia marcaron el devenir político de la Promoción de la Salud como campo disciplinar en construcción. Según Restrepo y Málaga (2001) en De Lellis, Interlandi y Martino (2015, p. 25):

frente a la consabida crisis del concepto biomédico de salud, las acciones de PS comienzan a transformarse en una prioridad. La PS se sustenta principalmente en un paradigma holístico de la salud, que integra todas las características del bienestar humano, conciliando dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones del ser humano... además de tener donde vivir, qué comer, dónde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, también se necesita disponer de ciertos prerrequisitos básicos, tales como la paz, la justicia, una existencia digna, y también la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer, de tener acceso al arte y la cultura y de llegar a una vejez sin discapacidades y con la plena posibilidad de continuar disfrutando hasta que el ciclo vital llegue a su fin

Ahora bien, en los últimos 20 años se han generado diversidad de definiciones sobre Promoción de la Salud donde los autores De Lellis, Interlandi y Martino (2015, p. 25) destacan

la aportada por la OPS en 1990; “como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” y, la de Nutbeam en 1986 como “proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud”.

En cuanto a la propuesta metodológica para concretar las acciones en Promoción de la Salud, la literatura consultada nos aporta que es necesario optar por un enfoque interdisciplinario que pueda incluir a la sociología, la psicología, la epidemiología, la comunicación, la filosofía, la economía, la medicina social y la educación. La concreción de los objetivos debe perseguirse desde un nivel estructural que implica modificar las dimensiones físicas, sociales, culturales y políticas mediante una perspectiva pública que incluya la PS. Para Zurro y Jordar la PS “constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (2011, p. 230). En este autor, referente para la Medicina Familiar, las estrategias deberán ser planificadas y desarrolladas interdisciplinariamente contando con la plena participación de las personas y comunidades. Será necesario para Zurro y Jordar reconocer los factores socioeconómicos apuntado a generar:

condiciones de vida que apoyen la salud y refuercen los comportamientos positivos relacionados con la misma. Se refiere a responsabilidad institucional en el abordaje de los determinantes de la salud, llevando el tema a una concepción de responsabilidad social que implica la plena participación de las comunidades tal como se ha expresado en diferentes conferencias internacionales (2011, p. 214).

Como vemos, la PS no se basa entonces en campañas y en folletos informativos. Sino que implica fuertemente “políticas sanitarias y no sanitarias como herramientas de mejora de las condiciones en las que las personas desarrollan su vida y en la capacitación de estas, sus comunidades y las instituciones relacionadas” (Zurro y Jordar, 2011, p. 216). Por otro lado, es necesario además de las políticas públicas se deberán implementar espacios de “capacitación de las personas, las comunidades y las instituciones” (Zurro y Jordar, 2011, p. 212). Por lo que la estrategia de Educación para la Salud (EPS) será otra de las estrategias principales consideradas por el autor y las agencias internacionales.

La Promoción de la Salud como campo de conocimientos nuevo no se encuentra por fuera de tensiones propias a su construcción. Si abordamos la definición de la Conferencia de Ottawa veremos qué consiste en un enunciado nada sencillo de llevar adelante. Esto se puede deber a las diferentes interpretaciones que, a su vez se encuentran originadas en diferentes marcos conceptuales operativos. Para Chapela (2008, p. 10) existen serias diferencias en las concepciones que denomina empoderante y emancipadora en Promoción de la Salud como estrategias para proporcionar a los pueblos los medios para mejorar su salud y ejercer el control sobre esta. Para la autora, siguiendo la noción de Ottawa, la salud en aquella conferencia hace referencia a un recurso para la vida de todos los días. Por lo tanto, la PS implica que se generen estrategias que aporten al bienestar subjetivo físico, mental, social a nivel individual y colectivo. Siendo capaces de “identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (Chapela, 2008, p. 2).

En este enfoque si bien existe una responsabilidad individual y colectiva, es competencia y responsabilidad de los gobiernos y de los Estados el asegurar “las condiciones básicas que hacen posible el desarrollo de la capacidad saludable de la población” (Chapela, 2008, p. 2). Al ser la salud un recurso, la enfermedad pasa al lugar de uno de los tantos factores que pueden impactar en el “desarrollo de la capacidad humana saludable” (Chapela, 2008, p. 2). En este sentido cabe destacar lo pronunciado en la Conferencia Internacional de Bangkok, 2005 en Tailandia, donde se propone que para lograr esos compromisos se deberá defender y accionar en salud:

con base en los derechos humanos y la solidaridad social; invertir en políticas, acciones e infraestructura sustentables encaminadas a atender las determinantes de la salud; generar políticas, liderazgo, práctica de promoción de la salud, transferencia de conocimiento, investigación y 'alfabetización' en salud; regular y legislar para asegurar un alto nivel de protección contra el daño y proveer con igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar a toda la población; y construir alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales, internacionales y la sociedad civil para crear las acciones sustentables (Chapela, 2008, p. 3).

Todos estos discursos y enunciados no nos apartan de las dificultades y problemáticas de poder que atraviesan a la Promoción de la Salud. En las estrategias que se ofrecen, según la autora, encontramos un amplio espectro de discusiones que nos llevan a considerar a la

PS netamente como un instrumento técnico del mercado. Se restaría de esta forma la profundidad conceptual y posibilidad de cambios que la PS puede generar en los pueblos. En este sentido Chapela propone un corrimiento de la noción de empoderamiento para comenzar a trabajar desde una noción apoderante. Sus argumentos vienen dados en que las acciones desplegadas en PS a través de las agencias internaciones comprenden formas francamente paternalistas, asistencialistas, románticas e idealistas (Chapela, 2008, p. 4). Se genera desde lo que denomina Promoción de la Salud Empoderante una iniciativa que se enfoca en la enfermedad, no en el proceso salud-enfermedad o la salud como recurso, condicionando todos los aspectos de la vida a una mirada médica que todo lo define e interviene;

la sexualidad, la reproducción, la unión de parejas, el trabajo, el significado de crecer, comer, recrearse, la escuela, la familia, la auto y heterodefinición de sanidad mental, lo bueno y lo malo, lo que está y lo que viene. La omnipresencia y el efecto del discurso médico sobre los cuerpos y su desconocimiento del cuerpo revelan la importancia de considerar al cuerpo/significado para definir la salud (Chapela, 2008, p. 9).

No obstante, el registro apoderante propone pensar la Promoción de la Salud Emancipatoria, donde las prácticas conduzcan al logro de la integralidad de las personas. La Promoción de la Salud Emancipatoria tiene como condición:

para la salud, a la emancipación de los sujetos y que el alivio de la pobreza y la enfermedad son un resultado de la emancipación mientras que la promoción de la salud empoderante considera prioritario el alivio de la enfermedad en donde el empoderamiento es utilizado como instrumento práctico para prevenir la enfermedad (Chapela, 2008, p. 10).

Por otro lado, desde lo emancipatorio se pondrá el foco en que los “seres humanos como sujetos éticos capaces de construir conocimiento independientemente de los expertos o de las instituciones y, con base en ese conocimiento, dar significado, valor y sentido a su mundo y práctica” (Chapela, 2008, p. 10) y, no como sujetos a los cuales es necesario inculcar una ética de cuidados sobre sí mismos.

Tabla 3. *Enfoques empoderante y emancipatorio en Promoción de la Salud*

	Empoderante	Emancipatorio
La enfermedad	Es el enfoque	Es uno de los resultados
Prioridad	La enfermedad	La integralidad de las personas
Meta	Que la gente entienda y reflexione sobre los conocimientos construidos y seleccionados por expertos	Autonomía del sujeto cognoscente para construir conocimiento
Medios	Reflexión sobre problemas propuestos, conformados o dirigidos desde el conocimiento experto que tiene que ver con la realidad vivida por el sujeto. Provisión de conocimiento seleccionado acerca de esos problemas.	Reflexión sobre los problemas de la realidad de los sujetos, identificados por ellos mismos. Acceso libre a todo tipo de conocimiento necesario para estudiar y resolver esos problemas. Acceso a los instrumentos para construir autónomamente conocimientos y habilidades nuevas

Nota: Extraído de Chapela, M. (2008). Promoción de la Salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria (p. 10)

2.3 Derechos Humanos

Según el Servicio de Paz y Justicia (Serpaj, 2007) existen tres grandes enfoques que definen los derechos humanos:

Tabla 4. Concepciones sobre los Derechos Humanos

Concepciones sobre los Derechos Humanos		
Iusnaturalista	Positiva	Histórico – cultural
<ul style="list-style-type: none">- Naturales- Innatos- Inalienables <p>Estado garante de las libertades civiles y políticos, pero sin intervenir.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Son incorporados a las normas jurídicas- No son naturales sino políticos- Hay una generalización de los derechos que no contempla lo singular	<ul style="list-style-type: none">- construcción entre normas jurídicas y valores éticos, mutuamente influidos- surgen de movilizaciones y reclamos llevadas adelante por la sociedad a través de sus organizaciones- relación de interdependencia conflictiva

Nota: Elaboración propia a partir de Serpaj (2007). Si decimos Derechos Humanos.

La primera de las concepciones, la iusnaturalista, hace especial referencia a un enfoque que si bien parte desde la antigua Grecia tiene fundamental desarrollo desde el siglo XVII. Para el iusnaturalismo los derechos humanos son naturales, innatos, inalienables e imprescriptibles. Proviene de un derecho natural con énfasis en una dimensión ética más que jurídica. El artículo 72 de la constitución de Uruguay es en este sentido. Desde este enfoque se aporta la noción de universalidad de los derechos humanos por ser solamente naturales. Por otro lado, este precepto ha sido generado por el hombre blanco occidental, desconociendo las singularidades de otras culturas. Otro aspecto positivo es que los derechos humanos son anteriores al contrato social y, la preexistencia del hombre y la sociedad. Los derechos al estar dados no necesitan de una organización ni tampoco de la participación para que se concreten. No obstante, requieren de un Estado liberal. Se reivindica la libertad humana donde el Estado debe mantener límites en sus actividades garantizando esta libertad, así como los derechos civiles y políticos. En este sentido se propone la no intervención en el mercado. En este enfoque se priorizan las libertades individuales (civiles y políticas) en el entendido de igualdad entre todos y todas. El problema aquí es que no se visualizan las singularidades y particularidades de cada persona provocando más desigualdades reales.

La concepción positivista es propia del siglo XX de la mano de las democracias liberales. Sobre esta base se han creado los ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales. Cuando se refiere a “positivo” se hace en el sentido que se forma parte del Derecho Positivo que ha sido incorporado a las normas de un país. Siguiendo a Serpaj (2007, p. 3) no son derechos naturales sino políticos. Como elementos positivos según los autores

se destaca que están escritos, lo cual sería una garantía frente abusos e incumplimientos. Por otro lado, se plantean las dificultades que al estar escritos en normas jurídicas las mismas quedan fijas por mucho tiempo y se dificulta su adaptación relacionada a los cambios sociales. Asimismo, como se generalizan los derechos no existe la posibilidad de contemplar las singularidades y particularidades que influyen la concreción de los derechos humanos como ser la etnia, edad, género, situación socio - económica, etc.

La concepción histórica - crítica propone que los derechos humanos son la construcción entre normas jurídicas y valores éticos, mutuamente influidos, que establecen entre sí una "relación de interdependencia conflictiva" (Serpaj, 2007, p. 4). Surgen de movilizaciones y reclamos llevadas adelante por la sociedad a través de sus organizaciones, produciendo el reconocimiento de los derechos humanos por parte de los Estados y la comunidad internacional. Son derechos creados culturalmente, conflictivos en sí mismos, entre unos y otros dado la confrontación de intereses, finalmente son interdependientes, indivisibles e integrales. En esta concepción los derechos humanos son "una totalidad compleja y toda clasificación es arbitraria y su elaboración responde sólo a necesidades de comprensión, pero no puede justificar una jerarquización" (Serpaj, 2007, p. 5). Ahora bien, al referirnos a la necesidad de movilizaciones que se plantean desde esta concepción y, tal como refieren los autores será necesario que las personas visualicen y problematicen las situaciones de injusticia. En cuanto a los encuentros y desencuentros entre los derechos podemos ver que existe una tensión entre el relativismo social y la universalidad. La plena vigencia de un derecho puede llegar a limitar a otro derecho y se establece un interjuego de poder entre derechos y actores sociales. A su vez las relaciones recíprocas hacen que los abordajes y prácticas se encuentren en un campo de dificultades recurrentes.

Para Sorondo (Serpaj, 2007, p. 7) los derechos humanos son valores proclamados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas en el año 1948. En este sentido, para el autor los derechos humanos orientan y proporcionan el deber ser a los marcos jurídicos. El centro de interés es la dignidad humana y, realiza una crítica sobre la realidad imperante cuestionando las condiciones sociohistóricas. Para el autor (2007, p. 10) se pueden caracterizar los derechos humanos en cuatro etapas históricas:

- primera etapa desde el comienzo de la historia de la humanidad hasta el siglo XVIII donde prima la teoría iusnaturalista.

- segunda etapa que corresponde al período de la revolución francesa (1789, Declaración de los derechos del hombre y el ciudadano), la independencia de los Estados Unidos de América y las enmiendas independentistas (1776) y la constitución norteamericana (1787). Son los llamados derechos de Primera Generación donde se conquistan fundamentalmente libertades para las personas. Según el campo de inocencia son considerados: **derechos civiles y políticos; derecho a la libertad, igualdad, propiedad, seguridad y pensamiento** (derechos de libertad, derechos “naturales e imprescriptibles del hombre”).
- tercera etapa, denominados como Derechos Segunda Generación, que hacen referencia a las condiciones necesarias para la concreción de los derechos de Primera Generación. Estos reclamos tienen gran influencia y relación con los movimientos de la Internacional Socialista: **derechos sociales, económicos y culturales (derechos de igualdad)**.
- finalmente, el cuarto momento histórico se corresponde con la conquista de los derechos de los pueblos. Tercera Generación de Derechos Humanos relacionada con los cambios geopolíticos devenidos de los procesos de descolonización en el mundo, especialmente con la declaración de los países no alineados proclamada en la Conferencia de Argel en 1976.

Los Derechos Humanos son una construcción colectiva que tienen diferentes puntos de anclaje. Uno de ellos, que recoge los derechos de primera y segunda generación (derechos a la vida, libertad, participación política, salud, asistencia médica, bienestar, trabajo, etc), es la Declaración de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948 en la ciudad de París en el marco de las Naciones Unidas. No obstante, posteriormente en el año 1969, se han generado Pactos Internacionales que consagran y profundizan los acuerdos de las naciones para la concreción de los derechos. Estos son:

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

ambos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica.

Ahora bien, cuando nos referimos a los DDHH debemos considerar que tienen relación con las condiciones mínimas que son necesarias para concretar los mismos. La perspectiva y el enfoque de los DDHH ubica la responsabilidad que tienen los Estados, en respetar,

proteger y adoptar medidas necesarias para garantizar los DDHH de todas las personas, adoptando asimismo medidas especiales para distintos grupos vulnerados (étnico racial, migrantes, trabajadores, niñas/niños/adolescentes, personas privadas de libertad y liberadas, género, diversidad y disidencias sexo - genéricas, discapacidades, salud mental). Los derechos enuncian dimensiones que son necesarias para el desarrollo de una vida digna para todas las personas. Las medidas a adoptarse desde las políticas públicas deben estar centradas en las necesidades de la ciudadanía, con el fin de garantizar todos sus derechos, en condiciones de igualdad.

Por lo tanto, si bien existen diversas definiciones sobre los DDHH y, que cada persona puede tener la propia, a modo de orientar el trabajo hemos tomado la referida a que los "Derechos humanos son aquellos derechos –civiles y políticos, económicos, sociales y culturales– inherentes a la persona humana, así como aquellas condiciones y situaciones indispensables, reconocidas por el Estado a todos sus habitantes sin ningún tipo de discriminación, para lograr un proyecto de vida digna" (Martínez, 2008, p. 7). En este sentido y siguiendo la bibliografía:

son valores fundamentales vinculados con la dignidad, la libertad y la igualdad de las personas, exigibles en todo momento y lugar. Son, por lo tanto, anteriores y superiores al Estado, el cual no los otorga, sino que los reconoce y, por lo tanto, es el principal obligado a respetarlos y garantizarlos. Son inherentes a la persona humana...siendo lo importante entenderlos, asimilarlos y "vivirlos" día a día como condiciones elementales para que todas las personas logren desarrollarse como tales, independientemente de sus preferencias, necesidades y circunstancias particulares

Como características fundamentales encontramos que los DDHH son según las Conferencias Mundiales de Derechos Humanos de la ONU de Teherán (1968) y de Viena (1993); universales, indivisibles, interdependientes y complementarios, irrenunciables e imprescriptibles, inalienables e inviolables, no son suspendibles salvo excepcional y temporalmente en circunstancias muy especiales.

Considerando los campos de intervención en DDHH encontramos las siguientes categorizaciones (Martínez, 2008, p. 18):

- **Derechos civiles, políticos:** vida, honor, integridad personal, libertad ambulatoria o libertad de tránsito, seguridad personal, libertad de pensamiento, conciencia y religión, libertad de expresión, libertad de reunión y asociación, garantías del debido proceso, derecho al nombre y la nacionalidad, a la identidad personal.
- **Derechos políticos:** También son derechos individuales, pero atienden directamente a la participación en los asuntos públicos, desde la elección de gobernantes hasta su propia opción de ser elegidos para cargos públicos (voto o sufragio, derecho a ser electo, referéndum para temas de interés general, etc.).
- **Derechos económicos:** Propiedad privada, comercio e industria, libertades económicas, etc.
- **Derechos sociales:** Son los derechos colectivos por naturaleza. Responden a satisfacer un derecho individual, pero con proyección de satisfacer el bien común (salud, trabajo, educación, vivienda, alimentación, derecho de protección a los consumidores, etc.).
- **Derechos culturales:** Son otra dimensión de derechos colectivos, pero tienen connotaciones grupales en el caso de grupos étnicos (participar y beneficiarse del arte, la pintura, la música, la poesía, derecho a la identidad cultural, idioma, etc.).

Como se ha mencionado los DDHH no son otorgados por los Estados y/o las formas políticas organizativas de los pueblos, sino que son estas instituciones las responsables, garantes y protectoras de estos. En este sentido es que cabe la obligación y responsabilidad a los Estados de generar todas las políticas públicas en base al enfoque de DDHH. En esta línea la Comisión Internacional de Derechos Humanos trabaja promoviendo principios del enfoque de derechos humanos y las políticas públicas.

En agosto de 2005 se llevó adelante la sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en la ciudad de Bangkok, Tailandia. Dicho encuentro tuvo como resultado la Carta de Bangkok donde se recomiendan una serie de acciones que articular la Promoción de la Salud profundizando desde la perspectiva de los derechos humanos. Entre estas acciones se recomienda:

abogar por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad, invertir en políticas, medidas e infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud, crear capacidad para el desarrollo de políticas, el liderazgo, las prácticas de promoción de la salud, la transferencia de conocimientos y la investigación, y la alfabetización sanitaria, establecer normas reguladoras y leyes que

garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños y la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas, y asociarse y establecer alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles (Acuña, 2014, p. 202).

2.4 Determinantes y determinación social de la Salud

Para la Morales Calatayud:

Es necesario tener en cuenta, y no sólo a nivel de las representaciones populares, que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas también por otras situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad. Por eso hoy puede decirse que las definiciones de salud y enfermedad requieren de una aproximación que dé cuenta de su complejidad (1997, p. 3).

Se presenta como necesario comprender las nociones de determinantes de la salud (DS), determinantes sociales de la salud (DsS) y determinación social de la salud (DSS), que si bien en apariencia parecen un juego de palabras en el que se intenta decir lo mismo, la realidad marca que tienen diferencias significativas entre sí.

La teoría que la salud se encuentra determinada por varios aspectos recoge la impronta aportada por Lalonde en su Informe sobre la Salud de los Canadienses de 1974. En el informe se consigna que “una importante proporción de las muertes prematuras, y de las incapacidades que sufrían los canadienses, eran prevenibles a través de medidas que trascendían la acción de los servicios médicos” (De Lellis, Interlandi y Martino, 2015, p. 21). Se desprenden cuatro campos fundamentales para valorar el grado de salud de las poblaciones; la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud. De esta forma se comienza a transitar un camino de superación de otros modelos para explicar e intervenir en el campo de la salud. Según los autores hasta el momento de la aparición del informe Lalonde el campo de paradigmas de la salud continuaba bajo la égida del modelo causa simple/efecto simple propio de las enfermedades infecciosas, el modelo de causa múltiple/efecto simple (modelo de tríada ecológica) frente a los cambios

en los perfiles epidemiológicos mundiales, asociados a la reducción de la mortalidad por infecciones y al aumento de las muertes y los daños producidos por enfermedades crónicas no transmisibles. Este modelo refiere más de una causa y, que por sumatoria de las causas se produce la enfermedad. Se conceptualizan los factores de riesgo para enfermedades específicas. La epidemiología introduce, la noción de asociación causal que vendrá a superar al de causa. Finalmente, el modelo de causa múltiple/efecto múltiple que es lo mismo que hablar sobre el concepto de campo de salud, "Susser y Susser (1996) desarrollaron una conceptualización, a través de explicaciones multinivel, que agrupa desde las vías causales a nivel social hasta la patogénesis a nivel molecular. La enfermedad es concebida como un evento poblacional que tiene lugar en múltiples niveles sistémicos, interconectados y jerarquizados" (De Lellis, Interlandi y Martino, 2015, p. 32).

Por otro lado, es importante no perder de vista que las relaciones multicausales no pueden ser consideradas nuevamente como una variante del modelo monocausal. Lo social deber ser comprendido y analizado en profundidad dado que "el estatus de posición al que está adscrita una persona en un sistema estratificado de relaciones sociales" (De Lellis, Interlandi y Martino, 2015, p. 32), determinan su forma de enfermar y ser en salud. Siguiendo a Morales Calatayud tal vez la multicausalidad sugiere que "diversas causas actúan por agregación o adición para producir la enfermedad, y al parecer lo que ocurre es que diversas causas interactúan siguiendo un patrón de potencialización recíproca en el que no puede obviarse la variable temporal, el hecho es que hablar de multiplicidad de causas nos puede ayudar a entender mejor las cosas" (1997, p. 13). El planteo de Morales Calatayud nos lleva a reflexionar acerca de las siguientes preguntas:

¿qué se puede entender por "equilibrio" y qué es "lo armónico"? ¿qué es una "interrelación favorable"? ¿qué podría ser considerado un "funcionamiento correcto"? ¿qué podría entenderse como "el ejercicio de todas las potencialidades" de un ser humano concreto en un ambiente específico? ¿cuáles características del ambiente (ya sean naturales o sociales) y de la idiosincrasia de los individuos son las que favorecen la aparición de una enfermedad particular o de un cierto grupo de enfermedades? ¿hasta qué punto las características del ambiente o las de la idiosincrasia influyen o determinan la adopción de un tipo particular de interrelación? ¿cómo se manifiesta el problema de lo heredado y lo adquirido (y muy especialmente en esto último lo adquirido mediante el aprendizaje) en la conformación de la idiosincrasia? Sí las causas son múltiples, entonces, ¿cómo es la relación dialéctica entre ellas? ¿cuáles son principales

y cuáles son accesorias? ¿cuáles predisponentes y cuáles desencadenantes? ¿cuándo una causa es necesaria y cuándo es suficiente? ¿cómo opera la variable tiempo en la causalidad? (Morales Calatayud, 1997, p.13)

Inicialmente el concepto de determinantes sociales de la salud (DsS) cobra fuerza en la década de los 90, debido a las limitaciones presentadas por los modelos de causalidad anteriormente expuestos. Los DsS se definen como “un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998). Una sumatoria de causas, sin especificar las posibles relaciones o asociaciones entre ellas. Posteriormente, la OMS complejiza esta conceptualización, considerando que los DsS son las “condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; siendo que estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales y políticas que operan en diversos niveles: global, nacional, regional, local” (OMS, 2009).

Los modelos sobre DsS permiten la construcción de marcos explicativos. Dahlgren y Whitehead plantean un modelo en capas de la influencia en la determinación de la salud, con interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, ubicadas en los individuos, los grupos comunitarios y las circunstancias sociopolíticas son las que permiten explicar cómo se determinan los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones. El modelo se representa con anillos concéntricos poniendo en el centro a las personas

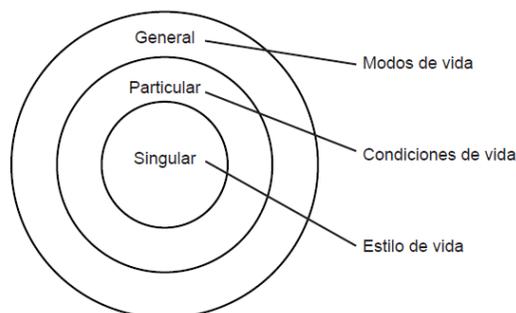
Figura 4. Diagrama de semicircular de Dahlgren y Whitehead



Nota: Extraído de De Lellis, M. Interlandi, C. Martino, S. (2015). Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción. En Perspectivas en salud pública y salud mental (p. 34)

Pedro Castellanos plantea una visión dialéctica entre los niveles de determinación de la salud. Para este autor, cuando se analiza el perfil de salud de un grupo de población se pueden identificar procesos generales del modo de vida de la sociedad como un todo, procesos particulares inherentes a las condiciones de vida del grupo en cuestión y sus interacciones con otros grupos, y procesos singulares inherentes al estilo de vida personal o de los pares y/o grupos trazados sobre los vínculos más próximos de pertenencia.

Figura 5. Modelo de determinantes de la salud de Pedro Castellanos



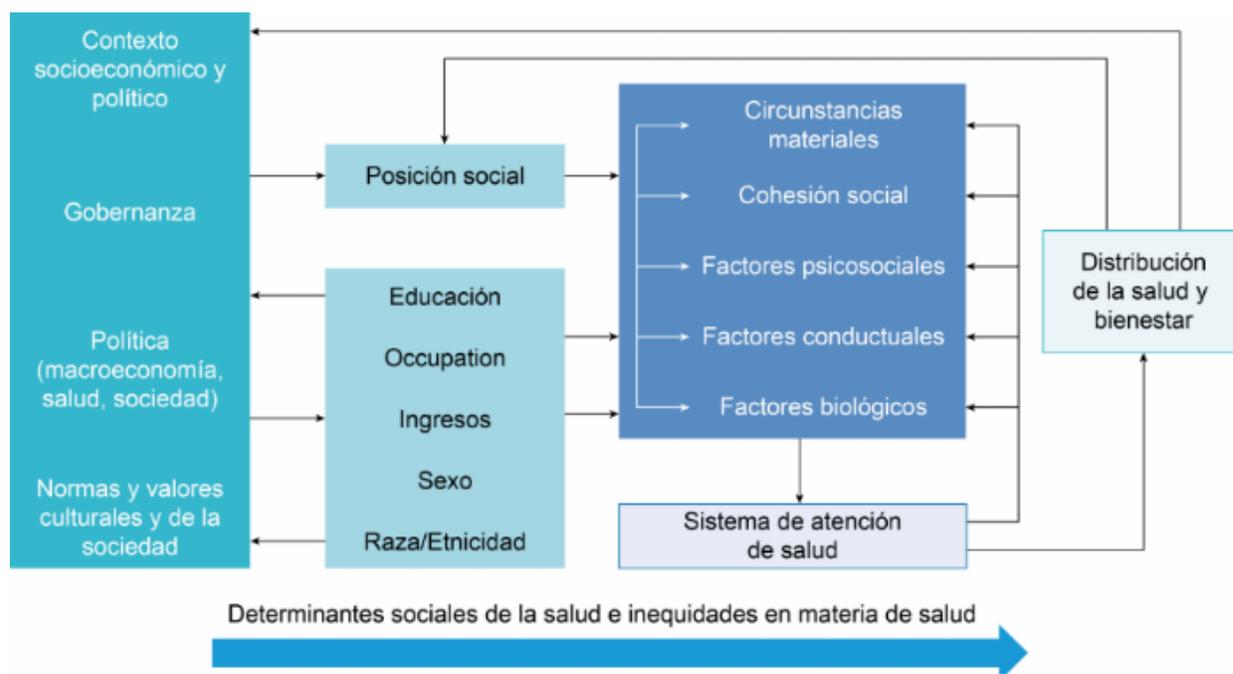
Nota: Extraído de De Lellis, M. Interlandi, C. Martino, S. (2015). Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción. En *Perspectivas en salud pública y salud mental* (p. 36).

Castellanos describe una serie de procesos sociales mediadores que determinan y condicionan la salud-enfermedad de las poblaciones y los clasifica en: a) biológicos; b) ecológicos; c) psicológicos y culturales; d) económicos.

En este devenir histórico, tal como nos aportar Jaime Breilh, en la década de los 70 cobran importancia dos enfoques epidemiológicos principales en torno a la comprensión social de la salud. En primera instancia el saber epidemiológico clásico con cierta visión de autores como McKeown y Dubos, relacionando con los estudios Whitehall y el Informe Black se complementa con los aportes de Whitehead, Marmot y colaboradores y, Diderichsen y colaboradores, para elaborar una propuesta relacionada a los determinantes sociales de la salud. Estos antecedentes servirán para el trabajo realizado posteriormente por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS en el año 2008, donde se propone mejorar las condiciones y trabajar fuertemente en la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. De esta forma se enfoca a eliminar las desigualdades en términos de salud.

Por otro lado, surge en los 60 y 70 en Latinoamérica una propuesta alternativa proveniente de la medicina social y salud colectiva con base en la determinación social de la salud (DSS) y la epidemiología crítica. La idea central de este nuevo movimiento “es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina. Por ello la insistencia en la determinación social del proceso salud-enfermedad” (Morales, Borde, Eslava y Concha, p. 799). Citando a Breilh el paradigma de los DsS “convierte las estructuras sociales en variables y no en categorías de análisis del movimiento histórico de acumulación (2013, p. 18) y por lo tanto no se puede ofrecer una crítica de como la organización social de la sociedad de mercado tiene profundas consecuencias en la salud de las personas.

Figura 6. Modelo de determinantes sociales de la salud OMS (2008)



Nota: Extraído de Breilh, j. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). (p. 19)

Tabla 5. *Diferencias entre determinación y determinantes sociales de la salud en base a Breilh*

Determinantes sociales de la Salud	Determinación social de la Salud
Sociedad en su realidad poblacional, como sumatoria de individuos.	Sociedad como totalidad irreductible a la dinámica individual.
Perspectiva funcionalista de la sociedad, con privilegio de la idea de homeostasis como pauta y de cualquier alteración como desviación	Perspectiva conflictual de la sociedad. Relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social
Subjetivo referido al individuo y separado de lo objetivo y de lo social que lo contiene	No privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, recoge en la categoría de modos de vida tanto procesos de producción, como de reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso salud enfermedad en lo singular, particular y general
Factores de riesgo sin historia, cuya relación con el individuo está dada por la probabilidad, en un lugar y tiempo definido	Peso a los cambios en la correlación de fuerzas sociales y a la transformación de la calidad de vida con base en la contra-hegemonía de las clases subordinadas frente al poder económico, ideológico y político de las clases dominantes
Mayor potencial de cambio a las acciones estatales orientadas a fortalecer las políticas y programas sociales, los acuerdos económicos y la gestión política.	La inequidad social es el resultado de las relaciones de poder y de dominación.
No cuestiona las bases estructurales de las inequidades en salud que están relacionadas con el modelo de acumulación capitalista	Las inequidades en las relaciones de poder le quitan al sujeto sus posibilidades de realización vital, en tanto configuran una matriz de "triple inequidad" conformada por la inequidad de género, de etnia y de clase social.
Noción liberal de justicia, según la cual se acepta como justo la acción individual moralizante que conlleva castigo sobre los enfermos.	

La política de salud desde esta noción propende por el logro de igualdad mediante acciones de justicia distributiva con subsidios cruzados, beneficencia y cooperación

Las formas de producción capitalista y producen inequidades sociales e inequidades en salud.

Nota: Elaboración propia en base a Morales, Borde, Eslava, J. Concha, S. (2013) ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas.

El paradigma de la epidemiología crítica trabaja, desde una intersección popular-académica;

de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la plena bioseguridad mediante una investigación intercultural, interdisciplinaria y basada en la comunidad, que busca alimentar un proceso de reforma crítica, cuyo eje estratégico es el apoyo desde la ciencia epidemiológica a la defensa de los derechos. Una investigación y monitoreo enfocados en los procesos críticos de la salud, y proyectados hacia el horizonte de una nueva civilización que pueda ser saludable y biosegura, produciendo conocimientos críticos, instrumentos técnicos y herramientas para la rendición de cuentas y control social sobre los grandes dominios de la determinación social general que se expresan en las 4 “S” de la vida (civilización sustentable, soberana, solidaria, saludable/biosegura).

La noción de la epidemiología crítica de Laurell y Breilh, se aleja del enfoque lineal para introducirse en una “comprensión dialéctica de proceso de determinación por generación y reproducción, donde opera el movimiento entre subsunción y autonomía relativa, para soslayar una posible interpretación lineal del movimiento de determinación” (Breilh, 2013, p. 20)

Figura 7. Niveles de determinación social de la salud e interacción

	Procesos productores soportes/valores		Procesos destructivos malsanos/contravalores
Sociedad general	Procesos de cooperación, complementación, metabolismos protegidos		Lógica de acumulación, dominación y metabolismo destructivo
Modos de vida (grupos)	Procesos saludables en el modo de vida	↔	Procesos malsanos o insaludables en el modo de vida
Estilos de vida (individuales)	Procesos saludables en el estilo de vida		Procesos malsanos o insaludables en el estilo de vida
Organismo/psiquismo	Fisiología Bienestar y Decisión		Fisiopatología Malestar y Fracaso

Nota: Extraído de Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). (p. 20)

Capítulo 3: Caja de herramientas para inter-venir desde el PNA

3.1 Esquizoanálisis y subjetividad

El Esquizoanálisis es un sistema de pensamiento originado por Guattari y Deleuze. Es un psicoanálisis político y social, no porque generalice Edipo en la cultura, sino porque se propone mostrar la existencia de una investidura libidinal inconsciente de la producción social histórica, distinta de las investiduras conscientes que coexisten con ella. (Guattari y Deleuze, 1982, p. 104). No se propone resolver Edipo, sino desedipizar el inconsciente para llegar a los verdaderos problemas (Guattari y Deleuze, 1982, p. 87) y, así llegar a la producción de las máquinas deseantes y a las investiduras económicas y sociales.

El objetivo del esquizoanálisis será analizar específicamente las investiduras libidinales de lo económico y lo político para mostrar que el deseo puede verse determinado a desear su propia represión en el sujeto que desea. Es crítico en el sentido que lleva la crítica

a Edipo. El problema no es Edipo sino la misma existencia de Edipo como sistema que sustenta estos problemas. Para los autores el trabajo desde el esquizoanálisis será desarmar, dismantlar Edipo, “la ilusión del yo, el fanteohe del super-yo, la culpabilidad, la ley, la castración” (Guattari y Deleuze, 1982, p. 321), realizando un verdadero raspaje del inconsciente, de creencias, “escenas de teatros griegos... donde se debe desgajar los flujos desterritorializados del deseo, en los elementos moleculares de la producción deseante” (Guattari y Deleuze, 1982, p. 324). Se seguirán las líneas de fuga y los índices maquínicos hasta las máquinas deseantes (Guattari y Deleuze, 1982, p. 350).

El esquizoanálisis consiste en descubrir las investiduras libidinales del campo social, sus conflictos interiores, relaciones con las investiduras preconsciouses, las máquinas deseantes y de la represión de deseo (Guattari y Deleuze, 1985, p. 392). Se constituye sobre la base de una tesis muy simple: el deseo es máquina, síntesis de máquinas y disposición maquínica — máquinas deseantes, “el deseo pertenece al orden de la producción, toda producción es a la vez deseante y social” (Guattari y Deleuze, 1982, p. 306). La participación de lo social, del campo social en el devenir subjetivo será primordial y trascendente. En este sentido proponen el descubrimiento de las investiduras “inconscientes del campo social por el deseo” (Guattari y Deleuze, 1982, p. 173). Desde el esquizoanálisis se renuncia a todo tipo de actividad interpretativa en el entendido que se renuncia a “descubrir un material inconsciente” (Guattari y Deleuze, 1982, p. 187). El inconsciente no quiere decir nada ya que lo que hace es construir máquinas del deseo:

cuyo uso y funcionamiento el esquizoanálisis descubre en la inmanencia con las máquinas sociales...el inconsciente no dice nada, máquina...no es expresivo o representativo, sino productivo. Un símbolo es únicamente una máquina social que funciona como máquina deseante, una máquina deseante que funciona en la máquina social, una catexis de la máquina social por el deseo. (Guattari y Deleuze, 1982, p. 187)

El inconsciente esquizoanalítico no reconoce personas, conjuntos, leyes, imágenes, estructuras y símbolos. Se produce a sí mismo, es abstracto y no es estructural ni simbólico, ya que su realidad es la de lo Real en su producción, en su organización misma. No es representativo, sino tan sólo maquínico y productivo. En este sentido los autores proponen que asistimos a dos interpretaciones del inconsciente; esquizoanalítica y psicoanalítica.

Tabla 6. *Interpretaciones del inconsciente; esquizoanalítica y psicoanalítica.*

Inconsciente esquizoanalítico	Inconsciente psicoanalítico
esquizofrénico	neurótico-edípico
abstracto y no figurativo	imaginario
concreto	simbólico
maquínico	estructural
molecular, micropsíquico, micrológico	molar o estadístico
materialista	ideológica
productivo	expresivo

Nota: Elaboración propia en base a Guattari y Deleuze (1982). En antiedipo (p. 115)

El psicoanálisis presenta un modelo de psique basado en el estudio de las neurosis, centrado en la persona, en las identificaciones, operando desde la transferencia e interpretación. Por otro lado, el esquizoanálisis se basa en las investigaciones acerca de la psicosis, no utiliza sistemas personológicos para categorizar el deseo y niega toda eficacia a la transferencia e interpretación (Guattari y Rolnik, 2006, p. 368). En este sentido es importante diferenciar entre los conceptos molar y molecular dado que ambos remiten a determinantes psicológicos. Lo molar y lo molecular hacen referencia a un modo de organización de los flujos, estratos y agenciamientos. El orden de lo molar responde a “estratificaciones que delimitan objetos, sujetos, las representaciones y sus sistemas de referencia” (Guattari y Rolnik, 2006, p. 370). Lo molecular son flujos, devenires e intensidades. Para los autores existirá el concepto transversalidad que será el “atravesamiento molecular de los estratos y los niveles, operado por los diferentes tipos de agenciamientos” (Guattari y Rolnik, 2006, p. 370).

Para comprender mejor el esquizoanálisis se puede hacer desde cuatro tesis propuestas por sus autores. La primera tesis propone que toda investidura es social y siempre conduce a un campo social histórico. (Guattari y Deleuze, 1982, p. 352). En la segunda tesis dice que se debe diferenciar entre las investiduras sociales, la investidura libidinal inconsciente de grupo o de deseo y, las investiduras preconscientes de clase o de interés. En este sentido “esta última pasa por los grandes fines sociales y concierne al organismo y a los órganos colectivos, incluidas las vacuolas de carencia acondicionadas” (Guattari y Deleuze, 1982, p. 354). El deseo es constitutivo de un campo social, por lo que está implicado en la

producción social, de modo que la producción está en el deseo como producción deseante (Guattari y Deleuze, 1982, p. 358). El esquizoanálisis trabajará intentando llegar al deseo inconsciente del campo social, separando las investiduras preconscientes de interés (Guattari y Deleuze, 1982, p. 360). La tercera tesis del esquizoanálisis plantea la primacía de las investiduras libidinales del campo social sobre la investidura familiar (Guattari y Deleuze, 1982, p. 367). Finalmente, la cuarta tesis se refiere a distinguir entre dos polos de la investidura libidinal social, el polo paranoico, reaccionario y fascista, y el polo esquizoide revolucionario. Estos polos se definen y, aquí unos de los puntos centrales de los que nos apoyamos para comprender e intervenir:

uno por la esclavización de la producción y de las máquinas deseantes a los conjuntos gregarios que a gran escala constituyen bajo determinada forma de poder o de soberanía selectiva, el otro por la subordinación inversa y la inversión de poder; uno por estos conjuntos molares y estructurados, que aplastan las singularidades, las seleccionan y regularizan las que retienen en códigos o axiomáticas, el otro por las multiplicidades moleculares de singularidades que tratan, al contrario, los grandes conjuntos como otros tantos materiales propios a su elaboración; uno por las líneas de integración y de territorialización que detienen los flujos, los agarrotan, los hacen retroceder o los recortan según los límites interiores al sistema, de tal modo que produzcan las imágenes que vienen a llenar el campo de inmanencia propio de ese sistema o de ese conjunto, el otro por líneas de fuga que siguen los flujos descodificados y desterritorializados, inventando sus propios cortes o esquizias no figurativas que producen nuevos flujos, franqueando siempre el muro codificado o el límite territorial que los separan de la producción deseante; y resumiendo todas las determinaciones, uno por los grupos sometidos, el otro por los grupos-sujetos. (Guattari y Deleuze, 1985, p. 377)

En el esquizoanálisis lo social (el socius) se piensa como relacionado a la producción deseante, reconociendo dos regímenes (formas de). Uno será el mismo de la producción deseante y el otro el de la producción social. Ambos están conciliados de alguna manera por más que sus formas sean diferentes. La producción social responde a un régimen de organización molar, colectiva, mientras que la producción deseante lo hace a uno molecular, singular y de multiplicidad. El esquizoanálisis intervendrá intentando seguir hasta qué punto el socius, puede “soportar la inversión de poder que hace que la producción deseante se

someta la producción social, y sin embargo no la destruya, puesto que es la misma producción bajo la diferencia de régimen” (Guattari y Deleuze, 1985, p. 391)

Para el esquizoanálisis lo social (el *socius*) siempre ha intentado codificar los flujos del deseo, controlarlos, registrarlos y, que ningún flujo fluya si no está canalizado y regulado. Los autores dirán que la máquina capitalista, se establece sobre las ruinas de los Estados despóticos y, que realiza constantemente una suerte de descodificación – codificación del deseo y, desterritorialización de los flujos. El capitalismo impone con toda su violencia estos mecanismos de captura. Dicen Guattari y Deleuze;

al contrario que las máquinas sociales precedentes, la máquina capitalista es incapaz de proporcionar un código que cubra el conjunto del campo social. La propia idea de código la sustituye en el dinero por una axiomática de las cantidades abstractas que siempre llega más lejos en el movimiento de desterritorialización del *socius*. El capitalismo tiende hacia un umbral de descodificación, que deshace el *socius* en provecho de un cuerpo sin órganos y que, sobre este cuerpo, libera los flujos del deseo en un campo desterritorializado (1985, p. 39).

En este devenir Guattari y Deleuze (1985, p. 40) se plantean la siguiente interrogante: ¿Podemos decir, en este sentido, que la esquizofrenia es el producto de la máquina capitalista, como la manía depresiva y la paranoia son el producto de la máquina despótica, como la histeria el producto de la máquina territorial? Para Guattari y Deleuze el capitalismo genera una continua descodificación de los flujos y desterritorialización del *socius* que nos llevan a un límite esquizofrénico. Citando a los autores el capitalismo “tiende con todas sus fuerzas a producir el esquizo como el sujeto de los flujos descodificados sobre el cuerpo sin órganos” (Guattari y Deleuze, 1985, p. 40)

Ahora bien, cuando se refieren a la esquizofrenia, lo hacen como la enfermedad de nuestra época. El capitalismo en su proceso de producción produce una carga en extremo esquizofrénica, escindida, en los procesos subjetivantes. Sobre esta hará caer a posterior toda su represión, en una dinámica reproductiva en la que no deja de ser contradictorio, inhibe al mismo tiempo que se precipita, rechaza sus límites al mismo tiempo que tiende a él. Para los autores no serán las pulsiones las que pueden explicar los devenires neuróticos, perversos y/ psicóticos. Estos responden en parte a las pulsiones que son las máquinas deseantes. Se produce la investidura en el campo social, en el capitalismo como sistema de producción

social. Será entonces que el neurótico es instalado en las territorialidades de nuestra sociedad sobre:

Edipo como última territorialidad que se reconstituye en el gabinete del analista, sobre el cuerpo lleno del psicoanalista (sí, el patrón, es el padre, y también el jefe del Estado, y usted también, doctor...)”. El perverso es el que toma el artificio a la palabra: palabra: usted quiere, usted tendrá, territorialidades infinitamente más artificiales todavía que las que la sociedad nos propone, nuevas familias por completo artificiales, sociedades secretas y lunares. En cuanto al esquizo, con su paso vacilante que no cesa de errar, de tropezar, siempre se hunde más hondo en la desterritorialización, sobre su propio cuerpo sin órganos en el infinito de la descomposición del socius, y tal vez ésta es su propia manera de recobrar la tierra, el paseo del esquizo (Guattari y Deleuze, 1985, p. 42)

El esquizofrénico se mantiene en el límite del capitalismo. Mezcla todos los códigos, y lleva los flujos descodificados del deseo (Guattari y Deleuze, 1985, p. 42). Para el esquizoanálisis el trabajo irá dirigido a desarmar los yos y sus presupuestos articulados, ligados, a las maquinas del socius para así liberar las singularidades prepersonales que encierran y reprimen. “Hacer correr los flujos que serían capaces de emitir, en recibir o interceptar, en establecer siempre más lejos y más hábilmente la esquizias y los cortes muy por debajo de las condiciones de identidad, en montar las máquinas deseantes que recortan a cada uno y lo agrupan con otros” (Guattari y Deleuze, 1982, p. 373). El esquizoanálisis se llama así porque, en todo su procedimiento de cura, esquizofreniza, en lugar de neurotizarse como el psicoanálisis (Guattari y Deleuze, 1982, p. 373). El esquizoanálisis irá enfocado en:

remedar al esquizofrénico, sino en franquear como él las barreras de sinsentido que vedan el acceso a los focos de subjetivación asignificantes, única manera de poner en movimiento los sistemas de modelización petrificados. Implica un ensanchamiento óptimo de las entradas pragmáticas en las formaciones del Inconsciente” (Guattari, 1996, p. 86)

Para Persia “no se trata de rehabilitar, resocializar, reeducar; sino de imaginar espacios para la restitución de potencias sustraídas” (2004, p. 85).

La noción de subjetividad será central para el desarrollo de nuestro estudio. Siguiendo a Foucault (1981) “la subjetividad es resultado de los mecanismos de normalización en el

individuo...la forma en que los dispositivos disciplinarios se articulan entre sí y producen un tipo de mentalidad congruente con las condiciones culturales” (Aquino, 2013, p. 261), o sea:

cómo se constituyen los sujetos en diferentes momentos y contextos institucionales en tanto objetos de conocimiento posible, deseable e indispensable, y dentro de qué esquemas cobra forma la experiencia de sí mismos (Aquino, 2013, p. 262).

El autor refiere que existen procedimientos, técnicas del yo, correspondientes a cada momento histórico que intervienen en la construcción de la identidad. Para Guattari la subjetividad se construye desde una naturaleza industrial, maquina (de máquina), fabricada, modelada y recibida. Existen, según el autor que seguimos, máquinas que producen subjetividad. Anteriormente estas máquinas respondían a sistemas tradicionales, territoriales; etnias, corporaciones profesionales, castas. Lo que el autor plantea es que en la sociedad contemporánea la producción de subjetividad resulta de procesos del sistema capitalista, de la producción industrial a escala mundial (Guattari y Rolnik, 2006, p. 39). En el análisis de esta noción se realiza una separación radical de los conceptos de individuo y subjetividad. El primero es entendido como un proceso de serialización, registro y modelado. Mientras que el segundo, el concepto de subjetividad, es trabajado como un proceso que no es posible totalizar o centralizar en el individuo. La subjetividad tiene que ver con una fabricación y modelado desde lo social (Guattari y Rolnik, 2006, p. 46). En este sentido refiere al concepto de agenciamientos de subjetivación. La subjetividad “es esencialmente social, asumida y vivida por individuos en sus existencias particulares” (Guattari y Rolnik, 2006, p. 48). Como es vivida la subjetividad, transitará por una alienación y opresión cuando el individuo se somete a la subjetividad como esta viene referida o, por un transcurrir creativo y expresivo donde se reapropian los componentes de la subjetividad produciendo un proceso que para los autores será de singularización (Guattari y Rolnik, 2006, p. 48). La subjetividad “es manufacturada como lo son la energía, la electricidad o el aluminio” (Guattari y Rolnik, 2006, p. 85), donde por un lado existen procesos intrapersonales (la dimensión molecular) y, por otro, estará “agenciada en el nivel de agenciamientos sociales, económicos, maquina; de estar abierta a todas las determinaciones socio-antropológicas y económicas”. (Guattari y Rolnik, 2006, p. 85).

Será necesario por consiguiente diferenciar entre identidad y singularidad en los procesos de subjetivación. La identidad para Guattari hace pasar la singularidad a un mismo registro de referencia identificable. Sin embargo, la singularidad es un proceso existencial

atravesado por el campo de lo social que nos permite vivir y morir según nuestra singularidad. En este sentido la identidad permite identificar en coordinadas sociohistóricas a un individuo, mientras que la singularidad aporta la manera de la existencia y sentido que cada individuo produce. Ahora bien, para el autor será la identidad como lo central en la subjetividad capitalista contemporánea ya que permitirá identificar a los individuos dentro de un tipo de subjetividad dominante, funcional al sistema (Guattari y Rolnik, 2006, p. 86). Las diferentes prácticas subjetivantes tendrán referencias a cartografías (puntos en un mapa) que forman parte de agenciamientos que pueden ser repensados, reconstruidos y, deshechos. No existe nada dado en axiomáticas generales de inconsciente y de subjetividad, sino que siempre será posible intervenir en los procesos de singularización subjetiva, las revoluciones moleculares contra la producción de subjetividad capitalística (Guattari y Rolnik, 2006, p. 235).

Para Guattari el sistema se sirve de los medios de comunicación de masas, la publicidad, las estadísticas, los sondeos y las encuestas como instrumentos que fabrican opinión, relatos, narrativas, estereotipos y, por lo tanto, subjetividad. Para el autor “se trata de sistemas de conexión directa entre las grandes máquinas productivas, las de control social y las instancias psíquicas que definen la manera de percibir el mundo” (Guattari, 1986 y 1992). Para Aquino:

no hay sujeto sino subjetividad, o mejor dicho, subjetividades, porque ésta es concebida por Guattari como múltiple, dispar, fragmentada, heterogénea, como si existieran tantas subjetividades como situaciones y momentos; sin embargo, la subjetividad es al mismo tiempo una: la subjetividad (2013, p. 263)

Para Guattari, las subjetividades que se generan desde el sistema capitalista se encuentran infantilizadas ya que se orientan a que el pensamiento y organización de la vida viene dado por el Estado. Las subjetividades capitalistas se orientan a que nada moleste la armonía de la persona como trabajador funcional al sistema. De esta forma se infantiliza a las personas (Aquino, 2013, p. 264). Ahora bien, estos procesos se dan mediante agenciamientos colectivos de enunciación. Entendiendo por estos, fenómenos que no se centran en cuestiones individuales como ser el funcionamiento de instancias intrapsíquicas, ni en agentes grupales. Sino máquinas de naturaleza extrapersonales que remiten a sistemas económicos económicos, sociales, tecnológicos, icónicos, ecológicos, etológicos, medios de comunicación de masas, que se entrelazan y capturan lo intrapsíquico, intrapersonal como son las percepciones, sensibilidad, el afecto, el deseo, la producción de ideas, etc (Guattari y Rolnik,

2006, p. 45). La noción de agenciamiento implica un registro más amplio que el de estructura, sistema, forma, proceso, etc. A decir de Guattari “un agenciamiento acarrea componentes heterogéneos, también de orden biológico, social, maquínico, gnoseológico. En la teoría esquizoanalítica del inconsciente, el agenciamiento se concibe en oposición al complejo freudiano” (Guattari y Rolnik, 2006, p. 364). En este proceso es que el autor acuña la noción de devenir de los sujetos. El deseo procede y transita constantemente entre devenires y acontecimientos que otorgan la posibilidad de cambios constantes.

Sobre el concepto de acontecimiento nos referimos a “aquello que constantemente se impone en el vivir de manera inmediata... lo que produce el sentido que le damos a las cosas que nos suceden... el acontecimiento produce lo que llamamos sentido y valor (Sánchez, Cuevas, Klimpel y Patiño, 2007, p. 278)

En este camino será necesario considerar la noción de cartografías esquizoanalíticas que nos ayudarán a dar un marco de entendimiento a nuestras intervenciones con las personas. La cartografía, tal como mapa de navegación, consistirá en visualizar componentes de escasa consistencia o existencia. Para ello iremos viendo en la práctica, una red de focos de enunciación parciales que nos llevaran a grupos, reuniones, talleres, actividades, responsabilidades, constelaciones espontáneas, tratamientos individuales, entre otros. A decir de los autores “el trabajo del psicoterapeuta en su despacho es tan sólo un eslabón en este dispositivo complejo” (Guattari, 1992, p. 90). El análisis del Inconsciente se centra en los “procesos de subjetivación no humanos que yo califico de maquínicos, pero que son más que humanos, suprahumanos en un sentido nietzscheano” (Guattari, 1992, p. 90). Finalmente, los autores nos proponen que este procedimiento, cartográfico y psicoterapéutico, podrá desarrollarse tanto en los psicóticos, neuróticos, psicópatas y normópatas.

En cuanto al enfoque de trabajo esquizoanalítico, el mismo corresponderá técnicamente a través de la palabra, pero también considerando “todo lo que cortocircuita las cadenas significacionales, las posturas, los rasgos de la fisonomía, las conformaciones espaciales, los ritmos, las producciones semióticas a-significantes, las producciones maquínicas de signo” (Guattari, 1992. p. 155). La cartografía nos permitirá recoger y producir conformaciones de enunciación aptas para captar los puntos de singularidad de una situación. Dirá Guattari:

La ruptura de sentido, el disenso, por las mismas razones que el síntoma para el freudismo, pasan a ser entonces una materia prima privilegiada. Los "problemas personales" deberán poder irrumpir en la escena privada o pública de la enunciación ecosófica (Guattari, 1992. p. 155)

En esta línea adherimos a la concepción teórica sobre clínica móvil ya que es la que más se ajusta a nuestro desarrollo. Para Rodríguez (2004, p. 36) la clínica móvil implica:

la construcción de un modelo mental cartográfico, o más bien diríamos de un holograma mental de estructura cartográfica. No hay un centro monocausal. El mapa cartográfico no tiene centro, es una red, y esto permitiría entonces que el punto de la demanda contempla un nodo de la red, y ese nodo tiene una serie de hilos de estructuras causales que deben de ser analizadas y deben de ser desarrolladas por un trabajo... El nodo se caracteriza por lo siguiente: una red – extensa, que demarca a partir de una serie de pautas de conexión de los siguientes elementos construyendo un territorio de existencia; A) una población, B) instituciones y organizaciones, C) un universo simbólico consistente, D) discursos políticos y folklóricos – E) discursos y prácticas vinculares.

Según Rodríguez la modalidad de clínica móvil nos permite articular diferentes referentes teóricos y técnicos en un marco multiterapéutico. Pudiendo intervenir desde el psicodrama, el sociodrama, el esquizoanálisis, el psicoanálisis, la psicología social, la teoría de los grupos, las concepciones de técnicas cognitivas/conductuales, la tercera ola, entre otras. Nos permite dar mano a una importante caja de herramientas pensando los procedimientos psicoterapéuticos en función de las personas. De esta forma no se fuerza a que las personas se ajusten a las teorías, sino que se realiza un trabajo donde se analizará que teoría y técnica serán ajustadas a cada una de las personas según sus momentos vitales, acontecimientos y devenir del "yo". Generando procesos psicoterapéuticos.

La noción sobre psicoterapia requiere ser valorada según Foucault (Miranda, 2018, p. 91), desde la existencia de dos enfoques diferentes, que implican dos tipos diferentes de salud mental. Un de las vertientes de psicoterapia se enfocan en el sujeto con la verdad y su transformación. Estas psicoterapias apuntan a comprender a la persona mentalmente sana como aquella que sabe y vive su vida. Como consecuencia no le interesará al profesional objetivar y/o medir la salud mental y menos aún desde una perspectiva universal. Por otro lado, el autor refiere las psicoterapias que toman marcos de las rutinas médicas o de psicoeducación, enfocadas a conseguir una normalización y adaptación de las personas a la

sociedad. Estas psicoterapias se focalizan en la funcionalidad y utilidad del sujeto en su entorno. La salud mental se conceptualiza como propiedades o características en función de prototipos de normalidad. Para el autor este enfoque es funcional a determinado sistema social, político y económico (Miranda, 2018, p. 91). Asimismo, y considerando las prácticas clínicas; sedentarias y nómades, podemos ver que las psicoterapias son otro de los artefactos de intervención de las disciplinas “psi”. Rodríguez la define como:

es el estudio, investigación y acción terapéutica sobre la subjetividad; sobre sus formas de producción, su sufrimiento, el intercambio en el ámbito social, sus vínculos, sus conformaciones, leyes propias y modus operandi de los sujetos que sufren y de los agentes de cambio cuya intención es transformar el sufrimiento (2010, p. 72)

Para nosotros cuando intervenimos desde la psicoterapia el problema no serán los síntomas, sino que es el devenir de ellos. La intervención psicoterapéutica es en las problemáticas que se plantean los pacientes dentro de la psicoterapia (Rodríguez, 2004, p. 22). En tal sentido se puede definir dos terrenos de acción psicoterapéutica; el de la palabra reprimida (el de una representación reprimida que cuando se hace consciente, cura) y el de la acción donde se privilegia la puesta en movimiento de la problemática. (Rodríguez Nebot, Clínica y Subjetividad, 2010). Los enfoques verbales se paran técnicamente desde el señalamiento, la interpretación, la construcción y la escansión. Mientras que el enfoque en la acción no existe una predisposición técnica siendo fundamental la escucha flotante y el acompañamiento empático de las situaciones afectivas. Asimismo, se entiende como acompañamiento a “una actitud abierta, que permite absorber los niveles conflictuales de la acción del otro” (Rodríguez, 2010, p. 28).

De ahí la denominación más general que proponemos como consultor psicológico siguiendo los aportes Pérez y Fernández. El psicólogo consultor opera dentro de un equipo y no sería sólo consultor para el paciente/consultante sino también para el propio médico y otros profesionales del centro (Pérez, Fernández, 2008, p. 263). El trabajo implica un nuevo papel para el paciente, como consultante, cliente y agente responsable y menos como paciente pasivo. El paciente que acude al consultor psicológico no es bajo el supuesto de tener un trastorno mental sino de necesitar una ayuda psicológica para salir de un problema. Como tal ayuda, supone que el paciente/consultante ha de implicarse de una manera activa en la solución de. problema. La caracterización del consultor implicaba este rol de parte del consultante (Pérez, Fernández, 2008, p. 265). Así, se podrían señalar problemas concretos

en el PNA donde la brevedad y el foco serán fundamentales en la intervención. En este sentido las técnicas de la psicoterapia psicodinámica breve, las terapias conductuales-contextuales de “nueva ola”, la “terapia centrada en la solución”, la terapia familiar, la terapia centrada en la solución, entre otras, son tomadas desde el esquizoanálisis para operar desde su marco teórico.

3.2 Grupos, enfoque esquizodramático

El abordaje y trabajo en grupo psicoterapéutico será fundamental en cuanto intervenciones desde el PNA. En estos espacios se encuentran posibilidades de accesibilidad y longitudinalidad particularmente favorables para el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas.

Según Guattari podemos reconocer dos tipos de dispositivos grupales según la composición y dinámica que se despliega en los mismos. Serán los grupos sometidos donde los participantes estarán manipulados por las determinaciones sociales exteriores y atravesados por su propia ley interna (super-yo). Por otro lado, el autor se refiere a los grupos sujeto donde en contraposición a los primeros, el grupo se gestiona su relación con las determinaciones sociales externas y con su propia ley interna (Guattari y Rolnik, 2006, p. 368).

En este sentido;

un grupo-sujeto está siempre amenazado por la sujeción, un grupo sometido en algunos casos puede verse obligado a asumir un papel revolucionario. (Guattari y Deleuze, 1985, p. 71)

Otras características diferenciales que tienen los grupos sometidos y sujetos refieren a las investiduras libidinales. Mientras en los grupos sometidos tiene que ver con lo colonial y gregario que suprime y reprime el deseo de las personas, en los grupos sujetos la investidura estará en multiplicidades que llevan al deseo a lo molecular, a los flujos y, por oposición se desprende del socius y los conjuntos para centrarse en las personas (Guattari y Deleuze, 1985, p. 290). En un grupo sujeto las propias investiduras libidinosas son revolucionarias, haciendo ingresar al deseo en el campo social, subordinando el socius o “la forma de poder a la producción deseante; productor de deseo y deseo que produce... sin jerarquía ni super-yo de grupo” (Guattari y Deleuze, 1985, p. 290). Por otro lado, y sumamente importante es que

los seres humanos transitamos por ambos tipos de grupos todo el tiempo y en forma simultánea. “O bien que un mismo grupo puede presentar las dos características a la vez, en situaciones diversas, pero coexistentes” (Guattari y Deleuze, 1985, p. 359).

Siguiendo nuestra línea epistemológica el esquizodrama ideado y desarrollado por Baremlitt en Brasil comprende una teoría, método y técnicas clínicas privilegiadas para nuestro enfoque. Nos referimos a prácticas clínicas entendidas como klinos y klinamen, “encuentro de diferencias y producción de desvío y de transformación, empieza a operar los conceptos filosóficos del esquizoanálisis en cuanto praxis” (Hur, 2014, p. 24). Desde las clínicas del esquizodrama se buscará detectar las resistencias y bloqueos que el sujeto o el colectivo se deparan “para fomentar procesos de intensificación de los flujos deseantes con el propósito de llevar a la producción, a la creación y a la afirmación del deseo” (Hur, 2014, p. 24).

El objetivo del Esquizodrama será potenciar las tareas propuestas por Deleuze y Guattari, especialmente en el Antiedipo, en cuanto proceso de crítica y deconstrucción. En este sentido el Esquizodrama trabajará contra lo estratificado, codificado, sobrecodificado, subjetivado e individualizado, repetitivo, lo instituido, organizado, establecido, habitual y consagrado, equipamientos de poder, etc. Asimismo, tendrá un objetivo positivo que será intensificar y hacer fluir las “fuerzas positivas y las voluntades afirmativas (como diría Nietzsche) singulares de los diferentes tipos de participantes y colectividades para la producción de producción... en síntesis, nuevas modalidades de agenciamientos, dispositivos, acontecimiento-sentido, devenires, eventos” (Baremlitt, 2014, p. 21). Según Baremlitt citado por Hur (2014, p. 24):

con los dispositivos desterritorializa las formaciones molares y coercitivas-edípicas del sujeto, que bloquean el deseo y despotencializan la vida, trayendo a la superficie intensidades a-significantes que van más allá de cualquier formación discursiva. Realiza una deconstrucción identitaria y de los mecanismos defensivos, lo que lleva al sujeto al contacto con su inconsciente molecular, en una efectiva producción de un cuerpo sin órganos...

Las técnicas y clínicas en el Esquizodrama están inspiradas por el Esquizoanálisis, pero también en el Psicodrama, Bioenergética, Holismo, Sistémica, Transanálisis, Yoga, así como en diversos ceremoniales indígenas etc. Se sirve a su vez de ciertas tendencias teatrales (teatro de la crueldad y el del absurdo con exponentes como Artaud, Jarry, Beckett, Ionesco,

Pavlovsky y Bene, obras de Moliere, Brecht, Kafka, Proust, Melville, Kerouac, H. Miller, V. Woolf, Fournier, Dostoievski, Chejov, Poe y Balzac), literarias, poéticas, de canto, de música, de danza, de pintura y modelado, de artes marciales, de rituales de religiones primitivas y orientales y de diversas fisioterapias. Actualmente se incursiona en el uso del video, recursos electrónicos y virtuales. El esquizodrama busca operar en la superficie de producción, intensificando los flujos deseantes, los devenires y acontecimientos, en los que hay una relación de inmanencia entre deseo y producción. Todo deseo es productivo, así como toda producción es deseante. Por tanto, debe realizarse un “raspaje” de las estructuras coercitivas, tanto materiales como psíquicas, de la superficie del registro-control, promoviendo el movimiento y el deseo. La moral, las normas, el super-yo, el Complejo de Edipo, lo mismo que la psicología y el psicoanálisis, pueden tener esa función de bloqueo de las potencias deseantes. Por ello los dispositivos clínicos del Esquizodrama se configuran como una “máquina de guerra” que busca deconstruir los “equipamientos con los cuales la maquinaria represiva tiende a reprimir, eliminar o capturar las singularidades productivo-deseantes” (Baremlitt, 1998, p. 55). La “máquina de guerra” es un concepto creado por Deleuze y Guattari en 1980, para expresar una máquina abstracta que adopta un potencial instituyente de desterritorialización, teniendo “una independencia en relación con la captura, la conservación y la sobrecodificación del aparato de Estado, estando más articulada con la conformación de algo mutante, que en su camino se transforma y se metamorfosea” (Hur, 2014, p. 56). Por tanto, concomitante al raspaje de las estructuras coercitivas, se intensifican los procesos productivos-deseantes caósmicos, que Baremlitt (2004) denomina “esquizoontes” (p. 248).

Si para Deleuze y Guattari (1992) la filosofía es el arte de crear conceptos, el Esquizodrama es el arte de crear múltiples dispositivos de intervención según Baremlitt, sean clínicos, educativos, sociales, etc. Baremlitt señala que el esquizodrama funciona como un conjunto heterogéneo de estrategias, tácticas y técnicas “que busca actuar sobre los aspectos subjetivos, sociales, semióticos y tecnológicos de sus dispositivos para proporcionar experiencias de desterritorialización de los agenciamientos instituidos, para dar circulación y tránsito a los flujos (psíquicos, corporales, grupales, sociales) codificados, fomentar procesos de creación y estéticos, efectuando así acontecimientos, nuevos regímenes de signos y procesos de singularización” (Hur, 2014, p. 271). Baremlitt busca así incitar y fomentar en los participantes del Esquizodrama los actos dionisiacos y creadores de pensamientos, afectos y acciones. Los dispositivos montados desde el Esquizodrama, al igual como pasa con el Esquizoanálisis, re enmarcan y utilizan diversos recursos de intervención. Emplean no

sólo recursos verbales, sino también corporales, artísticos y dramáticos, líneas teóricas, tal como el Esquizoanálisis, el Psicodrama, la Bioenergética, el Psicoanálisis y hasta rituales como la Umbanda inspirados en la experiencia de G. Lapassade en África y Brasil. Baremlitt nombra cinco tipos de clínicas: a) de la producción, reproducción y antiproducción; b) del Caos, Cosmos, Caosmos; c) de la diferencia-repetición; d) del acontecimiento-devenir y e) de la Multiplicación dramática. Y tal como Pichon-Rivière (1986) con su dispositivo del grupo operativo, Baremlitt sostiene que el Esquizodrama puede ser trabajado en innumerables y diversificados campos: intervención social, educación, psicoterapia, salud mental, artes, etc. El Esquizodrama es entonces como una caja de herramientas que potencializa los efectos del Esquizoanálisis. De acuerdo con Baremlitt (1998), “es una máquina fundamentalmente energética, destinada a vibrar y a hacer vibrar a aquellos que a ella se aproximan, y a implicarlos en un movimiento productivo, que no pasa exactamente por las ideas, tampoco por las palabras; pasa por los afectos” (p. 14).

Un aspecto que merece ser aclarado es que el Esquizodrama no se constituye como un campo consolidado de conocimientos y prácticas, de dispositivos y técnicas con consignas, tareas y encuadres fijos y delimitados. Se caracteriza más bien por ser una variación continua y una invitación a la invención de nuevos dispositivos y prácticas. Es más, una experimentación que una aplicación. Es un saber instituyente en lugar de algo presupuesto y cerrado. (H, 2014, p. 11). Al igual que el Esquizoanálisis toma la noción de producción deseante, diferenciándose de la concepción freudiana. El deseo para este enfoque no está asociado a la representación, es independiente de las relaciones subjetivas e intersubjetivas, sino que produce sus objetos y los modos de subjetivación que les corresponden. Las acciones y construcciones son abordadas desde un paradigma rizomático en función de la complejidad y modos de producción de conocimientos. El pensamiento clásico implica un diagrama arborescente con jerarquías sucesivas, a partir de un punto central, donde cada elemento local remonta a ese punto central.

Por el contrario, los sistemas en rizomas o en emparrado pueden derivar hasta el infinito y establecer conexiones transversales sin que puedan ser centrados o clausurados. El término rizoma procede de la botánica, donde define los sistemas de tallos subterráneos de plantas vivaces que emiten yemas y raíces adventicias en su parte inferior (Guattari y Rolnik, 2006, p. 372).

Otros métodos también la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) pueden ser de utilidad en el enfoque esquizoanalista. Además de los aportes de la TREC a nivel terapéutico individual, la técnica se utiliza a nivel grupal. Consiste en abordar problemas corrientes como ansiedad, depresión, inferioridad, hostilidad, o autocompasión, una conducta disfuncional como es una adicción, ataques de violencia, entre otros. Técnicamente el/la psicólogo/a y algunos otros miembros del equipo intentan descubrir en primer lugar la/s experiencia/s activadora/s (A) y su consecuencia/s conductual/es y emocional/es autoderrotista/s (C). Una vez que se determina esto, se ayuda a que la/s persona/s se centre/n en las creencias importantes, y en particular las creencias irracionales absolutistas (B) que están creando o causando principalmente las consecuencias disfuncionales (C). Después, estas creencias irracionales son refutadas (D) directamente y con fuerza por el terapeuta y el grupo, quienes intentan ayudar a la persona a que aprenda la refutación efectiva, y la extrapole a su vida diaria. Los miembros del grupo también sugieren algunas tareas cognitivas y conductuales para refutar las creencias irracionales; y las revisan en las siguientes sesiones con el objetivo de comprobar si las ha realizado, y si deben continuar tal y como están o hay que hacer algún cambio en el futuro (Elis, 1989, p. 160). En la terapia de grupo se emplean los siguientes métodos especiales: ejercicios estructurados, como enfrentamiento al riesgo, auto-revelaciones, y ejercicios de ataque a la vergüenza, para sacar a la luz y manejar los sentimientos que algunos de los miembros no pueden experimentar normalmente. Lecturas básicas sobre los temas en cuestión. Charlas, talleres, seminarios, y grupos especializados de entrenamiento en habilidades (Elis, 1989, p. 161). El/la psicólogo/a tienen un papel muy activo-directivo a la hora de conducir y dirigir el grupo, manteniendo el orden, asegurándose de que las personas más calladas intervienen y que los demás no hablen demasiado procurando que la gente exponga sus problemas más importantes. Hacen preguntas, prueban, enseñan, animan, dan tareas para casa, presentan ejercicios estructurados, y ejecutan todas las demás funciones directivas que suelen realizarse en terapia individual (Elis, 1989, p. 161).

Los factores terapéuticos que para Yalom (2000, p. 21) son los que hacen al proceso terapéutico implican un “intrincado cambio de experiencias”. Se divide en once factores primarios que actúan interdependientes: infundir esperanza, universalidad, información participada, altruismo, la recapitulación correctiva del grupo familiar primario, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, catarsis, factores existenciales, cohesión de grupo, aprendizaje interpersonal, el grupo como microcosmos social. Para el autor la diferencia entre un grupo de terapia con pacientes, que espera el efecto de un cambio de

conducta y carácter amplio y duradero, y grupos tales como Alcohólicos Anónimos, grupos psicoeducativos, de reducción de peso, de apoyo para enfermos de cáncer, es que el grupo de terapia pone plenamente de relieve la importancia de la experiencia del aquí y el ahora. En el proceso será importante la experiencia que los miembros del grupo viven en el aquí y el ahora, desarrollando sentimientos hacia los demás participantes, el/la psicólogo/a y el grupo como tal. Un segundo elemento central para Yalom es el del esclarecimiento del proceso. Si el factor terapéutico del aprendizaje interpersonal se pone en marcha, el grupo debe reconocer, examinar y comprender el proceso. Debe examinarse a sí mismo, debe estudiar sus propias transacciones; debe trascender la pura experiencia, y concentrarse en sí mismo para la integración de la experiencia. En rol del/la psicólogo/a será llevar adelante la tarea grupal y el esclarecimiento/aprendizaje que deviene del proceso.

Capítulo 4: Escenarios para la acción

4.1 Sobre Atención Primaria de la Salud

En las décadas de los ´60 y los ´70 se afianza la creación de los sistemas de salud de carácter público, con el Estado en el rol de garante del bienestar de la población y principal prestador de servicios. Por otro lado, la crisis del petróleo de la década del 70, los movimientos políticos y geopolíticos, así como los altos costos que se generaron en la asistencia médica como respuesta a los problemas de salud, ocasionaría una profunda crisis de estos mismos Estados de Bienestar, contraponiendo momentos de avances con momentos de restricciones socioeconómicas mundiales. Esta situación arrasó consigo las aspiraciones de sistemas de salud justos y equitativos que se tenían hasta el momento. Las crecientes dificultades desencadenaron en un replanteo estratégico y académico de las nociones de intervención en el campo de la salud y la salud pública con el advenimiento de los enfoques de determinantes de la salud y, la declaración de Atención Primaria de la Salud en la ciudad de Alma Ata en 1978. Según aquella declaración:

La Atención Primaria es la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un costo aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo (Somocurcio, 2013, p. 171)

Según el Instituto de Medicina de Norteamérica:

Atención Primaria es la provisión de servicios de salud integrados y accesibles, por profesionales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud de las personas, que desarrollan una relación continuada con sus pacientes, y que realizan su práctica dentro del contexto de la familia y la comunidad (Rosas, Zarate y Cuba, 2013, p. 43).

Dentro de las líneas de acción estratégicas para la implementación de la APS se encuentran las siguientes: reorientación del personal de salud hacia la APS, participación de la comunidad, coordinación intersectorial e interinstitucional, centralización normativa y descentralización ejecutiva, enfoque de riesgo, coordinación docente asistencial y cooperación internacional. Desde 1978 han existido importantes cambios en el contexto mundial, así como en la conceptualización y práctica de la APS. Sin embargo, se distinguen tres aspectos centrales que hacen a la APS; los valores, principios y elementos. Los valores son los principios sociales, objetivos o estándares apoyados o aceptados por un individuo, clase o sociedad, como, por ejemplo, el derecho al mayor nivel de salud y la equidad. Los principios son los fundamentos, leyes, doctrina o fuerza generadora sobre la cual se soportan los demás elementos. Por ej: dar respuesta a las necesidades de salud de la población, con orientación hacia la calidad. Los elementos son parte o condición de un componente que generalmente es básico o esencial, por ejemplo, atención integral e integrada, orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción y prevención.

La participación es fundamental para todo sistema sanitario que se oriente dentro de la APS. Es esta la que:

convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y

privadas que repercuten en la sociedad (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p. 13).

Más tarde en el año 2005 y, a luz de las dificultades en la instrumentación de la estrategia de APS, se llevaría adelante en Montevideo, un documento de renovación de la estrategia que sería a su vez aprobado posteriormente por la OPS/OMS. En este sentido los participantes se comprometieron a renovar la estrategia en el entendido que:

la Atención Primaria es una de las vías más eficientes y equitativas de organizar un sistema. Su implementación exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención (Rosas, Zarate y Cuba, 2013, p. 43).

4.2 El Primer Nivel de Atención a la Salud y sus atributos para la Psicología de la Salud

El Primer Nivel de Atención (PNA) de la salud es la puerta de entrada al Sistema Sanitario de la mayoría de la población tanto con problemas en el orden de patologías somáticas, así como de salud mental y/o psicosociales. Asimismo, es el acceso al sistema de salud mental para el 70% de la población. En este sentido sucede que la gran mayoría de las personas con problemas dentro del campo de la salud mental, el uso de drogas y problemáticas de la vida cotidiana representan una alta demanda de atención a los de los equipos del PNA. Solamente en Europa consignamos que entre el 20 al 55 % es la prevalencia de problemas relacionados a la salud mental atendidos en el PNA. Además, existe un reconocimiento claro internacional, por parte de numerosos expertos/as y sociedades científicas, de la imperiosa necesidad de contar con profesionales de la Salud Mental en los equipos del PNA (Pérez, García, Grases, Marsó, Cots, Aparicio, Ochoa y Ventura, 2015, p. 258).

Ahora bien, en cuanto a las políticas centrales en el sector sanitario identificamos que la mayoría de las autoridades responsables han implementado acciones en función del PNA. Sin embargo, algo que también se visualiza es que en prácticamente en todos los contextos se ha aplicado un enfoque reducido a Primer Nivel de Atención Médico caracterizado por el Modelo Médico Hegemónico (MMH). Las intervenciones responden a un modelo curativo,

preventivo y de mantenimiento, control, normalización, medicalización y legitimación, así como económico/ocupacional. Por otra parte, el modelo opera a nivel macro como microsocial estructurando las relaciones entre los niveles, así como entre diferentes dimensiones de la realidad y procesos constitutivos de la sociedad (Menéndez, 1988, p. 19). Según el autor el MMH se encuentra fuertemente construido sobre las bases del biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, pragmatismo. Para Menéndez el MMH “limita y/o excluye la incorporación de los factores socioculturales en la explicación de la etiología de las enfermedades y de sus soluciones” (1985, p. 600).

Por otro lado, se propone adoptar un Modelo Antropológico de la Salud (MAS) que sería una apuesta teórica y técnica basada en comprender los fenómenos en cuanto autodeterminados según su historia y estructuración, cuyo punto de inicio es la articulación de las dimensiones económicas y políticas. En este campo encontraremos a la sociología y la antropología médicas. La primera estudiará por sobre todo las diferencias económicas y clasistas, las profesiones y el proceso de profesionalización, mientras que la segunda abordará “la afiliación étnica y cultural, los sistemas de prácticas y creencias y las premisas y valores respecto de la salud/enfermedad dando una nueva vuelta de tuerca en la perpetuación de un modelo que ignora los procesos estructurales” (Menéndez, 1985, p. 596). El MAS tendrá determinadas características que le servirán como caminos desde donde desarrollar su práctica e intervención en la salud. Para este modelo será importante comprender la realidad racional de los “sistemas médicos nativos”, lo simbólico en las estrategias terapéuticas locales, analizar la articulación de los sistemas médicos y los comunitarios, la separación pragmática e ideológica entre enfermedades tradicionales y médicas, la utilización de recursos propios locales y, finalmente, comprender que los procesos de enfermar y curar no pueden ser pensados por fuera de las relaciones sociales e ideológicas que los constituyen en lo que son. El modelo antropológico según Saforcada es aquel que “incorpora al sujeto y su cultura, desde lo psicológico del sujeto, sus vivencias en relación con el placer, dolor y deseo. Pone al sujeto y su subjetividad, además de los aspectos sociales, económicos, en el centro de análisis e intervenciones desde la Psicología de la Salud” (Sívori, 2010, p. 9). Será el modelo que iremos adoptando desde nuestro recorrido,

Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011, p. 12) se refieren a los niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. El PNA trabajará enfocado a la atención ambulatoria, prevención y promoción de la salud, articulado y coordinado con la participación de las comunidades. La

mayoría de los problemas de salud que se consultan se pueden resolver en el dispositivo del PNA, sea este un centro de salud, un puesto, un consultorio externo, entre otros. Es la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser abordadas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Para los autores se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc.

El PNA se podría diferenciarse además de otros niveles de atención por las características clínicas de los pacientes y de sus problemas de salud, que, para Rosas, Zarate y Cuba, implican problemas y necesidades mal definidas y poco diferenciadas (2013, p. 43), lo cual representa aún más la complejidad de abstracción de los problemas en este nivel.

Según Zurro y Jordar (2011, p. 143) el PNA se basa en la comunidad, la continuidad de cuidados, el centro de salud, la atención a la familia y el equipo de atención primaria (EAP). Se diferencia del segundo y tercer nivel en cuanto a que estos basan en la atención al individuo organizada por unidades. Todos los niveles de atención a la salud comparten objetivos de salud y son complementarios en aspectos científicos, técnicos, de organización de la atención a los problemas de salud mediante el establecimiento de protocolos, procesos asistenciales, etc.

A continuación, se describen los 4 principales atributos del Primer Nivel de Atención según Bárbara Starfield (Ver Tabla 8)

Tabla 7. *Atributos del Primer nivel de atención*

<i>Atributo</i>	<i>Definición</i>
<i>Accesibilidad</i>	Puerta de entrada al sistema de salud, punto de inicio de la atención y derivación a otros especialistas
<i>Longitudinalidad</i>	Asistencia centrada en la persona a lo largo del tiempo
<i>Integralidad</i>	Cubre todas las necesidades de salud (orgánico, psíquico y social)
<i>Coordinación</i>	Intra niveles/entre los niveles atención

Nota: Extraído de Rosas, Zarate, Cuba, (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S.): Una visión desde la Medicina Familiar (p. 44)

Entre los atributos que ha desarrollado la autora para el PNA nos detendremos en la integralidad. Con ella se refiere a la capacidad en el PNA de cubrir las diferentes dimensiones (psicológica, social y biológica) que pueden verse afectadas en la salud. Vemos como desde un actor/dispositivo del sector sanitario se puede intervenir en el campo de la salud. Sin embargo, la autora hace referencia a que la integralidad se encuentra con dificultades especialmente relacionadas a la deficiencia en la formación de los médicos del PNA y falta de otros recursos como ser humanos y económicos. En cada centro de PNA debería existir una gama de servicios que cubran los aspectos biomédicos, sociales y psicológicos de las personas y las comunidades.

Tabla 8. Cuadro de atributos complementarios de Mendes

<i>Atributo</i>	<i>Definición</i>
<i>Foco en la familia</i>	considerar la familia como el sujeto de la atención, lo que exige una interacción del equipo de salud con esa unidad social y el conocimiento integral de sus problemas de salud
<i>Orientación comunitaria</i>	reconocimiento de las necesidades de las familias en función del contexto físico, económico, social y cultural en el que viven, lo que exige un análisis situacional de las necesidades de salud de las familias en una perspectiva poblacional y su integración en programas intersectoriales
<i>Competencia cultural</i>	relación horizontal entre el equipo de salud y la población que respete las singularidades culturales y las preferencias de las personas y de las familias.

Nota: Elaboración propia en base a Mendes, E. (2013). Las redes de atención de salud (p. 96)

El éxito del PNA, así como el despliegue de todos sus atributos para el beneficio de las personas y comunidades depende de que la sociedad acepte su importancia y que los medios para su mejora formen parte esencial de la política.

Como podemos evidenciar intervenir desde el PNA requiere de competencias específicas que necesitan de una formación profesional que debe llevarse adelante en los centros del PNA. Será desde esta perspectiva que se podrá incidir en las dimensiones

globales de la salud brindando atención esencial para las personas y sus comunidades. Por lo que es menester deconstruir la tendencia creciente en buena parte de la población de los profesionales de la salud de que la atención especializada se encuentra en los otros niveles de atención de la salud.

Tabla 9. *Diferencias entre el Primer nivel y el segundo/tercer nivel de atención*

Primer Nivel de Atención	Segundo y Tercer Nivel de Atención
Atención centrada a lo esencial de la persona y la comunidad. Acceso universal	Atención centrada en enfermedades específicas. Ligado a urgencias médicas
Su objetivo es prevenir los problemas sanitarios	Su objetivo es mantener a las personas con vida
Los problemas sanitarios se manifiestan en estadio precoz	El problema se presenta en estadio más avanzado
Actividades de prevención	Actividades centradas en el tratamiento
Capacidad para atender los problemas sanitarios más prevalentes y capacidad de manejar varios problemas al mismo tiempo	Capacidad para atender solo el problema mediante un recorte específico del mismo

Nota: Elaboración propia en base a Mendes, E. (2013). Las redes de atención de salud (p. 100)

Otro concepto necesario que necesitamos abordar es el de redes de atención de salud. El mismo ha sido desarrollado en campos como la sociología, la psicología social, la administración y la tecnología de la información. Para Castells (2000), “las redes son nuevas formas de organización social, del Estado o de la sociedad, donde coinciden en elementos comunes: relaciones relativamente estables, autonomía, inexistencia de jerarquía, existencia de objetivos comunes, cooperación, confianza, interdependencia e intercambio constante y duradero de recursos” (Mendes, 2013, p. 78). Siguiendo a autor el enfoque en redes como base para las políticas públicas se viene desarrollando desde la década del 90 como modelo superador de perspectivas burocráticas y jerárquico hegemónicas, “en un contexto de creciente complejidad de las cuestiones sociales, de procesos de privatización, de descentralización acelerada, de globalización, de proliferación de organizaciones no gubernamentales y de fortalecimiento del control público” (Mendes, 2013, p. 79). Ahora bien, según Morales el concepto de red es considerado por Provan y Milward (2001) “como un

conjunto de programas y servicios que cooperan entre sí, a través de acciones y actores que buscan favorecer la alineación de intereses para el logro de un objetivo en común, que beneficie no solamente a las instituciones, sino también a sus usuarios” (Morales, 2011, p. 6). El concepto de redes de servicios de salud fue utilizado inicialmente por Gillies (1993), “al definirlos como un conjunto de organizaciones que ordenan o proveen un continuum de servicios coordinados a una población definida y toman la responsabilidad de los resultados clínicos y fiscales, así como del estado de salud de la población beneficiada” (Morales, 2011, p. 6). Wan y colaboradores según Morales (2011, p. 6) “la definen como una organización en la que, sin importar su tipo de naturaleza contractual, los actores institucionales procuran la alineación de sus servicios, beneficiando con ello la integración la mejora de la calidad y la reducción de costes en un área geográfica definida”. Las características más importantes para de las redes son “la integración de la atención, calidad, acceso georreferenciado y eficiencia, desde una mirada del uso adecuado de los recursos” La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2010, define las redes integradas de servicios de salud como “la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud” (Morales, 2011, p. 7).

En este sentido la contribución del psiquiatra como médico estaría cubierta por el propio médico del PNA, sin duplicar profesionales y por una articulación de servicios integrales en red de atención a la salud. Por otro lado, aunque en nuestro país en la mayoría de los efectores de sanitarios privados se prefiere la contratación externa de servicios en psicología, sobre todo para un enfoque clínico, en nuestro marco consideramos que es necesaria la inclusión del psicólogo/a en el equipo del PNA como un agente fundamental para el abordaje en red. Por un lado, reduciría los costos de honorarios, pero, lo más importante tiene que ver con la formación de los psicólogos/as para desempeñarse en las amplias dimensiones que el abordaje desde el PNA y las redes integrales de salud requieren.

El psicólogo/a del PNA a decir de Pérez y Fernández (2008, p. 262) debería realizar una tarea orientada a la consultoría desde la perspectiva de la psicología de la salud. Ampliando de esta forma el tradicional enfoque exclusivo en la psicoterapia, sin dejar este campo de intervención. De esta manera la inserción del/la psicólogo/a en este contexto redundaría en una ayuda beneficiosa, articulado la “utilización de los recursos que tiene el cliente para solucionar su problema, optimizándolos al máximo para reducir en lo posible el

aprendizaje de nuevas habilidades que alargaría, sin lugar a duda, el proceso de intervención” (Pérez, Fernández, 2008, p. 263)

4.3 Medicina en territorio

La medicina surge como profesión, así como la conocemos hoy en día, recién en el siglo XIX. En los siglos anteriores, XVII y XVIII, existía una diferenciación entre quienes propendían servicios relacionado a lo sanitario. Es así como la medicina se desarrollaba en un pequeño núcleo selecto que se dedicaba especialmente al diagnóstico de las enfermedades. La realización de operaciones y la dispensación de medicinas estaba a cargo de los cirujanos y los farmacéuticos respectivamente. Los médicos tenían una visión de los otros profesionales como inferiores. Sería recién en EEUU a fines del siglo XVIII cuando estas tres profesiones comenzaran a confluir e integrarse en una sola que las absorbería posteriormente a consecuencia de la falta de personal en cada una de las profesiones. Se origina el “general practitioner” o médico general que vendrá a centralizar los roles de las tres profesiones. En Inglaterra en el siglo XIX sucedería el mismo proceso, incorporando a su vez al rol del obstetra al médico general. Posteriormente, con el advenimiento del desarrollo de las ciencias básicas en el siglo XIX se producirá un empuje cientificista de la medicina. En el siglo XX y, especialmente en su primera mitad, se desarrollarán incipientemente diferentes especialidades de la medicina, disminuyendo paulatinamente la formación y el interés por la medicina general.

La medicina familiar comienza a surgir en la década del 60 como una respuesta política y social a la necesidad de un nuevo tipo de medicina generalista. En 1966 en EEUU los informes presentados por Millis y Willard recomiendan la formación en medicina familiar a nivel de las residencias médicas de posgrado. Siendo en 1969 en este país donde se establece a la medicina familiar como la vigésima especialidad médica. En Latinoamérica irán surgiendo en paralelo diferentes desarrollos de la medicina familiar. México en 1971 implementaría su programa de residencia, Venezuela en 1980 y Argentina en 1984. Cuba incursiona desde 1983 en la formación del Médico General Integral que amplía y sobrepasa en cuanto a competencias y destrezas a la Medicina Familiar.

Para Spann la medicina familiar puede ser vista como una disciplina clínica, una especialidad médica, una forma de práctica médica, así como un movimiento universal (Dibarboure y Macedo, 1998, p. 22). Como disciplina clínica los autores hacen referencia a

McWhinney cuando señala que “la base de una epistemológica de una disciplina es el consenso entre sus miembros sobre los problemas importantes a los que se enfrenta la profesión y, sobre los conocimientos necesarios para resolverlos” (Dibarboure y Macedo, 1998, p. 22). En este sentido la medicina familiar tiene métodos clínicos propios y semejantes en todas las regiones geográficas, lo que aporta su identificación disciplinaria clínica.

En cuanto a especialidad médica, la medicina familiar actualmente cuenta con este reconocimiento en muchos países. A diferencia de la medicina general que por convención no es una especialidad, la medicina familiar requiere una formación y programa específico que se realiza mediante la modalidad de residencia o posgrado en muchos países.

Siguiendo con McWhinney (Dibarboure y Macedo, 1998, p. 23), la medicina familiar cuenta con una práctica que la diferencia de las otras especialidades de la medicina. En el consultorio del médico de familia se podrá encontrar una disposición del escritorio diferente al que estamos acostumbrados. El mismo es ubicado contra la pared para que no oficie de obstáculo entre el paciente y el médico de familia. En los consultorios se podrá además encontrar diferentes tipos de equipos como ser camilla ginecológica, otoscopio, oftalmoscopio, posibilidad de realizar algunos exámenes paraclínicos. La agenda de los/as médicos/as de familia es programa, pero a su vez se deja un tiempo para atender a las personas que hayan tenido algún evento agudo. Utilizan la historia clínica orientada a problemas con listado de estos, medicamentos, planilla de seguimiento e intervenciones preventivas, familiograma, notas de seguimiento en formato SOAP, instrumentos de APGAR familiar, entre otros.

En relación con movimiento universal el autor refiere que las prácticas de la medicina familiar son muy similares en cualquier región geográfica. Afirma que los problemas además identificados entre los pacientes de diferentes países (a nivel biomédico) serían los mismos. En este sentido refiere la universalidad de la medicina familiar no es un fenómeno particular, sino que se está desarrollando en muchos países a medida que se implementan cambios en los sistemas de salud; “la medicina familiar responde a necesidades políticas, económicas y sociales” (Dibarboure y Macedo, 1998, p. 23).

Asimismo cabe mencionar los nueve principios básicos y fundamentales de la Medicina Familiar de McWhinney; compromiso con la persona y no con un cuerpo con órganos, sistemas, tejidos, etc, comprensión del contexto de la enfermedad; personal, familiar o social, considerar que cada contacto con el paciente es una oportunidad para realizar

educación médica, que todos sus pacientes son población de riesgo y piensa epidemiológicamente, considerarse parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria, que idealmente tendrá que compartir el mismo “hábitat que sus pacientes”, atender en consultorio, en domicilio y en algunos países en hospitales, conocimiento de los elementos subjetivos de sus pacientes, emociones y formación en gerenciamiento de recursos limitados en el ámbito sanitario.

Por otro lado, existen dos posturas dentro de la misma medicina familiar a decir de Gofin. Esto repercute en el desarrollo de la especialidad ya que encontramos quienes proponen que la Medicina Familiar debe continuar con el “desarrollo de las destrezas clínicas y de la comunicación médico – paciente como punto central de la contribución de la especialidad a la AP (justificación clínica)” (Dibarboure y Macedo, 1998, p. 39), mientras otras posturas bregan que se debe incorporar y extender las intervenciones hacia la Medicina Comunitaria. Según el autor existe evidencia que indica que la Medicina Familiar al necesitar reafirmar su rol en los servicios de salud, reforzar su metodología de investigación y necesidad de obtener el reconocimiento de la especialidad por parte de las otras especialidades médicas, lleva a que se opte por un enfoque principalmente familiar y que lo comunitario quede como un elemento más. En este orden, la comunidad se toma como espacio para usar sus recursos y consulta/asesoramiento a grupos puntuales, “en la práctica...queda relegada, sobre todo por la sobrecarga del trabajo clínico o por la posición ideológica de la Medicina Familiar tiene como fundamento de acción el trabajo clínico” (Dibarboure y Macedo, 1998, p. 40). Se cita el caso de España donde existe la residencia como Medicina Familiar y Comunitaria, como en Uruguay, donde el componente comunitario se encuentra presente, pero sin objetivos, programas o contenidos de enseñanza.

En Uruguay como en muchos de los países de Latinoamérica se optará por desarrollar la especialidad de Medicina Familiar y no el de Medicina General Integral. Según Kemayd (2007, p. 443) el primer cargo de médico de familia en Uruguay fue creado por la ley número 15.093 del año 1987. Los médicos que no eran especialistas específicos recibieron en aquel momento capacitación en la especialidad mediante cursos dictados por asesores de la OPS durante 3 años. Fueron en total unos 130 médicos los capacitados. Su ámbito de acción comenzó en la atención a poblaciones “carenciadas” según consigna la autora. Sin embargo, si bien es en este momento histórico del país cuando institucionalmente surge la figura del médico de familia, “disponía en Uruguay de experiencias de una práctica médica integral en el primer ámbito de atención, desde las que el médico general ocupaba un lugar de privilegio

en la atención de las personas y de las comunidades” Kemayd (2007, p. 443). Estos profesionales tenían la responsabilidad de intervenir desde la perspectiva de la prevención, promoción y educación para la salud, así como, realizar asistencia tanto en consultorios y domicilios. Estas tareas se desarrollaban en coordinación con un centro de salud de referencia, programas sanitarios, organizaciones sociales, escuelas, entre otros actores de la comunidad. Impresiona al seguir los pasos de la autora que la tarea de estos médicos no era en soledad, sino en cooperación con otros. Recién en 1997 se crea en el país un programa de residencia en Medicina Familiar y el “reconocimiento de la medicina familiar y comunitaria como especialidad médica por la facultad de medicina se produjo en el año 2001” (Kemayd, 2007, p. 444)

En cuanto a la formación universitaria en el país, en la Universidad de la República primero surgirá el Departamento de Docencia en Comunidad que, pasará a Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria en septiembre de 2004 y, posteriormente a Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Este departamento tiene responsabilidad en la formación del grado con cursos primero, cuarto, sexto y séptimo año de la carrera en medicina, realizando el estudiante actividades en consultorio y comunitarias insertos en las Unidades Docentes Asistenciales del Primer Nivel de Atención dependientes de este Departamento.

A decir de Ponzo (2020, p. 1208) fue necesario para el desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay generar espacios para lo asistencial, la investigación, el abordaje familiar, el componente comunitario. A decir de Ponzo la especialidad podría aportar a:

el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos la gestión de riesgos y reducción de daño por interrupción voluntaria del embarazo, la atención integral a personas trans y a toda la diversidad sexual... accesibilidad a la atención de personas que viven con VIH... atención a personas privadas de libertad... perspectiva comunitaria de la salud mental, la atención a migrantes desde la perspectiva de interculturalidad y la profundización de la perspectiva de género en la atención a la salud

Capítulo 5: Movimientos y cambios en Salud Mental

5.1 Aproximaciones históricas al campo de la salud mental

No llama la atención que el concepto de salud mental implique una noción política como alternativa a las prácticas de la psiquiatría asilar como operador asociado a las esferas de poder dominante. Es comprensible que se acompañe a la noción de Salud Mental con concepciones como ciudadanía, derechos humanos, democracia o exclusión social.

Para los movimientos de la Antipsiquiatría, la Medicina Social, así como la Psicología Comunitaria y de la Liberación latinoamericanas, el concepto de alienación mental no será el propio del Siglo XIX, sino que será entendido como alienación social. En este entendido la salud mental se define:

no como un individuo desadaptado al entorno social el foco, sino al revés, una sociedad que genera condiciones para una existencia alienada...Lo mental se define como consecuencia de las estructuras socioeconómicas, el ambiente material y la vida cultural; y la salud mental se concibe recursivamente relacionada con la noción de capital global dentro de un marco de derechos y desarrollo humano, como un problema de bienestar político y económico (Miranda, 2018, p. 91)

Es decir, la salud mental es una condición, que no se explicita en qué consiste, sino más bien, en qué se refleja. (Miranda, 2018, p. 94). Teniendo en cuenta este devenir es pertinente atender que las tensiones y relaciones de poder en el campo de la salud y enfermedad mental no son nuevas y exclusivas del siglo XX. Responden a un proceso situacional e histórico que remite especialmente a lo que Michael Foucault refiere en su trabajo sobre la historia de la locura. En dicho trabajo se identifica como desde Pinel, Tuke y Wagnitz, las personas que padecieron situaciones de salud mental, los locos y las locas, “han sufrido el régimen de internados, hasta el día en que se les descubrió en las salas del Hospital General, o en los calabozos de las casas de fuerza” (Foucault, 2006, p. 40). Será entre estos muros, “de los internados donde Pinel y la psiquiatría del siglo XIX volverán a encontrar a los locos y donde los dejarán, no sin gloriarse de haberlos liberado” (Foucault, 2006, p. 40). Para Foucault los alienados que Pinel encontrará en Bicêtre y en la Salpêtrière, pertenecen a este mundo (Foucault, 2006, p. 41). En este sentido las primeras tendencias de una humanización de la

psiquiatría y que suelen citarse como antecedentes de la ideología antipsiquiátrica se remontan al siglo XVIII y autores como Philippe Pinel, en Francia y Vincenzo Chiarugi, en Italia. Fueron quienes sentaron las bases de lo que en el siglo XIX se denominaría tratamiento moral, que se desarrollaría en Inglaterra con William Tuke (1732 – 1822) y John Conolly (1794 – 1866) y en EEUU con Dorothea Aich.

Por otro lado, resulta importante mencionar la construcción de las categorías diagnósticas que generan un discurso que atraviesa los cuerpos y otorga un régimen jurídico e identitario a las personas. Nuevamente un estatus sociopolítico de la salud mental. En la historia de la locura vemos como se hace mención a las primeras apariciones de términos como depravado, imbécil, pródigo, impedido, desequilibrado, libertino, hijo ingrato, padre disipado, prostituta, insensato y, todos con una fuerte carga de deshonor (Foucault, 2006, p. 64). Dentro de las descripciones y nosografías de aquella época que generan realidad en la actualidad encontramos términos como; desorden del espíritu, alegador empedernido, el hombre más pleitista, hombre muy malvado y tramposo, hombre que pasa las noches y días aturdiendo a las otras personas con sus canciones y profiriendo las blasfemias más horribles, calumniador, gran mentiroso, espíritu inquieto, depresivo y turbio, siendo el psiquiatra el encargado de realizar los diagnósticos apropiados (Foucault, 2006, p. 103). En 1672 Willis publica su *De Anima Brutorum*, que trata sobre las “enfermedades que atacan el alma animal y su sede, es decir el cerebro y el género nervioso” (Foucault, 2006, p. 151). Retoma el Frenesí como un furor con fiebre, la Manía como un furor sin fiebre, la Melancolía que se caracteriza por una tristeza y por miedo y la Estupidez (Foucault, 2006, p. 151). Posteriormente Haslam no tomará en cuenta a los incurables, separando dementes e idiotas y reconociendo en la locura dos regímenes; la melancolía y la manía.

Será en el siglo XVII que se pasará de los trastornos llamados vapores a las enfermedades de los nervios (Foucault, 2006, p. 154) y recién o tal vez en el siglo XIX se podrá hablar de tratar humanamente la locura (Foucault, 2006, p. 109). Las categorías psiquiátricas de la época, a partir de Esquirol, tenían su uso para designar los trabajos para la gente y no como categorías que aportaran prescripción terapéutica alguna (Foucault, 2014, p. 144). Por otro lado, “todavía a principios del siglo XIX se citará la afirmación del norteamericano Rush, que no ha «podido encontrar entre los indios un solo ejemplo de demencia, y entre ellos sólo ha encontrado pocos maníacos y melancólicos” (Foucault, 2006, p. 276). La internación en esta época tiene intervenciones de tipo morales (castigos y terapéuticas). Para Pinel “sacudir fuertemente la imaginación de un alienado, e imprimirle un

sentimiento de terror” (Foucault, 2006, p. 68), será parte del abordaje, parentesco entre medicina y moral en la forma de represión, coacción, y obligación de salvarse.

El internamiento del hombre social logrado en la interdicción del sujeto jurídico: ello quiere decir que por primera vez el hombre alienado es reconocido como incapaz y loco; su extravagancia, percibida inmediatamente por la sociedad, limita su existencia jurídica, pero sin rebasarla (Foucault, 2006, p. 100).

En este procedimiento de alienación, que persiste hasta el día de hoy, el sujeto pierde su libertad tanto por su condición de loco, problema de salud mental desde el orden de lo natural, así como desde la interdicción judicial que lo hace estar a merced de otro. El mundo de los asilos tiene sus propias reglas, tiene su propia administración de justicia.

el loco es reconocido por su sociedad como extranjero en su propia patria y se procura una culpabilidad moral. El concepto de «alienación psicológica», fundado en la psicopatología, es la confusión antropológica de esas dos experiencias de la alienación, una que concierne al ser caído en el poder del Otro, y encadenado a su libertad, la segunda que concierne al individuo convertido en Otro, extraño a la similitud fraternal de los hombres entre sí (Foucault, 2006, p. 101)

El lugar destinado para los locos será diagramado en pequeños pabellones que, según explica Esquirol, deben estar organizados a fin de que el médico pueda llegar de puntillas sin ser escuchado por nadie, ni los enfermos, ni los guardianes, ni los vigilantes, y comprobar que está pasando de un vistazo, control y poder (Foucault, 2014, p. 120). Para Esquirol el dispositivo hospitalario sería:

un lugar de afrontamiento; la locura, voluntad trastornada, pasión pervertida, debe: toparse en él con la voluntad recta y pasiones ortodoxas. El cara a cara con ellas, el choque inevitable y, en rigor, deseable, producirán dos efectos: la voluntad enferma, que podía perfectamente ser inasible porque no se expresaba en ningún delirio, sacará a plena luz del día su mal en virtud de la resistencia que ha de oponer a la voluntad recta del médico; por otra parte, la lucha que se entabla a partir de ese momento debería, si se libra de la manera adecuada, llevar a la victoria de la voluntad recta y a la sumisión, al renunciamiento de la voluntad trastornada (Foucault, 2014, p. 377).

A su vez será el médico la voz autorizada a dar sentido a la enfermedad mental donde “la clínica como la herramienta de verdad del médico, que a su vez funciona como maestro frente a otros “será médico y maestro en el mismo acto” (Foucault, 2014, p. 211). Según consiga el autor en sus investigaciones:

la palabra del médico aparece como poseedora de un poder más grande que la palabra de cualquier otro, y la ley de la identidad pesa sobre el enfermo, obligado a reconocerla en todo lo que se dice sobre él, así como en la anamnesis que se hace de su vida. Al responder públicamente a las preguntas del médico, al dejarse arrancar la confesión final de su locura, el enfermo reconoce, acepta la realidad de ese deseo loco que está en la raíz de su mal. Y en cierta manera entra, por fin, en el sistema de las satisfacciones, compensaciones, etcétera. (Foucault, 2014, p. 213)

Los métodos terapéuticos del siglo XVIII Pinel los convierte en castigos. Para la época emplear la ducha congelada como método tenía que ver con una concepción sobre la naturaleza del sistema nervioso, pero además se contaba con el efecto psicológico sorpresivo y desagradable de la ducha fría que interviene las ideas y cambia el comportamiento. La ducha se convertiría en el castigo habitual en el asilo. Dice Pinel:

consideradas como medio de represión, a menudo son suficientes para someter a la ley general del trabajo manual a una alienada, que no quiere hacerlo, para vencer un rechazo obstinado de alimento, y para domar a los alienados que se conducen con una especie de humor turbulento y obstinado...se aprovecha la circunstancia del baño, se recuerda la falta cometida o la omisión de un deber importante, y con la ayuda de un grifo se suelta bruscamente una corriente de agua fría sobre la cabeza, lo que desconcierta a menudo a la alienada, o la libera de una idea dominante por una impresión fuerte e inesperada. Si quiere obstinarse, se le reitera la ducha evitando las palabras chocantes que son propicias para rebelarla; se le hace entender, al contrario, que es por su propio bien y con tristeza, por lo que se recurre a esas medidas violentas; algunas veces se mezcla la broma, cuidando sin embargo de que no vaya muy lejos (Foucault, 2006, p. 368).

En el asilo psiquiátrico las personas serán vigiladas, juzgadas y condenadas, donde el reconocimiento de la falta, el nacimiento del remordimiento o lo que actualmente se denomina la crítica del delirio, cesará con la aplicación del castigo en una suerte de resolución del

problema de salud mental. Algunas otras intervenciones sobre el cuerpo de las personas internadas serán la consolidación ingiriendo hierro, la purificación de la corrupción, quemaduras, inoculación de sarna, sangrías, purgaciones, baños y duchas heladas, cauterios, sedales, abscesos superficiales, fricción con vinagre en la cabeza, cráneo afeitado, inmersión en agua para “destruir hasta las huellas primitivas de las extravagantes ideas de los alienados”, regulación de movimientos (máquina rotatoria) (Foucault, 2006, p. 240). El miedo será central en el siglo XIX.

Es por medio de la fuerza como se triunfa de los furores del maniaco; es oponiendo el miedo a la cólera, como ésta puede ser domada... el miedo no sólo es eficaz al nivel de los efectos de la enfermedad; actúa sobre la enfermedad misma y llega a hacerla desaparecer” (Foucault, 2006, p. 242).

El asilo psiquiátrico, manicomio de locos, construido por Tuke y Pinel es el heredado como institución total hasta nuestros días. En él se despliegan elementos productores de la imagen del loco y de las personas con algún problema en salud mental. En los asilos se despliegan las mismas características simbólicas de la sociedad burguesa; “relaciones Familia-Hijos, alrededor de la doctrina de la autoridad paternal; relaciones Falta-Castigo, alrededor de la doctrina de la justicia inmediata; relaciones Locura-Desorden, alrededor de la doctrina del orden social y moral” (Foucault, 2006, p. 371). Alienando a las personas bajo el poder del médico. Para Foucault:

el asilo de la época positivista, de cuya fundación corresponde a Pinel la gloria, no es un libre dominio de la observación, del diagnóstico y de la terapéutica: es un espacio judicial, donde se acusa, juzga y condena, y donde no se libera sino por medio de la versión de ese proceso en la profundidad psicológica, es decir, por el arrepentimiento. La locura será castigada en el asilo, aunque sea inocente en el exterior. Será por largo tiempo, e incluso hasta en nuestros días, prisionera de un mundo moral (Foucault, 2006, p. 368).

El autor nos sugiere identificar como primer movimiento crítico a la psiquiatría asilar a aquel que intentaría despsiquiatrizarse la medicina, “restablecer en su justa eficacia un poder médico que la imprudencia (o la ignorancia) de Charcot había arrastrado a producir de manera abusiva enfermedades, y por ende falsas enfermedades” (Foucault, 2014, p. 383). Dos ejemplos de estos intentos para el autor son la psicocirugía y la psiquiatría farmacológica. Por

otro lado, propone al psicoanálisis como la otra gran forma de despsiquiatrización de la enfermedad mental que intenta trabajar por fuera del asilo mental. Sin embargo, el psicoanálisis no logra apartarse del poder médico productor de verdad, en el espacio dispuesto para que esa producción sea siempre adecuada a dicho poder. Así que en realidad estas dos formas de despsiquiatrización son conservadoras del poder “una porque anula la producción de verdad, otra porque intenta adecuar la producción de verdad y poder médico” (Foucault, 2014, p. 383). A ambas también cuestionará y se opondrá la antipsiquiatría. En este sentido la antipsiquiatría planteará una la lucha con, en y contra de la institución. Las grandes estructuras asilares psiquiátricas del siglo XIX se justificaban a sí mismas como solución al desorden social de los locos y además como necesidad terapéutica. Esquirol justificaba el aislamiento de la siguiente manera:

garantizar su seguridad personal y la de su familia, liberarlos de las influencias externas, vencer sus resistencias personales, someterlos a un régimen médico e imponerles nuevos hábitos intelectuales y morales (Foucault, 2014, p. 384).

Todo relacionado con el poder, dominar al loco, secularizar a estas personas, domesticación. Como sabemos nada cambió sustancialmente en el siglo XX y de ahí los movimientos disidentes de la antipsiquiatría que “acomete sin duda contra la institución como lugar y forma de distribución y mecanismo de esas relaciones de poder” (Foucault, 2014, p. 384). A decir de Franco Basaglia:

el puro poder del médico aumenta tan vertiginosamente como disminuye el poder del enfermo; éste, por el mero hecho de estar internado, se convierte en un ciudadano sin derechos, entregado a la arbitrariedad del médico y los enfermeros, que pueden hacer de él lo que quieran sin posibilidad de apelación" (Foucault, 2014, p. 384).

Cómo técnica y procedimientos en los asilos, que podemos aún identificar en la actualidad, se encuentran:

el aislamiento, el interrogatorio privado o público, los tratamientos con carácter de castigo como la ducha, las conversaciones morales (aliento o reprimendas), la disciplina rigurosa, el trabajo obligatorio, las recompensas, las relaciones preferenciales entre el médico y algunos de sus pacientes, las relaciones de vasallaje, de posesión, de domesticidad y a veces de servidumbre entre el enfermo y el médico, que tienen por

función hacer del personaje médico el "amo de la locura", quien la hace aparecer en su verdad (cuando ella se oculta, cuando está enterrada o silenciosa.) y quien la domina, la apacigua y la reabsorbe luego de haberla desatado con su ciencia (Foucault, 2014, p. 380).

Algo que es característico de las tensiones que se dan en el ámbito científico/técnico y el entrecruzamiento del poder son los choques en cuanto a enfoques y perspectivas paradigmáticas. El caso de la antipsiquiatría no ha sido la excepción. La antipsiquiatría promovida por David Cooper en 1967 recogía las reivindicaciones sobre derechos civiles, políticos y sociales en el ámbito de la salud mental. Se nutre epistemológicamente:

del mayo francés, la revolución cubana, gobiernos izquierdistas en América Latina y África, radicalismo de la liberación feminista, movimientos por los derechos civiles y protestas contra la guerra de Vietnam en EEUU, movimientos estudiantiles y campesinos. La antipsiquiatría viene a representar una crítica profunda contra el encierro, las condiciones de internamiento de los "locos", las prácticas intervencionistas, las etiquetas diagnósticas, entre otras. El anti no se refiere a negación sino a una crítica profunda de los modelos de la psiquiatría. Se generó posteriormente un relato donde solo fue aceptada la "crítica positiva que reforma y mejora lo que ya existe (Pérez, 2012, p.18)

Sin embarco cualquier intencionalidad de crítica y/o cuestionamiento a las prácticas y científicidad que sostienen a la psiquiatría como disciplina hegemónica en salud mental es vista como no científica, antihumanitaria y desprovista de toda credibilidad. Para Foucault esto responde a una actitud "sentimentalista del psiquiatra moderno y el lego hacia el enfermo mental. Tal actitud es perjudicial para la ciencia y no tiene cabida en ella" (2014, p. 163). A decir de Pérez (2012, p. 16) la crítica radical recibida por los exponentes de la antipsiquiatría que serían catalogados como una amenaza, destructiva, proveniente de personas individuales y resentidas, llevaría a que muchas experiencias alternativas optaran por otras denominaciones. En Italia sería la psiquiatría democrática cuyo máximo exponente sería Franco Basaglia con sus formidables logros en Trieste, transformando los hospitales psiquiátricos en dispositivos sociales a través de la aprobación de la ley número 180 o Ley Basaglia. La psiquiatría crítica en Inglaterra con Ronald Laing como referente creador de la casa Kingsley Hall, primeras de las Philadelphia Association.

El nuevo cuestionamiento a la psiquiatría parte de personas habitualmente normales que se han visto convertidos en pacientes psiquiátricos con trastornos mentales, dado que han aumentado notoriamente los diagnósticos psiquiátricos. En estas personas consumidoras de medicación su estado tiene un comportamiento típico de mejoras parciales y temporales, dependencia y empeoramiento (Pérez, 2012, p. 24). Hace años atrás el diagnosticar a alguien con depresión mayor, bipolaridad o esquizofrenia era raro y grave a la vez. Esto marca una diferencia en cuanto a los orígenes de la antipsiquiatría que se dedicaba espacialmente a aquellas personas que habían pasado experiencias de encierros en manicomios.

Otra de las críticas que se realizan a la psiquiatría es que solamente puede abordar trastornos y no enfermedades como si lo hace la medicina. Para el autor es claro que cuando un grupo de síntomas carecen de una causa conocida o de una fisiología y, se observa en muchos pacientes diferentes, reciben el nombre de trastorno o síndrome. Para Joseph Glenmuller de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard en psiquiatría “todos los diagnósticos son simplemente síndromes (o trastornos), racimos de síntomas que se supone están relacionados, no enfermedades...como el Dr. Thomas Szasz, profesor emérito de psiquiatría hace notar: “no hay pruebas de sangre ni de otros elementos biológicos para determinar la presencia o ausencia de una enfermedad mental, como los hay para la mayoría de las enfermedades corporales” (Comisión de ciudadanos por los Derechos Humanos, s/f, p. 2) y, que la psiquiatría nunca ha establecido la causa de cualquier trastorno mental. Agencias psiquiátricas como la Asociación Mundial Psiquiátrica (AMP) y el Instituto Nacional de Salud mental de los Estados Unidos admiten que los psiquiatras no conocen las causas ni las curas de ningún trastorno mental ni lo que los tratamientos provocan específicamente en las personas. Lo que hay son modelos explicativos, teorías y opiniones conflictivas sobre sus diagnósticos y métodos. La teoría de que los trastornos mentales se originan debido a un desequilibrio químico en el cerebro es una opinión no comprobada, no existe evidencia biológica que pueda comprobar este desequilibrio.

La teoría de la enfermedad mental es científicamente imprecisa y su estatuto está aún por definirse. Para Vázquez (2011, p. 9) la psiquiatría representa una institución represora e incompatible con los principios de una sociedad democrática y libre. El autor niega la validez científica de la teoría de la enfermedad, refiriendo que el concepto de enfermedad mental tuvo su utilidad histórica, pero en la actualidad es científica, médica y jurídicamente inapropiado, así como moral y políticamente incorrecto. Szasz anota que la mente no es un órgano anatómico como el corazón o el hígado; por lo tanto, no puede haber, literalmente hablando

algo como enfermedad mental. Cuando hablamos de enfermedad mental estamos hablando en sentido figurado, como cuando alguien declara que la economía del país está enferma. Por lo que para el autor “no hay enfermedad mental lo que hay son conductas normales o anormales” (Vázquez, 2011, p. 9) que surgen de convencionalismos e imposiciones de poder de los seres humanos entre sí mismos. La etiología en cuanto a la enfermedad mental es especulativa, de patogénesis oscura, las clasificaciones son sintomáticas, arbitrarias, el tratamiento es empírico, físico y según modas. Otro problema referido al estatuto del saber psiquiátrico es el del discurso inquisidor, la forma en que emplaza sus constructos como dispositivos del poder, de modo tal que una misma expresión en boca de un profano carece del peso -o las consecuencias en el orden médico-jurídico- que tiene si es dicha por un perito psiquiátrico; supongamos, por ejemplo, que alguien rotula a un individuo de demente.

Finalmente es necesario distinguir algunas diferencias entre lo mental y lo psicológico como nociones emparentadas que responden a líneas discursivas y enunciativas diferentes. Lo mental viene a constituir lo que tradicionalmente se articula con la potencia intelectual del alma (psyché), inteligencia, entendimiento. Deriva del latín mens, mentis, que significa razón o intelecto (Lopera, 2011, p. 1) usado en siglo XV para referirse a las potencias del alma como pensamiento, memoria, sensación e intelecto, la razón. Para la psicología el concepto de mente se asocia a las corrientes cognitivas mientras que en otras corrientes se prefiere la noción de psiquismo, vida psíquica, conducta, personalidad, conciencia, vida interior, subjetividad, aparato psíquico, identidad. Por otro lado, el alma, la psyché, hace referencia a la sensibilidad, la razón y lo espiritual del ser. Cuando solamente es tomada la mente como objeto de la psicología se realiza un recorte reduccionista. La OMS al referirse a la salud mental prosigue el mismo camino en cuanto a restricciones. Lo adecuado es el enunciado de salud psíquica ya que abarca todas las facetas y permite que como campo la salud mental pueda ser intervenida por diferentes escuelas y disciplinas. La psyché, el alma, la salud psíquica es la salud humana. La enfermedad entonces respondería a comprender dos facetas, una carnal (biológica) y otra discursiva (espiritual), pero nunca de manera exclusiva sino siempre intrincadas entre sí.

La salud mental no puede pensarse y abordarse como sustantivo de algo que el individuo posee, sino como un campo atravesado por fuerzas y procesos que interactúan llevando a las personas por momentos psíquicos diferentes que pueden generar sufrimiento y/o malestar con determinadas características humanas; angustia, ansiedad, temor, etc. En este sentido vemos como un grupo de psiquiatras liderados por el doctor S. Timimi,

reclamaron en 2013 al Colegio de Psiquiatras de Reino Unido desafiarse de los sistemas de clasificación diagnóstica, CIE y DSM. Para Timimi “el DSM no se puede justificar, ni en sus principios teóricos ni en la práctica. Tiene que ser abandonado para que podamos encontrar formas más humanas y eficaces de responder a la angustia mental” (De Vicente, Castilla, C, 2013, p. 15). La petición de abandonar las concepciones diagnósticas se argumentan en el entendido que los diagnósticos psiquiátricos no son válidos, aumentan la estigmatización, no ayuda a la decisión sobre el tratamiento a elegir, el pronóstico a largo plazo de los problemas de salud mental ha empeorado, imponen las creencias occidentales sobre los trastornos mentales en otras culturas y existen modelos alternativos, basados en la evidencia, para proporcionar una atención eficaz en salud mental (de Vicente y Castilla, 2013, p. 15)

Por otro lado, tenemos que considerar que el surgimiento de los psicofármacos mandó a muchas personas a la casa, los barrios y a la calle yendo una vez cada tanto a ver al psiquiatra para renovar la medicación. Este proceso desmanteló el apoyo psicológico, social para las personas con sufrimiento y/o malestar psicológico, usándose de los servicios de salud mental. Los equipos interdisciplinarios fueron debilitados imponiendo una hegemonía del psiquiatra, nuevamente bajo el viejo modelo médico, que actúan como mediadores de la beneficencia estatal y administradores de psicofármacos y, “se convierten de hecho en encubridores de un vasto manicomio distribuido” (Pérez, 2012, p. 20).

5.2. El siglo XX y los movimientos disidentes (antipsiquiatría) en Salud Mental

En EEUU en la década de los años 60 toma fuerza un modelo alternativo de abordaje psiquiátrico. El modelo tiene una fuerte impronta comunitaria estableciendo cerca de 600 Centros Comunitarios de Salud Mental, los cuales llegan a una cobertura de casi la mitad de la población. Al mismo tiempo en Europa se desarrollarán importantes movimientos sociales vinculados a los DDHH, psiquiatras con una concepción humanista en defensa de los derechos de los enfermos mentales. Según Barrientos las ideas generadas en estas épocas “se materializan posteriormente en varias conceptualizaciones como la psiquiatría democrática de Basaglia, que logra la ley 180 sobre los manicomios y se continua con el desarrollo de modelos comunitarios de atención en el norte de Italia” (2005, p. 1).

Basaglia fue un psiquiatra italiano referente de la psiquiatría democrática de aquel país. Sus esfuerzos en cuanto a la humanización del modelo de atención de salud mental de la época tuvieron su máxima expresión con la promulgación de la referente ley 180. Dicho marco

jurídico se toma como un insumo de avanzada, dado que prohíbe en su redacción los hospitales psiquiátricos. En este sentido ordena la no apertura de nuevas instituciones psiquiátricas, el cierre de los hospitales psiquiátricos existentes, pasando a dispositivos en red comunitarios denominados Centros de Salud Mental (CSM). Los CSM serán el eje central de los cambios en el abordaje. Tendrán como objetivo intervenir en la asistencia enfocados en la prevención, la resolución de las crisis en salud mental y la rehabilitación psíquica de los pacientes. Por otro lado, se establecen pequeñas secciones de internamiento en hospitales generales para las personas en situación de crisis, siempre y cuando las personas no puedan permanecer en un CSM. La Ley 180 o Ley Basaglia como también se la conoce introdujo que los abordajes en salud mental debían tener conexiones entre los sectores del sistema de salud italiano (la psiquiatría ya no tendría normas aparte en la órbita del Ministerio del Interior), respeto de la voluntad de las personas para aceptar o no recibir los tratamientos, garantías para los tratamientos sanitarios obligatorios (TSO) como contar con las firmas de dos médicos, uno de ellos psiquiatra, ratificación del alcalde como representante de los ciudadanos, control del juez, tiempo breve de 7 días y renovable y gradualmente transferir los recursos económicos y humanos desde el hospital al CSM (Pascale, 2011 p. 345).

La referencia de Basaglia surge en función de un proceso que se antepone a los tratamientos y abordajes alienantes propuestos por la psiquiatría que desde 1930 inducían convulsiones en forma artificial (electroshocks, insulina y otras drogas) lobotomía cerebral, en 1950 nuevas drogas como el antipsicótico Clorpromazina, encierros prolongados con violaciones de los derechos humanos. Se critica la construcción de los diagnósticos psiquiátricos dado que etiquetan a las personas en base a comportamientos y, un enfoque de mente enferma dado por la noción de enfermedad mental. Eving Goffman en este sentido publicaría un hecho real en el libro titulado "Internados", donde se informa como un grupo de psicólogos que estudian el Diagnostic Statistical Mental (DSM), ensayan y actúan los trastornos mentales del Manual para someterse al examen clínico de un psiquiatra real sin que estos tuvieran conocimiento. Los psicólogos fingieron ser pacientes con síntomas de esquizofrenia y fueron internados en hospitales psiquiátricos. El estudio de Goffman y el posterior realizado por el psicólogo David Rosenhan, ambos en el mismo sentido, develaron las condiciones de los manicomios en EEUU, así como las falencias de los sistemas clínicos y diagnósticos de la psiquiatría del momento. Tal repercusión llegó a tener los estudios que, en un clima de controversia y activismo, Frank Kameny activista homosexual encabezaría las acciones para sacar del DSM III la homosexualidad como un trastorno mental. Entre los años

1973 y 1974 la Asociación Psiquiátrica Americana decidió por una ligera mayoría (58%) eliminar la condición como categoría de enfermedad.

Estos impulsos serán insumos de suma importancia para la OPS en la Declaración de Caracas del año 1990 donde se plantearán reformas psiquiátricas tendientes a superar el modelo hospitalocéntrico y asilar. Para Barrientos “diversas experiencias de psiquiatría comunitaria europeas influyen también, en nuestras realizaciones de hoy. Entre ellas se destacan variados modelos de España, que al igual que los italianos se integran en la cooperación internacional mencionada” (2005, p. 1).

La Declaración de Caracas, fue aprobada en la Conferencia para la Reestructuración de la Atención psiquiátrica en Latinoamérica, en 1990, como el horizonte rector de las políticas en salud mental para América. La declaración, acordada en el seno de la OPS, propone que la salud mental debe integrarse dentro de las estrategias de la APS, en los sistemas locales de salud brindando servicios integrales, comunitarios, preventivos y con participación plena de la población. Siguiendo a Barrientos se hace referencia

a la protección de los derechos humanos básicos y civiles de los que padecen alguna afectación a la salud mental y la necesidad de que estén protegidos por la legislación de cada país. Propone de igual modo revisar críticamente el papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico, la atención de los enfermos mentales. Señala la capacitación del recurso humano en modelo cuyo eje fundamental sea el de la formación en el servicio de salud mental comunitario (2005, p. 1)

Los puntos claves de la declaración y por tanto reestructuración psiquiátrica son; atención en el marco de la APS y sistemas locales de salud sobre la base de modelos centrados en la comunidad y sus redes sociales. Promover la implementación de servicios comunitarios en salud mental. Implica asimismo una profunda necesidad de crítica e introspección del papel que tiene y ha tenido el hospital psiquiátrico. Al igual que sucede con otras reestructuras es clave que las legislaciones nacionales se adecuen para asegurar explícitamente los DDHH de las personas usuarias de los servicios en salud mental. Generar capacitación de los recursos humanos en salud mental, psicología y psiquiatría apuntando al modelo comunitario e internación en hospitales generales. Sobre esto último los recursos, cuidados y tratamientos deberán ser suministrados para “salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, estar basado en criterios racionales y

técnicamente adecuados y propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario” (Declaración de Caracas, 1990, p. 2).

Desde 1992 en Brasil existen ocho leyes estatales que apuntan a una sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos por dispositivos sociocomunitarios denominados Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Estos CAPS se organizan en diferentes niveles de complejidad y se distribuyen cubriendo áreas municipales. Cuentan con atención diaria integral, internaciones breves por el día y de corta estadía, brindan alimentación, así como otras prestaciones. La Reforma Psiquiátrica Brasileña es uno de los primeros movimientos de importancia que recoge cambios fundamentales desde lo sociopolítico y que implica cambios sustanciales en el ámbito de la salud pública. La reforma recoge los postulados de la Declaración de Caracas, después de una importante organización de trabajadores en salud mental, que redundó en la ley número 9.867, del 10 de noviembre de 1999. La ley brasileña apunta a la implementación de programas psicosociales para usuarios/as de los servicios de salud mental en el ámbito comunitario. Se establecen programas de trabajo asistido con acompañamientos psicosociales, muy parecidos a los implementados en Italia con las empresas sociales de la Reforma Psiquiátrica Italiana. En abril de 2001 el gobierno promulga la ley número 10.216, la cual establece la protección de los derechos de las personas con problemas de salud mentales y reorienta el modelo asistencial en salud mental. En julio de 2003 se firma la ley número 10.708 que instituye intervenciones de desinstitutionalización tendientes de generar soluciones de vida y habitación para las internadas en hospitales psiquiátricos con largo tiempo de permanencia. El programa establece rehabilitación psicosocial e inclusión extrahospitalaria de atención en salud mental.

El avance de la reforma en Brasil tiene que ver con la Reforma Psiquiátrica y, si bien representa sustancialmente una referencia a nivel Latinoamericano en cuanto nuevas prácticas psicosociales e inclusión de las personas usuarias de los servicios de salud mental, aún necesita generar insumos investigativos que aporten a comprender y colectivizar las vivencias para que se transformen en experiencias compartidas. Esto agregaría valor social a lo implementado en este país.

Por otro lado, en Argentina el 25 de noviembre de 2010 se sanciona la ley número 26.657, ley de salud mental. El enfoque de la legislación argentina recoge los enunciados de las declaraciones internacionales antes desarrolladas, promueve y focaliza las acciones en salud mental desde el primer nivel de atención, el espacio y enfoque comunitario, así como

legítima y prioriza el rol del psicólogo/psicóloga como actor en los equipos interdisciplinarios. La ley restringe el poder de la psiquiatría como portadora del saber en salud mental, representando un avance en garantías y protección de los derechos humanos de los usuarios/as de los servicios de salud mental. Cabe destacar que la ley en Argentina si bien representa un instrumento más que necesario dada la diversidad de situaciones según las provincias, ya existían en el país ejemplos paradigmáticos de reformas en salud mental como es el caso de la provincia de Río Negro. En esta provincia del sur argentino se aprobó tempranamente en la región, en el año 1991, la ley número 2440. La ley se enmarca y nutre en la Declaración de Caracas de 1991, lo cual la hace un referente de vanguardia regional e internacional. De esta forma Río Negro fue cambiando su paradigma de abordaje en salud mental, dejando atrás un modelo asilar de hospitales psiquiátricos y médico hegemónico. La ley “se basa en hacerse cargo de los sufrientes mentales, confiando en su recuperación y comprometiéndose con su reinserción social dentro de la comunidad; principios que están fundados en los Derechos Humanos”. Para esto se ha procedido a una reestructuración de sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos por sistemas basados en la comunidad y hospitales generales. Se llevaron adelante “estrategias terapéuticas como actividades recreativas y productivas en lugar de psicofármacos” (Semprini, 2019, p. 3). Dentro de los cambios de paradigma de enunciación y discurso se pasó por un lado a la desmedicalización e integración del/la usuario/a como sufriente mental y no como discapacidad o locura.

Se rompe con el paradigma biomédico, en donde el lugar que se le otorgaba al usuario era el de un sujeto sin posibilidades de reinserción social y su exclusión del medio... da lugar al paradigma biopsicosocial, en donde el usuario es pensado como sujeto de derecho incluyéndolo dentro de la propia comunidad como también previendo la externación del mismo (Semprini, 2019, p. 4).

La sanción de la ley provincial posibilitó prácticas ambulatorias, acompañamiento y seguimiento institucional, domiciliario y comunitario de los usuarios del sistema, gestión de estructuras y dispositivos intermedios para la promoción y desarrollo de la vivienda y el empleo, Casas de Medio Camino y las Empresas Sociales, entre otras. En cuanto a la gestión se pasó de la denominación servicio al de equipo de salud mental priorizando la coordinación a cargo de equipos interdisciplinarios, no siendo las disciplinas lo determinante sino las cualidades de organización y facilidad de llevar adelante las tareas lo central para coordinar el equipo. Los cambios generados fueron hacia el interior de la Institución y hacia el entorno socio sanitario.

5.3. Políticas Públicas en el campo de la Salud Mental en Uruguay

En Uruguay a partir del año 2017 rigen un nuevo marco legal en salud mental. La Ley número 19.529 establece un nuevo contexto que plantea cambios en la atención de la salud mental dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a nivel sanitario, pero, también aporta institucionalidad a un abordaje interdisciplinario e intersectorial para cubrir los aspectos sociales que hacen a la salud mental integral. La ley incluye un pasaje al modelo de atención de salud mental comunitario siendo necesario generar cambios estructurales, organizativos del sistema, prestaciones y prácticas profesionales para su implementación (ASSE, 2018, p. 1).

Ahora bien, el país cuenta con una historia en relación con dispositivos y abordajes en salud mental que se remonta a las casas anexas al Hospital de Caridad de Montevideo (actual hospital Maciel) en el año 1817, la inauguración del manicomio nacional en 1880 (actualmente Hospital de Agudos Vilardebó) que sustituye al asilo de dementes y, en 1882 las salas de dementes del Hospital Pinilla en Paysandú Posteriormente en el año 1912 se crean las colonias para alienados, Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi, ambas ubicadas a más de 60 km de la ciudad capital, Montevideo. Las colonias responden a un modelo centrado en al trabajo como rehabilitador de las personas y a la lejanía como espacio de tranquilidad para las personas. A su vez son establecimiento que, dado la distancia, invisibilizan y sacan de la esfera pública y social a todos aquellos indeseables por su condición de loco/a.

Tabla 10. *Mapeo mojones salud mental Uruguay*

1880 – creación del Hospital Vilardebó	1912 – creación de la Colonia Bernardo Etchepare	1934 – Ley 9202 Ley orgánica de Salud Pública	1936 – Ley 9.581 psicópatas. Se organiza la asistencia
1948 – Ley 11.139 Patronato del psicópata. Se crea, dándose un cuerpo de normas para el bien de los enfermos mentales	1948 – Declaración DDHH	1978 – Declaración de Alma Ata	1983 – Creación del Hospital Psiquiátrico Musto (HPM)

1986 – Plan Nacional de Salud Mental (PNSM)	1990 – Declaración de Caracas	1996 – Cierre Hospital Psiquiátrico Musto	1996 – Creación de Equipos comunitarios de Salud Mental (ECSM)
2006 – Convención por los derechos de las personas con discapacidad	2007 – Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	2007 - anteproyecto de Ley de Salud Mental	2008 – Residencias asistidas
2010 – Ley discapacidad y salud mental, Consenso de Panamá	2011 – Plan de prestaciones en Salud Mental en el SNIS	2016 – Proyecto de ley de Salud Mental	2017 – Ley 19.529

Nota: Elaboración propia en base a ASSE (2018). Diagnóstico de situación de salud mental.

En la actualidad en Uruguay coexisten tres modelos de abordaje de la salud mental: asilar, hospitalocéntrico, salud mental comunitaria. En cuanto a la distribución de los recursos humanos, el modelo asilar/hospitalocéntrico centraliza el 60 % de los recursos y el modelo comunitario apenas el 30 % de los mismos. El país cuenta con un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que ofrece cobertura sanitaria universal, financiada por medio de un fondo de nacional de salud. En cuanto a prestadores de servicios sanitarios el SNIS cuenta con efectores de naturaleza pública y privada que deben seguir las directivas del sistema integrado, que centraliza sus acciones en la estrategia de APS y el PNA. Dentro de este universo encontramos a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), único efector público del SNIS, que ofrece cobertura de aproximadamente el 60 % de la población del país.

ASSE cuenta con dispositivos especializados en SM como ser las Colonias para Alienados, actualmente llamadas Centro De Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS), el Hospital para agudos Teodoro Vilardebó y el Centro Nacional de Información y Referencia de Red de Drogas Portal Amarillo. Ahora bien, si bien a nivel público se cuenta con dispositivos comunitarios de salud mental, algunos centros de rehabilitación psicosocial y casas de medio camino, no existe una estructura organizacional ni política institucional que nucleee directivas a nivel del efector público. Los diferentes dispositivos se desprenden de las

distintas unidades ejecutoras que comprenden al efector sanitario, pudiendo ser hospitales, centros del primer nivel de atención, entre otros. Entre ellos resulta compleja y dificultosa la articulación y asignación de los recursos si bien existe una orientación técnica desde la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables (DSM y PV), pero sin incidencia en la asignación y administración de recursos ni en la gestión administrativa.

En el año 1984 según el psiquiatra Acuña, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU) publica el documento titulado "Situación de la asistencia psiquiátrica y propuesta de cambio" que daría lugar posteriormente al Plan Nacional de Salud Mental del año 1986. El plan establecía las siguientes líneas de desarrollo; potenciación del primer nivel de atención, creación y desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales, inclusión de los nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros padecimientos mentales invalidantes y, la voluntad de superar el modelo asilar (2014, p. 198).

El documento recogía los adelantos promovidos en la declaración de Alma Ata, así como, los avances en materia de promoción de la salud y prevención. El plan estaba concebido desde un modelo de salud mental comunitario, pero, lamentablemente pudo ser instrumentado casi exclusivamente desde ASSE y con muchas limitaciones. Se abrieron algunas unidades de hospitalización en hospitales generales y se creó una red de equipos comunitarios especializados en salud mental que solamente realizan actividad de asistencia/atención. La intención fundamental era incorporar una perspectiva desde el PNA avanzando en acciones de promoción y prevención en salud mental. Lo principal en el plan sería pasar la actividad en salud mental de los hospitales, asilos y/o consultorios clínicos del sistema privado a Centros de Salud Mental (CSM). Los CSM generarían una red territorial integrada por equipos multi e interdisciplinarios. Se apuntaría a un modelo asistencial que estaría centrado en la comunidad e integrado en el sistema sanitario general, que rompa radicalmente con la marginación que provoca a su vez en el modelo centrado en los hospitales psiquiátricos. Se intentó atender problemáticas nuevas en cuanto a prevalencia como ser estrés, adaptación, depresión, las violencias, uso resgoso y problemático de drogas.

Los CSM estarían dentro de la órbita del Segundo Nivel de Atención (SNA) mientras que, en el PNA se crearían servicios comunitarios integrados a los de asistencia médica. Tendrían como cometidos de Promoción de la salud y Prevención Primaria; acciones comunitarias, grupos de ayuda mutua, educación sanitaria e intervención en crisis. En cuanto a Prevención Secundaria se plantea la capacitación temprana, intervención familiar, grupal,

individual en situaciones que no constituyen patología, visitas domiciliarias, interconsultas. Sobre Prevención Terciaria; seguimiento, apoyo a la reinserción familiar y social.

En el segundo nivel de atención se concentraría el CSM en coordinación con el Centro de Atención Médica Integral (CAMI). Los CSM contarían con servicios especiales por ejemplo de alcoholismo, geriatría, psiquiatría infantil, etc. A su vez contarían con áreas de internación de corta estadía, área de internación nocturna, coordinación para implementar internaciones de mediana estadía y pacientes crónicos, servicio de emergencia con atención domiciliaria, hospital de día y servicio de consultorio externo.

Sin embargo 10 años después de creado el plan atención ambulatoria era realizada en policlínicas de psiquiatría de adultos donde lentamente se fueron incorporando psiquiatría pediátrica y psicología. En 1997 se constituyeron equipos con psiquiatra de adultos, psicólogos, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y administrativos. Poco después se incorporan algunos talleristas y docentes los pocos centros de rehabilitación existentes. Uno de los acontecimientos más relevantes lo constituye el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto de ASSE y, la redistribución de sus recursos humanos y económicos hacia equipos comunitarios de salud mental (Acuña, 2014, p. 200).

Al respecto de la conformación de los equipos existieron dos criterios diferentes para la instrumentación del plan. Uno sería integrado por psiquiatras, psicólogos, enfermeras con especialización en Salud Mental y Asistente Social con orientación comunitaria; en el otro criterio se enfocaría en médico con orientación comunitaria (luego especialización), psicólogo, enfermera y asistente social, todos con orientación comunitaria. En algunos equipos básicos (EB) fue posible realizar capacitaciones sobre temas de salud mental e incorporar psicólogos y psicólogas como integrantes de estos equipos. Se crearon posteriormente cargos de psicólogos de área/territoriales que tienen adscripción técnica a la DSM y PV y coordinan con los equipos de salud mental, siendo un perfil parecido al del psicólogo en el PNA. Actualmente según el informe diagnóstico se cuenta con 11 estos cargos a nivel nacional, casi todos en el área metropolitana de Montevideo. También existen cargos de agentes socioeducativo-referentes de la salud integral de adolescentes del PNA llevados adelante por 21 psicólogos y psicólogas. El relevamiento realizado por ASSE menciona a su vez que los profesionales en salud mental están mayoritariamente distribuidos en equipos especializados, salvo enfermería, que se concentra en hospitales. Según el diagnóstico de ASSE a nivel comunitario se pueden encontrar entonces equipos especializados, psicólogos de área, consulta de

psiquiatría y psicología, comités de recepción para recibir psicoterapia y escasos servicios comunitarios de mediana o larga estadía alternativos a la internación, todos ellos como se mencionaba anteriormente con una insuficiente coordinación, superposición de recursos y baja eficiencia.

En este período de tiempo hay que destacar algunos tibios avances. A decir de Acuña, a pesar de las recomendaciones, no se ha logrado avanzar en “la discusión acerca de la forma o dirección que debe tomar el primer nivel, ni respecto de la salud en general, menos en salud mental (2014, p. 200). Las acciones en salud mental han estado limitadas a determinadas prestaciones sanitarias, incorporación del recurso psicoterapéutico en el sistema sanitario y el Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Para el autor “no se han incorporado en forma integral los fenómenos de violencia, marginalidad, alcoholismo y drogadicción, género, los problemas de la sm y trabajo, estigma de la enfermedad mental, entre otros” (2014, p. 200). El Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud (Vademecun) significó establecer dentro de las prestaciones básicas sanitarias el acceso de la población a algunos dispositivos de abordaje en salud mental como ser atención grupal, sesiones de psicoterapia individuales, de pareja y familia. El Plan de Prestaciones en Salud Mental introdujo un nuevo enfoque y abordaje para la salud mental a nivel sanitario, sin embargo, el mismo tiene dificultades en cuanto a que se ha desarrollado un poco más a nivel público que privado donde establece un copago para acceder, además de pasar por un comité de recepción. Como refiere Acuña:

Aún se observan dificultades en el momento de pensar en políticas integrales de sm que incorporen acciones imprescindibles de prevención y promoción, políticas intersectoriales, reivindicar políticas públicas en sm, por ejemplo, sm en el ámbito laboral, sm en las escuelas, sm y estigma de la enfermedad mental, la problemática vinculada al género, por nombrar solo algunas (2014, p. 201).

El Plan de Salud Mental de 1986 representó un avance conceptual y epistemológico en cuanto a los temas de salud mental, pero tuvo desarrollos sumamente escasos. Debemos recordar que el país recién en el año 2017 promulgaría una nueva ley de salud mental en clave de derechos humanos. Anterior a esta normativa la atención en salud mental estaba regulada especialmente en función de la atención psiquiátrica a través de la ley 9.581 de asistencia al psicópata del año 1936. Tuvieron que pasar 81 años para que Uruguay adecuara su normativa legal en salud mental, despreciando durante este tiempo muchos de los avances

científicos en salud mental, especialmente provenientes de las ciencias humanas y sociales. Acuña recoge claramente algunas de las recomendaciones del informe sobre la salud en el mundo del año 2001 que fueron fundamentales para avanzar en concepciones;

dispensar tratamiento en la atención primaria, asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, prestar asistencia en la comunidad, educar al público, involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores, establecer políticas, programas y legislación a escala nacional, desarrollar recursos humanos, establecer vínculos con otros sectores, vigilar la salud mental de las comunidades, apoyar nuevas investigaciones (2014, p. 201)

En el 2005 se produce la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas 2005, dando lugar a los Principios de Brasilia que se refieren a la protección de poblaciones (grupos vulnerables, niñez, adolescencia) y situaciones específicas (conductas suicidas, alcoholismo, abuso de sustancias y violencia), principios rectores para el desarrollo de la atención en Salud Mental en las Américas. Por otro lado, en Europa surge la Declaración de Helsinki y el Plan de acción de la Salud Mental para Europa, “lo que dio lugar en octubre de 2005 al Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental” (Acuña, 2014, p. 201).

En Uruguay, las iniciativas para comenzar cambios en salud mental en consonancia con los modelos internacionales (Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 al actual Proyecto de Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020) se comienza en el año 2007 un proceso colectivo de anteproyecto de ley de salud mental que se verá interrumpido y retomado nuevamente recién en el año 2015 como consecuencia del fallecimiento de una persona institucionalizada, comida por una jauría de perros, en las colonias de alienados. Como se ha referido más arriba que en el año 2017 se aprueba en Uruguay la ley número 19.529 sobre salud mental. Dicha norma es un instrumento que surge de la lucha histórica de organizaciones y movimientos sociales de usuarios/as de los servicios de salud mental, la académica, organizaciones científicas y profesionales independientes. La ley comprende 48 artículos de en los cuales se expresa el reconocimiento a la persona de manera integral desde lo biopsicosocial y cultural, se hace especial mención a la dignidad y los derechos humanos como principios rectores para la aplicación de la norma. En acuerdo con la declaración del Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2016):

los servicios de salud mental y sociales deben adoptar una perspectiva de derechos humanos para evitar causar daños a las personas que hagan uso de ellos; en particular con miras a eliminar todas las formas de violencia y discriminación en ese contexto, y para promover el derecho de toda persona a la plena inclusión y participación efectiva en la sociedad

Se toma a la promoción como central para las intervenciones en salud mental, se plantea acceso universal, accesible y sustentable de los servicios en la materia. En el capítulo número, artículo número 6, referido a los derechos se establece que las personas tienen derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos, tratamientos terapéuticos alternativos que impidan la restricción de sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. A continuación, nos referiremos a cuatro artículos de la ley que tienen especial interés en un nuestro estudio dado que se refieren específicamente al PNA, abordaje comunitario en interdisciplinario:

La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención...En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental (artículo 16)

El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales (artículo 17).

Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental (artículo 18).

La atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. Cuando ello no sea posible porque no se cuente

con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará lo establecido en la reglamentación de la presente ley (artículo 19).

En función de la ley en año 2020 se aprueba un nuevo Plan Nacional de Salud Mental que recoge los aportes de varios actores, donde se encuentra este investigador. Nuevamente en el plan se establece que la salud mental debe ser abordada mediante un modelo comunitario, interdisciplinario e intersectorial. El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, con en el equipo básico del PNA como puerta de entrada al sistema, coordinación hacia los niveles de mayor complejidad, garantizando la integralidad y continuidad de los procesos asistenciales (2020, p. 45). Se establece crear y/o reestructurar servicios existentes para generar la red a nivel de territorio de acuerdo con la Ordenanza de dispositivos aprobada por el Ministerio de Salud Pública (2020, p. 45). Dicha ordenanza establece unidades en territorio con equipo básico de primer nivel integrando al Psicólogo en su rol específico definido, equipo especializado de Salud Mental con tiempo de espera máximo de un mes con agenda prioritaria para poblaciones específicas y, reforzar el PNA a partir de la reestructuración del Modo 1 del plan prestaciones del Decreto 305/011.

En este sentido es importante mencionar que:

el Modelo Comunitario no lo define el espacio físico, sino que se refiere fundamentalmente a que la atención en salud mental está inmersa y participa de la realidad comunitaria y de su complejidad. Este modelo permite comprender la importancia del contexto en la salud y la recuperación de la persona, favorece su inclusión social y provee de las condiciones para el pleno ejercicio de sus derechos con el fin de mejorar su calidad de vida (Ministerio de Salud, 2020).

El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental implica el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental con un enfoque integral. (2020, p. 21). En esta línea es que se pueden articular las estrategias de promoción y prevención referidas en plan en cuanto al bienestar emocional de la población de Uruguay en todas las etapas de la vida centrando las intervenciones en las personas más vulneradas. Generar políticas de accesibilidad a la comunicación en temas vinculados a la Promoción de la Salud con énfasis en la Salud Mental, sensibilización comunitaria, fortalecimiento de estrategias e intervenciones que apunten a la mejora de la calidad de vida, los vínculos familiares y socio comunitarios,

tendientes a la inclusión y apoderamiento ciudadano. Incluir políticas articuladas socio sanitarias desde un enfoque intersectorial apuntando a los determinantes sociales de la salud. “Promover la formación de recursos humanos en los ámbitos de salud y educativos para la atención, orientación, acompañamiento y seguimiento de niños, niñas y adolescente y sus referentes socio-familiares, que demanden atención psicológica e integral en sus procesos de construcción identitaria, asegurando el acceso a la atención a partir de una lógica de abordaje territorial y de trabajo en redes...Lograr una participación activa y responsable de los medios masivos de comunicación (MMCC) en la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio” (Ministerio de Salud Pública, 2020, p. 35)

5.4. Psicología en Uruguay

Según Chagas y Paribanú (Salas, 2014, p. 209) la psicología en Uruguay ha logrado un gran desarrollo a nivel académico y profesional durante todo el siglo XX. En el año 1901 encontramos el Tratado de la imbecilidad del país por método de Herbert Spencer, en el cual el escritor Julio Herrera y Reissig realiza un análisis de la personalidad de los habitantes de Uruguay.

Para Carrasco “la dirección hacia la cual el desarrollo de una disciplina como la nuestra, se encamina, no depende únicamente de un proceso autocentrado y dependiente de sus propios contenidos, sino que, en muchos momentos, es la historia del contexto por el cual transita la cual determina el descubrimiento y a la emergencia de conceptualizaciones y prácticas que de otra manera no hubieran aparecido” (Carrasco, 1990, p.31). El autor caracteriza por etapas el desarrollo de la psicología en Uruguay. Una primera etapa de una psicología abstracta y precientífica siendo Vaz Ferreira su mayor exponente. Una segunda etapa que Carrasco denomina “psicología experimental aplicada” que se corresponde al surgimiento de laboratorios en las Fuerzas Armadas y los sectores de Neurología y Neurofisiología de la Facultad de Medicina en las primeras décadas del siglo XX. Posteriormente encontraremos el Laboratorio de Psicopedagogía en cuanto al campo educativo. Las primeras experiencias en Uruguay van a la par de las que se producen a nivel internacional teniendo en la región como referente al psicólogo polaco Wacław Radecki como un impulsor de “una psicología funcionalista, descriptiva, pero que incorpora nociones y técnicas de aplicación y una psicopatología” (Carrasco, 1990, p. 33). Posteriormente se refiere a un proceso de consolidación, donde se destacan los trabajos del Dr. Pérez Pastorino en relación con el psicoanálisis, el Dr. Julio Marcos quien daría surgimiento a la psicología infantil

y psicopatología de niños en la medicina, proceso que irá dando lugar a la etapa de aparición de la “psicología clínica” en Uruguay. Carrasco data el surgimiento de la psicología clínica en la década del 50, que posteriormente darán lugar a la psicología clínica de niños, sobre grupos familiares, lo cual según el autor aportarían al surgimiento de una psicología social rioplatense al integrar enfoques psicosociales.

En el año 1993 se publica un número especial de la Revista de la Sociedad de Psicología del Uruguay. La Sociedad de Psicología del Uruguay (SPU) se fundó el 7 de diciembre de 1953 y tiene como cometido “propender al desarrollo de la Psicología como ciencia y como profesión” (Salas, 2014, p. 203). En esta publicación Elida Tuana en el artículo titulado “Panorama de la psicología en el Uruguay en el momento de creación de la sociedad”, relata cómo se encontraba la psicología en las décadas de los 40’ y los 50’ del siglo XX. La autora presenta diferentes espacios institucionales de la época como ser el Laboratorio de Psicopedagogía de Sebastián Morey Otero del año 1933, el Centro de Estudios Psicológicos presidido por Radecki en 1945, la Clínica Médico – Psicológica Infantil en el Hospital Pedroo Visca en 1947.

Carlos Pérez Gambini publica en 1999 el título “Historia de la psicología en el Uruguay. Desde sus comienzos hasta 1950”, libro donde relata un desarrollo historiográfico de la disciplina. Posteriormente, Baroni conceptualizar cuatro etapas vinculadas a la formación en psicología; psicología preuniversitaria desde inicios del siglo XX hasta 1950, psicología universitaria desde 1950 a 1973, psicología en la dictadura de 1973 a 1984 y psicología universitaria actual desde 1984 a 2010. La Psicología preuniversitaria remite a un proceso de instalación de la psicología como ciencia y profesión, comprende el Curso expositivo de Psicología Elemental llevado adelante por Vaz Ferreira (primera obra nacional académica sobre psicología) como docente universitario en 1897. Entre 1930 y 1950 se dan desarrollos relacionados la higiene mental, prevención en salud mental, psicoprofilaxis, como estrategia para amainar la crisis económica. Se produce un gran desarrollo en el ámbito de la educación pública (Salas, 2014, p. 216). En el año 1933 se crea el Laboratorio de Psicopedagogía Experimental y se incluye la psicología en los planes de estudio del instituto formador de maestros y maestras.

Para Pérez Gambini el psiquiatra Antonio Sizzo será el creador del Laboratorio de Psicología de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la UdelaR, quien en 1930

presenta el primer plan de psicoprofilaxis, higiene mental y, posteriormente en 1943 el primer curso de Psicoterapia y, en la cátedra de Psiquiatría instala estudios de Psicología Médica.

En la Psicología universitaria encontramos las primeras formas de titulación profesional habilitantes para el campo laboral y las disputas de legitimación en dichos campos, salud y educación por, sobre todo. Este período será fuertemente marcado por las disputas con la psiquiatría quien denunciaría el intrusismo de la psicología en el campo de la salud mental. La psicología asentaría los siguientes ámbitos de trabajo; la clínica como espacio laboral y metodológico generando autonomía en las acciones psicoterapéuticas y, el ejercicio liberal de la profesión y prestación de servicios profesionales. En este devenir de fortalecimiento se identifican dos procesos; uno relacionado al desarrollo de la psicología en el campo de las ciencias sociales ya que participará en la construcción de la sociedad y en las personas que somos, a decir de Nikolas Rose la psicología tendrá:

un gran impacto social en la comprensión y tratamiento de la angustia, en nuestros conceptos de normalidad y anormalidad, en nuestras tecnologías de regulación, normalización, corrección y reforma, en el cuidado infantil y la educación, la publicidad, el marketing y las tecnologías de los consumidores en el control de la conducta humana, del poder militar al industrial (Salas, 2014, p. 219)

y por otro lado se profundiza su implicancia ética, política y su participación en el proyecto de sociedad. El Profesor Agregado Dr. Marcos en 1950 será el iniciador de los cursos de Psicología Aplicada a la Infancia en el marco de la Escuela de Colaboradores del médico luego Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina de la UdelaR. Psicotécnicos que actúan bajo la égida médica.

En el periodo de 1973 a 1984 se asiste al desmantelamiento de la licenciatura en Psicología abierta en 1956 en la Facultad de Humanidades y Ciencias y, apertura en 1975 del curso de Psicología aplicada a la infancia en la Escuela de Colaboradores del médico en el Hospital de Clínicas y la creación de la Escuela Universitaria de Psicología (EUP) en 1978. Desde 1984 en adelante, con el restablecimiento de la democracia se produce la fusión de la EUP y el curso de Psicología aplicada a la infancia en un Instituto de Psicología del Uruguay (IPUR) con una clara orientación formativa clínica, terapéutica y de ejercicio liberal de la profesión. Posteriormente el IPUR sería asimilado a Facultad de Psicología de la UdelaR, para finalmente en 1994 pasar a ser Facultad de Psicología. Para el autor (Chagas y Paribanú en

Salas, 2014, p. 220) este período postdictadura supone un primer momento que va desde 1985 a 2010 donde se plantea la recuperación institucional de la disciplina y, un segundo momento a partir de 2011 en que se producen cambios paradigmáticos en el terreno político y social nacional; crisis económica neoliberal del año 2002, primeros gobiernos de izquierda en el país desde 2005, nuevos enfoques que implican el reclutamiento e integración de psicólogos y psicólogas en una nueva reingeniería social – estatal. En tal sentido se han originado Institutos en la Facultad de Psicología con una fuerte impregnación investigativa, cambio en su Plan de Estudios apuntando a un nuevo perfil profesional comprometido con el desarrollo nacional, el cual implica que la formación trascienda el espacio clínico y asistencial incidiendo y disputando ahora terreno en el campo de las políticas públicas, la educación, la asistencia y desarrollo humano y social.

En la actualidad el ejercicio de la psicología en el Uruguay se encuentra regulado por la ley número 17.154 y su decreto reglamentario número 361/002. Según Giménez existe un ejercicio profesional legitimado especialmente en el enfoque clínico tradicional, psicoterapéutico y psicodiagnóstico. En los 60 cobra auge la promoción de la salud y la prevención, inserción comunitaria, trabajo en psicohigiene pero, no se desarrolla fuertemente como línea de intervención. En el año 2013 se presenta una estimación cuantitativa de la situación de los psicólogos en Uruguay, tomando fuentes como el Sistema de Bedelía (Udelar), Programa de Información Estratégica (UCUDAL), Anuarios Estadísticos (MEC), Corte Electoral, Caja Profesional y Fondo de Solidaridad (Giménez, 2015, 34). El autor nos refiere que se identifican registros fragmentados y dispersos que dificultan la caracterización de los profesionales de la psicología en el país. En el año 2014 se realiza el Censo Nacional de Psicólogos entre la Facultad de Psicología de la UdelaR y el MSP, el apoyo de la UCUDAL. Según informa Giménez (2015, p. 36) “el censo fue respondido por 7.543 psicólogos, estimándose en 77,1% del universo, lo cual, si bien configura un porcentaje interesante, estrictamente no es una muestra representativa... a nivel universitario la formación de grado en Psicología se ha desarrollado en la UdelaR y UCUDAL”. Para Giménez del Censo de Psicólogos de 2014 se desprende que en el sector educación trabajan 1670 psicólogos/as (27,9% del total), salud 1664 psicólogos/as (27,8%), social-comunitario 1403 profesionales (23,5%), institucional/organizacional 947 psicólogos/as (15,8%), en docencia universitaria 176 profesionales (2,9%), docencia 78 psicólogos/as (1,3), en psicología jurídica son 26 profesionales (0,4%), publicidad y marketing 11 (0,2%) y 6 profesionales en otros sectores. En cuanto a si los sectores de actividad son públicos o privados, según el autor en clínica privada se desempeñan 3.155 psicólogos/as (60,2%), en salud mental público 940 (17,9%),

salud mental privado 979 (18,7%), otros 164 (3,1%). La distribución de inserciones laborales de acuerdo con niveles de atención mostró que en el Primer nivel se desempeñan 709 psicólogo/as (34,0%), en el segundo nivel 532 (25,5%) y, en el tercer nivel 384 (18,5%).

Capítulo 6. Metodología

El presente estudio está enfocado en un diseño metodológico de tipo cualitativo dado que busca comprender, explicar y analizar experiencias de abordaje en salud mental desplegadas desde la Unidad Docente Asistencial. Se trabajó con hipótesis de trabajo en función de las siguientes preguntas; ¿Representan las experiencias de abordaje en salud mental desde el PNA de la salud de la Unidad Docente Asistencial Canelones al Este del Primer Nivel de Atención, en su policlínica sede de Barros Blancos, Uruguay entre 2018-2020, un modelo de atención alternativo en salud mental? ¿Porqué? ¿Cómo son estas experiencias? ¿Cómo trabajan los profesionales intervinientes? ¿Desde qué marcos referenciales y formativos? ¿Cómo y dónde se han formado? ¿Cómo funcionan los distintos dispositivos que componen la experiencia? ¿Cómo están sistematizados? ¿Qué impactos identifican en los usuarios/as de los servicios?

Según Vasilachis (2006, p. 29) las investigaciones cualitativas tienen como característica comprender la realidad partiendo de realidades subjetivas en el entendido que no existe una única verdad. Desde este tipo de investigaciones nos interesa cómo “el mundo es comprendido, experimentado, producido por el contexto y los procesos, la perspectiva de las personas, sus sentidos y significados, experiencias y relatos”. Se estudia la vida de los sujetos, sus historias, comportamientos “el funcionamiento de organizaciones, movimientos sociales, relaciones intersociales” (Vasilachis, 2006, p. 31). Sus resultados pueden ser generalizados a través de la transferenciabilidad, lo que nos aparta de las formas estadísticas de generalización. Por lo tanto, las investigaciones cualitativas implican un enfoque diferente a las metodologías cuantitativas. Refieren a un tipo múltiple de formas de acercamiento a la realidad, siendo esta la razón por la que no podemos definir una sola manera de realizar investigación cualitativa

6.1 Definición del diseño metodológico

Se propuso un diseño de investigación descriptivo siendo la intencionalidad producir conocimiento sobre los aspectos particulares de la experiencia de la Unidad Docente

Asistencial Canelones al Este del Primer Nivel de Atención que es llevada adelante en forma interdisciplinaria por profesionales de la Medicina Familiar y Comunitaria, así como de la Psicología de la Salud.

6.2 El estudio de caso

En este sentido decidimos tomar una estrategia de estudio de caso tal como propone Stake (1999, p. 11):

estudiamos un caso cuando tiene un interés muy especial en sí mismo. Buscamos el detalle de la interacción con sus contextos. El estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes.

El caso representa un “sistema integrado” (Stake, 1999, p. 16). Es así como para el autor existen tres tipos diferentes de estudios de casos:

- Estudio de caso intrínseco: casos con valor en sí mismo dadas sus propias especificidades. El caso no es representativo de otros casos, sino que representa interés en sí mismo.
- Estudio de caso instrumental: casos que se pretenden generalizar a partir de un conjunto de situaciones específicas. Se realiza para profundizar en un tema o afinar una teoría y se necesitan varios casos para replicarlo.
- Estudio de caso colectivo que se realiza centrado en un fenómeno, población o condición general.

Nuestro estudio está enmarcado dentro de la posibilidad de caso intrínseco dado que las características de la experiencia de la UDA constituyen en sí mismas un caso que merece la atención investigativa. Ahora bien, que el caso de la UDA Canelones Este represente una singularidad específica no excluye que los resultados de esta investigación puedan ser generalizados siguiendo las consideraciones epistemológicas que hacen a las generalizaciones de las investigaciones de tipo cualitativo, tal como se ha propuesto en cuanto a la aplicabilidad práctica del modelo que se ha diseñado y, su transferencia a las restantes UDAs del PNA de la Facultad de Medicina.

En cuanto a algunas características del caso diremos que la sede de la UDA se encuentra localizada en la ciudad de Barros Blancos a unos 23 km de de Montevideo. Barros Blancos cuenta con una población aproximada de 30.000 habitantes y, la UDA atiende como institución pública de salud a casi la mitad de esta población. Desde lo socio - económicas Barros Blancos se encuentra dentro de las poblaciones más empobrecidas y vulneradas en el país. La UDA gestiona el servicio fundamentalmente con médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, entre profesionales de otras disciplinas como Ginecología, Pediatría, Psicología, Nutrición, Enfermería. Su presencia en el territorio, producto de las acciones que lleva adelante, hacen de la UDA un importante actor comunitario. Además de la asistencia desarrolla actividades de Promoción de la Salud, articulación y participación interinstitucional, investigación, entre otras. Es un actor comunitario referente que fomenta la construcción comunitaria en el territorio de la localidad de Barros Blancos. Siendo único a su vez su enfoque de abordaje comunitario en salud mental en cuanto a variables clínicas, comunitarias y de enseñanza, producto de sus características intrínsecas y demanda poblacional.

6.3 Corte de investigación

Estudio transversal

6.4 Población/muestra

Como es sabido el enfoque cualitativo no comprende una selección de muestra probabilística como en el caso característico de las investigaciones cuantitativas. La muestra del estudio fue de conveniencia o intencional y se construyó a lo largo del proceso, por lo que también fue un muestreo polietápico o en multietapas. No obstante, como punto apriorístico y por aspectos operativos, se pensó en una muestra cuidadosamente seleccionada en función de su posibilidad de ofrecer información profunda y detallada para la comprensión de los fenómenos y procesos que en su complejidad operan en el caso de la experiencia de la UDA. En tal sentido partimos desde dos grupos claves para conformar unidades de muestreo;

- Grupo de documentos: que corresponde a 12 programas y planes universitarios formativos de grado y postgrado (actuales y anteriores) relacionados a la salud mental comunitaria, enfocados en el sector salud. Asimismo, se trabajó con legislación (1 ley) y el plan nacional de salud mental y, 86 presentaciones académicas relacionados a la salud mental en el Primer Nivel de Atención de la UDA.

- Grupo de 4 integrantes profesionales que intervienen en el abordaje en salud mental, lo que incluye médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Estos profesionales por ser los relacionados con la experiencia fueron los indicados para proporcionar datos sobre su actividad práctica en salud mental, significaciones, sentidos, interrogantes, entre otras impresiones. Como criterio incluyente será haber trabajado en la UDA entre los años 2018 – 2020 considerando antigüedad en la UDA y jerarquía.

6.5 Variables

En consonancia con nuestro tipo de investigación diremos que asistimos a un proceso inductivo - hipotético - deductivo, por lo cual muchas variables surgieron a medida que avanzamos. Las variables son aspectos observables de la realidad del caso, características o cualidades importantes que interesan medir y objetivar. Reagrupamientos de atributos que definen nuestro caso. Para la medición de las variables de interés, que a su vez son complejas, lo hicimos desde la noción de categorías de análisis o sistema de categorías y subcategorías, utilizando a su vez la noción de variables nominales y, la de ordinales que nos permitió además de generar categorías/subcategorías, establecer un ordenamiento jerárquico.

Nos planteamos algunas categorías previas o deductivas, que nos dieron cuenta del problema de investigación y que por sus complejidades requirieron de una operacionalización en subcategorías. Esta operacionalización en parte puede ser pensada a priori, pero por el mismo proceso de la investigación fue reforzada con nuevas subcategorías a medidas que se avanzó.

Categorías deductivas a priori (variables cualitativas), definiciones y subcategorías
Enfoque Clínico: la definimos como aquellas acciones y/o estrategias que apunten a aliviar el sufrimiento y/o malestar psíquico de los usuarios/as y modifiquen el devenir subjetivo. Para ello ha sido necesario operacionalizar la variable/categoría creando subcategorías como ser:

- Competencias clínicas necesarias para el abordaje en el PNA (actitud, habilidades, conocimientos).
- Formación profesional.
- Significado y sentido de las intervenciones.
- Dispositivos de intervención (espacios interprofesionales de abordaje, espacios de intervención con usuarias/os) entre otras que surjan.

Enfoque Comunitario: la definimos como acciones y/o estrategias grupales y/o en y con integrantes de la comunidad que apunten a aliviar el sufrimiento y/o malestar psíquico, así como generar impactos en el devenir subjetivo de las personas. Esta categoría (variable cualitativa) está pensada para abordar las acciones relacionadas al empoderamiento en cuanto a salud mental. Incluyó subcategorías como:

- Formación en nociones de comunidad.
- Tipo de actividades específicas.
- Temas abordados.
- Significado y sentido de las intervenciones, entre otras.

Acciones Académicas: la definimos como las acciones y/o estrategias que apuntan al proceso de enseñanza aprendizaje de los residentes que transitan parte de su formación por la UDA, difusión académica de las experiencias en salud mental. Comprende las siguientes subcategorías:

- Instancias de formación.
- Presentaciones académicas.
- Generación de materiales (planes, programas, documentos formativos, etc)

6.6 Técnicas e Instrumentos de medición

Los datos han sido recogidos aproximándonos a situaciones, acciones y/o procesos que se desarrollan actualmente y/o en el pasado. De esta forma nos hicimos de datos naturales en el sentido que fueron recogidos en el contexto y captados casi en su completitud y complejidad sin interferir, modificarlos, y/o alterarlos.

Técnicas: En nuestro caso optamos por dos técnicas de recolección de datos propias de las investigaciones cualitativas, aunque no excluyentes:

- revisión documental
- entrevistas semiestructuradas

Revisión documental

La revisión de documentación entiende como documentación todo aquello que sirva para interiorizarse en algo. Es así que la estrategia técnica de recolección de datos a través de la revisión de documentación se presenta como válida y necesaria. Los manuales anglosajones se refieren al documento como los registros escritos y simbólicos y cualquier

material y datos disponibles; cualquier cosa existente previamente y durante el estudio. La revisión de documentación implica un proceso organizador y representador de conocimiento que se encuentra codificado, registrado. La finalidad de esta técnica es la de recuperar esta construcción cognitiva que se ha tenido de determinados acontecimientos.

Entrevista semiestructurada

Sobre las entrevistas semiestructuradas se procede por medio de la palabra a acceder a los enfoques de los entrevistados. Para ello se realizaron entrevistas con pautas previamente establecidas, pero con apertura para introducir en el encuentro otras preguntas que puedan surgir del mismo proceso comunicacional.

Instrumentos de medición: Para la revisión documental utilizamos ficheros digitales y físicos de contenidos. Cada fichero estuvo identificado con un tipo de registro documental. Por lo que hemos generado los siguientes ficheros:

Fichero 1: Planes de trabajo en Salud Mental UDA (relacionado a estrategias)

Fichero 2: Programas Formativos (relacionados a la formación profesional)

Fichero 3a- Programas Psicología

Fichero 3b- Programas Medicina Familiar y Comunitaria

Fichero 3c- Programas Psiquiatría

Fichero 4d-Formación de otros profesionales/funcionarios (nivel universitario)

Las entrevistas semiestructuradas han sido llevadas adelante mediante el siguiente instrumento de medición con preguntas cortas y concretas pero lo suficientemente abiertas para que el/la entrevistado/a pueda expresarse libremente. El instrumento de medición indagó sobre los temas:

- Formación profesional relacionada a salud mental en el PNA con enfoque comunitario.
- Experiencia laboral en el tema.
- Características del trabajo en salud mental PNA con enfoque comunitario. Equipo interprofesional.
- Competencias necesarias para trabajar en salud mental el PNA con enfoque comunitario.
- Autoconcepto (enfocado al desempeño, aptitudes y conocimientos adquiridos con relación al tema).
- Sentido de las intervenciones con enfoque comunitario.

- Trabajo interdisciplinario.
- Características del/los dispositivo/s llevados adelante por la UDA en el tema.

Las entrevistas han tenido una duración de entre 50 y 70 minutos, fueron realizadas por mí como investigador y responsable del proyecto, usando la plataforma zoom, con registro de audio grabad, mediante consentimiento informado que se incluye en anexos.

6.7 Procedimientos

En cuanto a los procedimientos para la presente investigación los hemos separado en tres etapas.

Tabla 11. *Etapas generales de procedimientos*

Etapas	Acciones	Tiempo	Materiales
1- Recolección de datos	Realizar entrevistas semiestructuradas Realizar revisión documental	Primer mes	Computadora con paquete Office, plataforma Zoom.
2- Análisis de los datos	Realizar análisis del contenido de las entrevistas y documentos. Profundización del sistema de categorías y subcategorías. Codificación de estas.	Segundo mes	Computadora, programa MAXQDA
3- Resultados y conclusiones	Triangulación del análisis de datos con la bibliografía de referencia en el marco teórico. Diseño del modelo de atención comunitario en salud mental	Tercer mes	Computadora con paquete Office

Tabla 12. Etapa 1. Detalles de la etapa de recolección de datos

Recolección de datos		
Objetivos Específicos	Acciones en orden cronológico para concretar el objetivo	Tiempo estimado y materiales
1- Sistematizar el funcionamiento y criterios de intervención en salud mental realizado por la Unidad Docente Asistencial.	Realizar revisión documental. Realizar Entrevistas en semiestructuradas a los profesionales mediante entrevistas grabadas en el espacio de la UDA.	Primer mes Un mes trabajando de lunes a sábado 5 horas por día. Como materiales para la revisión documental se necesitó computadora para ficheros de contenidos. Para la realización de las entrevistas se necesitó la plataforma zoom.
2- Determinar características profesionales específicas de los/as intervinientes en las acciones en salud mental.	Realizar revisión documental. Realizar Entrevistas en semiestructuradas a los profesionales mediante entrevistas grabadas en el espacio de la UDA.	Un mes trabajando de lunes a sábado 5 horas por día. Como materiales para la revisión documental se necesitó computadora para ficheros de contenidos. Para la realización de las entrevistas se necesitó la plataforma zoom
3- Identificar características de las intervenciones y dispositivos llevados adelante por el equipo profesional en salud mental.	Realizar revisión documental. Realizar Entrevistas en semiestructuradas a los profesionales mediante entrevistas grabadas en el espacio de la UDA.	Un mes trabajando de lunes a sábado 5 horas por día. Como materiales para la revisión documental se necesitó computadora para ficheros de contenidos. Para la realización de las entrevistas se necesitó la plataforma zoom.

6.8 Análisis

Como es sabido el enfoque cualitativo no comprende una selección de muestra probabilística como en el caso característico de las investigaciones cuantitativas. Por lo tanto, el presente estudio no incluye un tipo de análisis estadístico. Asimismo, no existe un momento determinado de inicio del análisis, sino que este transversalizó de forma característica toda

investigación cualitativa tal como hemos propuesto en la recolección de datos. No obstante, estas concepciones elaboramos un plan tentativo de inicio a modo de ordenador del trabajo en el tiempo. Es así como adoptamos un proceso de análisis inductivo transformando los datos en unidades significativas que aportaron a la comprensión del problema. El análisis nos permitió acceder a una comprensión más profunda del objeto de estudio, más allá que la descripción del dato, organizando la información para su interpretación.

Tabla 13. Etapa 2- Detalles de la etapa de análisis de los datos

Comprendió una fase de análisis cualitativo de la revisión de documentación y otra para las entrevistas. Se realizó mediante el auxilio de un programa específico de análisis cualitativo		
Objetivos Específicos	Acciones en orden cronológico para concretar los objetivos	Tiempo estimado y materiales
<p>1- Sistematizar el funcionamiento y criterios de intervención en salud mental realizado por la Unidad Docente Asistencial.</p> <p>2- Determinar características profesionales específicas de los/as intervinientes en las acciones en salud mental.</p> <p>3- Identificar características de las intervenciones y dispositivos llevados adelante por el equipo profesional en salud mental.</p>	<p>Para la revisión documental:</p> <p>Análisis del contenido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer Unidades de análisis (unidades de muestreo, unidades de registro) - Lectura repetida. - Transcripción por medio de un programa informático. - Procesamiento de los conceptos y proposiciones en función de categorías, subcategorías y codificaciones previamente diseñadas según interés. - Generación de nuevas categorías, subcategorías y codificaciones en función de emergentes relevantes como conceptos y proposiciones nuevas. - Construir el esquema de agrupaciones, jerarquización de categorías. - Vincular categorías/subcategorías con fragmentos de textos de interés. 	<p>Segundo mes</p> <p>Un mes trabajando de lunes a sábado 5 horas por día.</p> <p>Como materiales para el análisis de contenidos de la revisión documental y las entrevistas se necesitó una computadora.</p> <p>La codificación de la información, de fragmentos significativos de la misma, se realizó con el programa informático específico para análisis cualitativo MAXQDA. Se ha elaborado a priori una lista de categorías deductivas que se acompañaron en el proceso inductivo de nuevas categorizaciones y subcategorizaciones.</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Reagrupar fragmentos en función de los objetivos. <p style="text-align: center;">Para las entrevistas: Análisis del contenido</p> <ul style="list-style-type: none">- Establecer Unidades de análisis (unidades de muestreo, unidades de registro)- Lectura repetida.- Transcripción por medio de un programa informático.- Procesamiento de los conceptos y proposiciones en función de categorías, subcategorías y codificaciones previamente diseñadas según interés.- Generación de nuevas categorías, subcategorías y codificaciones en función de emergentes relevantes como conceptos y proposiciones nuevas.- Construir el esquema de agrupaciones, jerarquización de categorías.- Vincular categorías/subcategorías con fragmentos de textos de interés.- Reagrupar fragmentos en función de los objetivos. <p>Categorías deductivas previas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Enfoque clínico- Enfoque comunitario- Enfoque académico	
--	---	--

Tabla 14. *Etapa 3. Detalle de la etapa de resultados y conclusiones*

Resultados y conclusiones		
Objetivos Específicos	Acciones en orden cronológico para concretar los objetivos	Tiempo estimado y materiales
<p>1- Sistematizar el funcionamiento y criterios de intervención en salud mental realizado por la Unidad Docente Asistencial.</p> <p>2- Determinar características profesionales específicas de los/as intervinientes en las acciones en salud mental.</p> <p>3- Identificar características de las intervenciones y dispositivos llevados adelante por el equipo profesional en salud mental.</p>	<p>Comprendió la presentación de los resultados, la triangulación con el marco teórico (discusión) y finalmente la presentación de las conclusiones.</p> <p>Finalmente se procedió al diseño del modelo considerando sus características.</p>	<p>Tercer mes</p> <p>Un mes trabajando de lunes a sábado 5 horas por día.</p> <p>Como materiales para la redacción de resultados y conclusiones se necesitó de computadora con paquete Office.</p>

7. RESULTADOS

7.1 Entrecruces; formación universitaria, salud mental y PNA

Se han analizado documentos formativos a nivel de educación superior (universitaria) que hemos relacionado con nuestra perspectiva teórica, normativa nacional y recomendaciones internacionales. En este sentido, hay que recordar que la normativa nacional, establece como prioridad el abordaje de la salud mental en el Primer Nivel de Atención Sanitario, el ámbito comunitario, entre otros aspectos (artículos 16, 17, 18 y 19 de la ley de salud mental número 19.529). A los efectos de un modelo alternativo y novedoso es necesario generar procesos formativos, por lo tanto, debemos considerar lo que hay sobre el tema para analizarlo y repensarlo en función de las nuevas necesidades.

7.1.1 Organización de la información

Se ha realizado un procedimiento analítico inductivo que ha tomado 12 programas formativos universitarios como insumo. Los programas universitarios se encuentran disponibles de forma pública en sus respectivas páginas oficiales. El criterio de búsqueda y selección de los programas se ha basado en la coincidencia de estos con nuestro marco teórico y la afinidad disciplinar. Los programas seleccionados para su análisis han sido organizados en ficheros.

Tabla 15. *Ficheros organizativos de programas formativos*

Fichero 3a		
Nombre	Descripción	Razones de selección
Género, sexualidad y salud reproductiva (Facultad de Psicología - UdelaR) https://salud.psico.edu.uy/programas/genero-sexualidad-y-salud-reproductiva	Espacio académico del Instituto de Psicología de la Salud desde el año 2011. Investigación, extensión y enseñanza de grado y posgrado.	Programa que pertenece al Instituto de Psicología de la Salud
Psicología y Derechos humanos (Facultad de Psicología - UdelaR) https://psico.edu.uy/sites/default/files/programa_psicologia_y_ddhh_0.pdf	Programa tiene el siguiente objetivo: 1- Promover la articulación de la perspectiva de	Programa que pertenece al Instituto

	derechos humanos y la Psicología de la Salud en la actividad universitaria, en diálogo con actores sociales, organizaciones de la sociedad civil y organismos públicos.	de Psicología de la Salud
Especialización Servicios psicológicos (Facultad de Psicología - UdelaR) https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2017-02/especializacion_en_psicologia_en_servicios_de_salud.pdf	Programa tiene el siguiente objetivo la formación de recursos humanos en psicología para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Con base en la atención primaria de la salud (APS). Surge como propuesta en el año 2013.	Programa de postgrado. Forma profesionales psicólogos para el sistema de sanitario
Concepciones, determinantes y políticas en salud (Facultad de Psicología - UdelaR) https://salud.psico.edu.uy/programas/concepciones-determinantes-y-politicas-en-salud	Programa que tiene las siguientes líneas estratégicas: 1- Salud y calidad de vida en lo comunitario 2- Actuaciones psicosociales en situaciones de emergencia y desastres. 3- Participación social, ciudadanía y salud. 4- Intervenciones psicológicas en el proceso salud-enfermedad-atención. 5- Formación de recursos humanos en salud.	Programa que pertenece al Instituto de Psicología de la Salud
Desarrollo psicológico y psicología evolutiva (Facultad de Psicología - UdelaR) https://salud.psico.edu.uy/programas/desarrollo-psicologico-y-psicologia-evolutiva	Programa que funciona desde el 2010 y tiene los siguientes objetivos: 1- Contribuir al desarrollo académico del Instituto	Programa que pertenece al Instituto de Psicología de la Salud

de Psicología de la Salud y de la Facultad de Psicología.

2- Producir y transmitir conocimientos vinculados al desarrollo ontogenético a lo largo de todo el ciclo vital, contemplando una pluralidad de abordajes desde la perspectiva de la Psicología de la Salud.

Fichero 3b

Medicina Familiar y Comunitaria
(Escuela de Graduados, Facultad de Medicina – UdelaR)
http://www.egradu.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files/Programa_de_postgrados/Especialidades/MEDICINA%20FAMILIAR%20Y%20COMUNITARIA.pdf

Programa de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
 Programa de postgrado aprobado en 2003.

Programa que aporta a la formación de profesionales en el Primer Nivel de Atención

Fichero 3c

Psiquiatría de adultos
(Escuela de Graduados, Facultad de Medicina – UdelaR)
http://www.egradu.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files/Programa_de_postgrados/Especialidades/PSIQUIATR%3%8DA.pdf

Programa de formación de especialistas en Psiquiatría de adultos.
 Programa de postgrado aprobado en el año 2014.

Programa que aporta a la formación de profesionales en psiquiatría de adultos en todos los niveles de atención.

Psiquiatría pediátrica
(Escuela de Graduados, Facultad de Medicina – UdelaR)
http://www.egradu.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files/Programa_de_postgrados/Especialidades/PSIQUIATR%3%8DA%20PEDI%3%81TRICA.pdf

Programa de formación de especialistas en Psiquiatría Pediátrica.
 Programa de postgrado aprobado en el año 2003.

Programa que aporta a la formación de profesionales en psiquiatría de niños/as, adolescentes (hasta los 14 años) en todos los niveles de atención

Fichero 3d

Psicoterapia Servicios de Salud (Escuela de Graduados, Facultad de Medicina – UdelaR) http://www.egradu.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files//Programa_de_postgrados/Diplomaturas/PSI%20COTERAPIA%20EN%20SERVICIOS%20DE%20SALUD.pdf	Programa de formación de la Diplomatura de Psicoterapia de Servicios de Salud. Reactualizado en el año 2011. El programa aporta herramientas en una de las prestaciones posibles en salud mental.	Aportes de una herramienta que tradicionalmente se ha asociado como la única actividad del psicólogo/a como profesional de la salud mental.
Psicoterapia Servicios de Salud, opción Psicoterapia Integrativa (Escuela de Graduados, Facultad de Medicina – UdelaR) http://www.egradu.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files//Programa_de_postgrados/Diplomaturas/PSI%20COTERAPIA%20EN%20SERVICIOS%20DE%20SALUD%20ORIENTACI%20C3%93N%20CICLO%20ESPECIF%20C3%8D%20FICO%20DE%20LA%20DPSS%20EN%20LA%20ORIENTACI%20C3%93N%20PSICOTERAPIA%20INTEGRATIVA%20P%20NIE.pdf	Programa de formación de la Diplomatura de Psicoterapia de Servicios de Salud, opción integrativa.	Aportes de una herramienta que se relaciona con nuestro estudio.
Psicoterapia Servicios de Salud, opción Psicodrama (Escuela de Graduados, Facultad de Medicina – UdelaR) http://www.egradu.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files//Programa_de_postgrados/Diplomaturas/PSI%20COTERAPIA%20EN%20SERVICIOS%20DE%20SALUD%20ORIENTACI%20C3%93N%20CICLO%20ESPEC%20C3%8DFI%20CO%20DPSS%20EN%20LA%20ORIENTACI%20C3%93N%20PSICODRAM%20C3%81TICA.pdf	Programa de formación de la Diplomatura de Psicoterapia de Servicios de Salud, opción en Psicodrama. El programa aporta herramientas en psicodrama si es la opción del estudiante.	Aportes de una herramienta que se relaciona con nuestro estudio.
Psicoterapia Servicios de Salud, opción cognitivo conductual (Escuela de Graduados, Facultad de Medicina – UdelaR)	Programa de formación de la Diplomatura de Psicoterapia de Servicios de Salud, opción Cognitivo conductual. El programa aporta herramientas en la corriente	Aportes de una herramienta que se relaciona con nuestro estudio.

http://www.egradu.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files//Programa_de_postgrados/Diplomaturas/PSI_COTERAPIA%20EN%20SERVICIOS%20DE%20SALUD%20ORIENTACI%C3%93N%20COGNITIVO%20CONDUCTUAL.pdf

cognitiva conductual si es la opción del estudiante.

Los documentos han sido analizados mediante la herramienta informática MAXQDA 2020, durante los meses de febrero, marzo y abril de 2021. Para su análisis se ha generado un proceso inductivo partiendo de una única variable que ha sido operativizada en categorías y subcategorías.

La variable la hemos denominado “Formación universitaria de grado y posgrado sobre salud mental y, Primer Nivel de Atención”. Incluye las trayectorias académicas de grado y postgrados que articulan sustancialmente salud mental y Primer Nivel de Atención. En este sentido, hemos confeccionado categorías y subcategorías inductivas a medida que se analizaban los documentos. El procedimiento analítico se ha sustentado desde la teoría fundamentada de Glaser y Strauss:

como una manera de aproximarse a la realidad social de una forma diferente. En oposición a las aproximaciones hipotético-deductivas, Glaser y Strauss definieron la TF como una aproximación inductiva en la cual la inmersión en los datos sirve de punto de partida del desarrollo de una teoría sobre un fenómeno (Guillemette, 2006), que tiende a generalizar en la dirección de las ideas teóricas, subrayando el desarrollo de teorías más que la prueba de una teoría (Pensamientos, 2015, p. 7)

7.1.2 Categorías y subcategorías desarrolladas (elegidas para los resultados, en anexos están todas las subcategorías encontradas)

Tabla 16. *Categorías y subcategorías programas formativos*

Categoría	Subcategoría	Descripción
Modelos y enfoques	Complejidad	Sistema de pensamiento paradigmático que toma la interrelación de los elementos, así como la multicausalidad de los fenómenos. Se diferencia de los sistemas explicativos unicausales, mono causales, simplistas y reduccionistas.

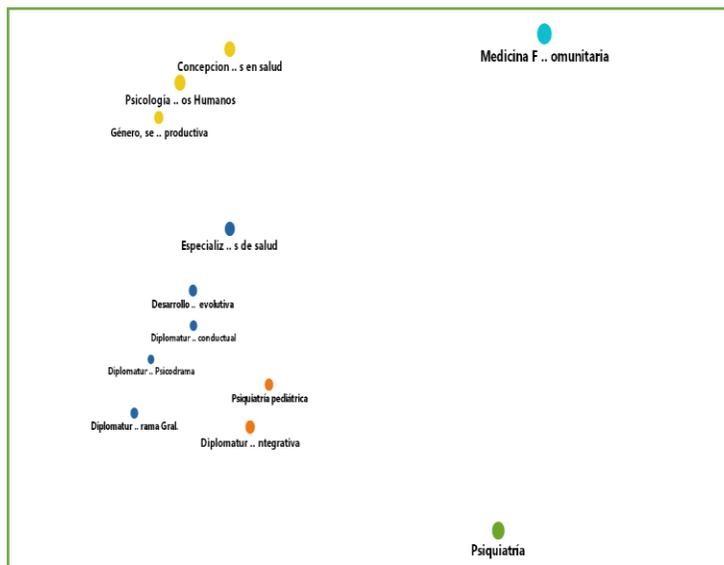
	Enfoque no tradicional hegemónico	Tipo de abordaje que aporta concepciones novedosas, alternativas a las propuestas del modelo tradicional y hegemónico según Menéndez.
	Determinantes, determinación social de la salud	Nociones conceptuales y epistemológicas sobre la determinación y los determinantes sociales de la salud
	Derechos Humanos	Nociones conceptuales y epistemológicas sobre Derechos Humanos
	Integralidad	Aspectos que nos demuestren que se toma una postura que considera de igual forma los elementos biológicos, psicológicos, sociales, situacionales e histórico de los sujetos. Asimismo, que considera en los procesos la dimensión asistencial, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
	Primer Nivel de Atención	Menciones al primer nivel de atención de la salud
	Promoción de la Salud	Nociones conceptuales y epistemológicas sobre la Promoción de la Salud
	Psicología de la Salud	Nociones conceptuales y epistemológicas sobre la Psicología de la Salud
	Psicoterapia	Nociones conceptuales y epistemológicas sobre psicoterapia
	Trabajo en equipo	Implica la visión multidisciplinaria, intersectorial que se acerque a un abordaje interdisciplinario
Nociones en salud psíquica (mental)	Enfermedad mental	Nociones conceptuales y epistemológicas sobre enfermedad mental
	Problemas psicosociales	Nociones conceptuales y epistemológicas sobre problemas psicosociales
	Salud Mental	Nociones conceptuales y epistemológicas sobre salud mental
	Salud	Nociones conceptuales y epistemológicas sobre salud
	Trastorno mental	Nociones conceptuales y epistemológicas sobre trastorno mental
Intersección de problemáticas psicológicas y médicas	Ansiedad/depresión/ angustia/estrés	Elementos donde se identifiquen referencias clínicas de ansiedad, depresión, angustia, estrés
	Ciclos vitales	Elementos donde se identifiquen referencias a procesos evolutivos, ciclos de vida y, también estilos de vida/hábitos
	Gestión	Elementos donde se identifiquen referencias sobre la gestión
	Procedimientos diagnósticos	Acciones destinadas a la identificación de problemas, dificultades, trastornos en el campo de la salud mental.

	Salud laboral	Elementos donde se identifiquen referencias sobre salud laboral desde lo psicológico
	Sexualidad	Elementos donde se identifiquen referencias sobre sexualidades
	Violencias	Elementos donde se identifiquen referencias sobre violencias.
Comunidad y redes		Formación específica que articule la psicología, psiquiatría, medicina con las nociones comunidad y red.

7.1.3 Clúster de programas por subcategorías inductivas

Mediante el sistema de análisis del programa MAXQDA hemos agrupado los diferentes programas formativos en función las subcategorías encontradas en cada uno de ellos.

Figura 8. Clúster 1



De los programas analizados obtenemos que la especialidad en “**Medicina Familiar y Comunitaria**” es la que se relaciona con mayor fuerza con nuestro estudio. Es seguido por el programa “**Concepciones, determinantes y políticas en salud**” y, por el programa de “**Psiquiatría de adultos**”. En los demás programas se han encontrado pocas subcategorías, siendo el punto de corte de subcategorías un 40% de las categorías inducidas en el programa mayor cantidad. Por lo tanto, hemos identificamos las subcategorías presentes en cada programa, detallando aquellos que se han considerado significativos según;

- Programa con 86 identificaciones, es significativo, se detallan las subcategorías.

- Programas con 32 o más identificaciones, es significativo, se detallan las subcategorías.
- Programas con 31 o menos identificaciones, no es significativo, no se detallan las subcategorías.

Tabla 17. Programas significativos y subcategorías

Fichero 3a			
Nombre del programa	Adscripción institucional	Cantidad de subcategorías identificadas	Tipo de subcategoría identificada
Género, sexualidad y salud reproductiva	Facultad de Psicología	19	
Psicología y Derechos humanos	Facultad de Psicología	28	
Especialización Servicios psicológicos	Facultad de Psicología	19	
Concepciones, determinantes y política en salud	Facultad de Psicología	43	Nociones en salud psíquica (mental) Comunidad y redes Dispositivos alternativos Entrecruce problemáticas psicológicas y médicas Complejidad Derechos Humanos Determinantes/determinación social de la salud Enfoque no tradicional hegemónico Extensión Intervenciones psicológicas Investigación PNA Poder Psicología de la Salud Trabajo en equipo
Desarrollo psicológico y psicología evolutiva	Facultad de Psicología	No significativo	

Fichero 3b

Medicina Familiar y Comunitaria	Facultad de Medicina	86	Nociones en salud psíquica (mental) Comunidad y redes Dispositivos alternativos Entrecruce problemáticas psicológicas y médicas Clínica Derechos Humanos Determinantes/determinación social de la salud Enfoque de generaciones Enfoque no tradicional hegemónico Grupo Integralidad PNA Promoción de la Salud Psicopatología Psicoterapia Intervenciones psicológicas Investigación PNA Poder Psicología de la Salud Trabajo en equipo
--	-----------------------------	-----------	---

Fichero 3c

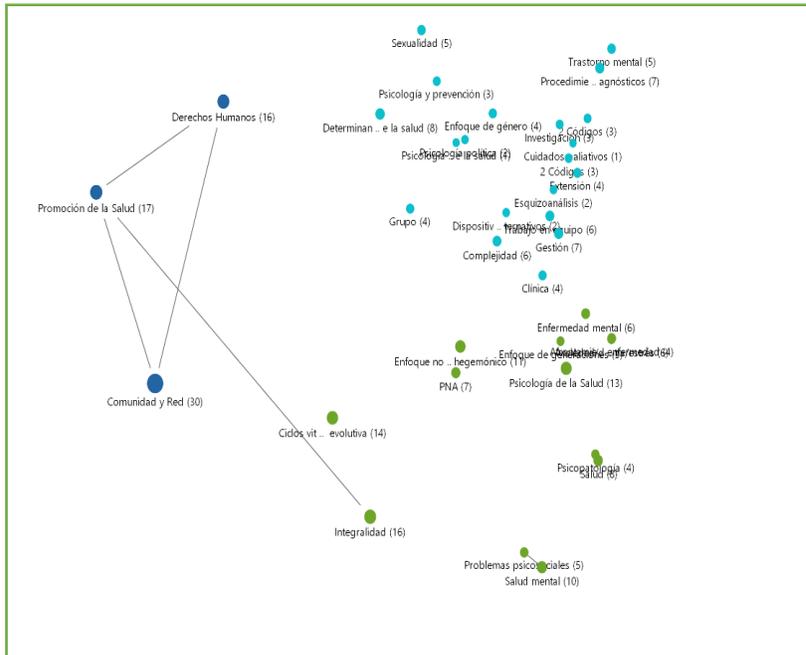
Psiquiatría de adultos	Facultad de Medicina	42	Nociones en salud psíquica (mental) Entrecruce problemáticas psicológicas y médicas Clínica Derechos Humanos Integralidad PNA
-------------------------------	-----------------------------	-----------	--

Psiquiatría infantil	Facultad de Medicina	No significativo
Fichero 3d		
Psicoterapia Servicios de Salud	Facultad de Medicina	No significativo
Psicoterapia Servicios de Salud, opción específica	Facultad de Medicina	No significativo

7.1.4 Clúster por subcategorías inductivas

Dentro de las subcategorías inductivas con mayor presencia en los programas analizados, hemos encontrado las siguientes agrupaciones y relaciones:

Figura 9. Clúster 2

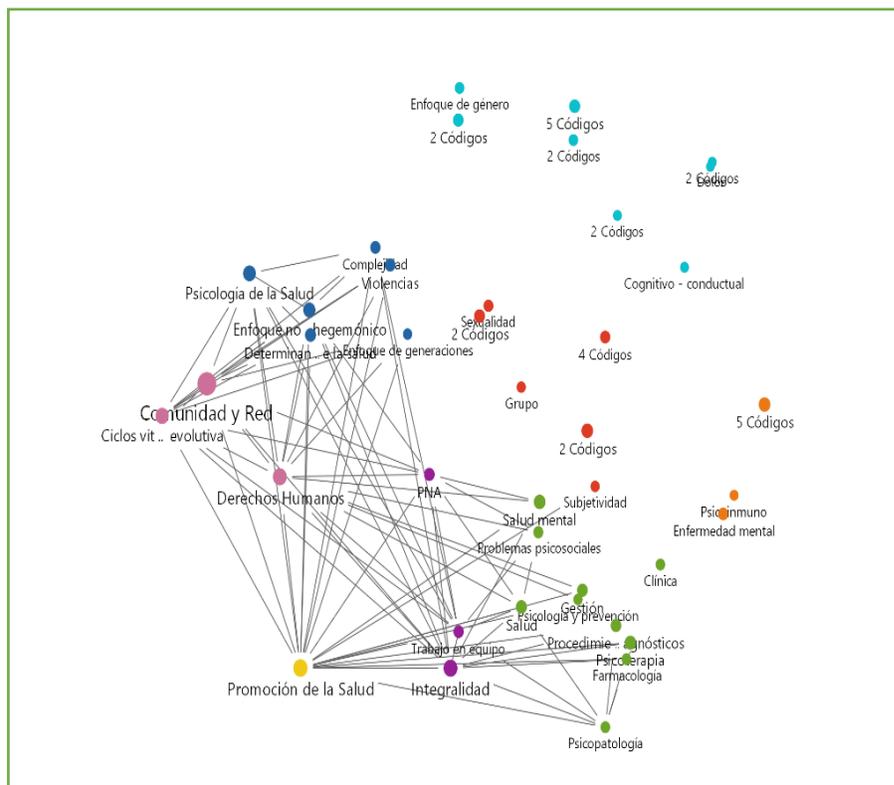


El punto de corte de subcategorías inductivas lo hemos tomado en función de un 1/3 de su presencia en la sumatoria entre todos los documentos. Las subcategorías inductivas con mayor presencia entre todos los documentos han sido:

Comunidad y Redes, Promoción de la Salud, Derechos Humanos, Integralidad, Ciclos vitales, Psicología de la Salud.

Asimismo, hemos agrupado y relacionado las subcategorías inductivas en función de su pertenencia a diferentes documentos generando una red interconectada. En el siguiente clúster se muestra la red interconectada. Donde aparece “2 código”, quiere decir que solo 2 subcódigos (subcategorías) se asociaron a documentos.

Figura 10. Clúster 3



Las subcategorías inductivas que han mostrado mayor interconexión son:

Comunidad y Redes, Promoción de la Salud, Derechos Humanos, Integralidad, Ciclos vitales, Psicología de la Salud, Primer Nivel de Atención, Trabajo en equipo, Determinantes/determinación de la salud, Enfoque no hegemónico/alternativo”

7.2 Instancias académicas de salud mental en la UDA

Se ha realizado un procedimiento analítico inductivo que ha tomado 86 producciones académicas desarrolladas por la UDA. Estas producciones fueron llevadas adelante en los años 2018, 2019 y 2020. Incluyen posters, presentaciones académicas, programas de cursos e informes y propuestas de actividades.

7.2.1 Organización de la información

La información se organizó en un único fichero informático de la siguiente forma:

Tabla 18. *Fichero documentos académicos UDA*

Nombre del programa fichero	Cantidad de documentos	Descripción
Posters	2	Producción académica sistematizada
Presentaciones académicas	63	Producción académica que da cuenta de temáticas diversas trabajadas por la UDA
Programas de cursos	3	Detalle de cursos optativos, electivos y propios elaborados por la UDA
Informes y propuestas de actividades	8	Detalle de la ejecución y resultados de diversas actividades desarrolladas.

Los documentos han sido analizados mediante la herramienta informática MAXQDA 2020, durante los meses de febrero y mayo de 2021. Su análisis se ha realizado mediante un proceso inductivo partiendo de una única variable que ha sido operativizada en categorías y subcategorías. La variable la hemos denominado “Académico UDA”. Incluye actividades académicas propias de grado y postgrados que articulan sustancialmente salud mental, PNAy, han sido generadas exclusivamente por la UDA.

7.2.2 Categorías y subcategorías desarrolladas (elegidas para los resultados, en anexos están todas las subcategorías encontradas)

Tabla 19. *Categorías y subcategorías acciones académicas UDA*

Categoría	Subcategoría	Descripción
Instancias académicas	Jornadas, encuentros	Instancias de intercambio académico y divulgación
	Cursos	Instancias formativas

	Congresos	Instancias de intercambio académico y divulgación
	Seminarios	Instancias formativas
Temas	PNAy Salud Mental	Características del PNA que aportan al abordaje en Salud Mental
	Desmanicomialización	Modelo no manicomial
	Modelo de abordaje	Aspectos que hacen a la forma de praxis profesional
	Promoción de la salud mental	Actividades de promoción, prevención, entre otras que son exclusivas del PNA
	Psicología de la Salud	Rama aplicada de la psicología que aborda la salud

7.2.3 Espacios formativos

Se ha utilizado el sistema de procesamiento y análisis del programa MAXQDA, agrupado los diferentes documentos en función de las subcategorías inductivas encontradas en cada uno de ellos.

En los documentos analizados obtenemos que el mayor espacio que ha representado una instancia formativa original de la UDA han sido:

Seminarios, seguido de Jornadas y encuentros, Congresos, Cursos y finalmente Actividades desarrolladas con y en comunidad.

En la siguiente tabla se presenta la relación entre las instancias académicas y su identificación en función de los documentos analizados (frecuencia absoluta).

Tabla 20. *Instancias académicas en función de los documentos*

Categoría	Subcategoría	Cantidad de identificaciones
Instancias académicas	Seminarios	8
	Jornadas, encuentros	6
	Cursos	3
	Congresos	3

7.2.4 Temas centralizados en las instancias formativas

El sistema de análisis del programa MAXQDA nos permite agrupar los diferentes temas trabajados en los documentos analizados, mostrando un mapa de red interconectado entre los temas y las instancias formativas.

La formación en cuanto al PNA de la Salud y Salud Mental se muestra como central e interconectada con otros temas de interés.

Figura 11. Clúster 4

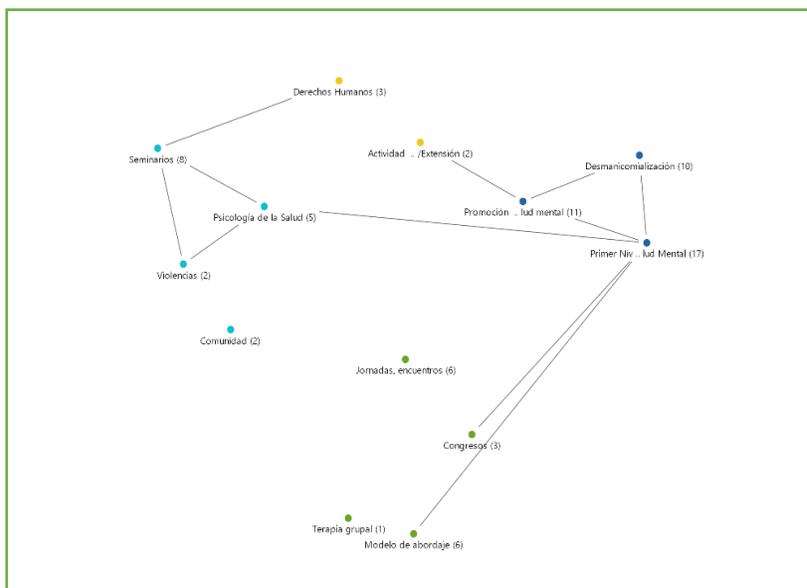


Tabla 21. Temas con mayor presencia

Categoría	Subcategoría	Cantidad de identificaciones
Temas	PNA y Salud Mental	17
	Promoción de la salud mental	11
	Desmanicomialización	10
	Modelo de abordaje	6
	Psicología de la Salud	5

7.3 Entrevistas semiestructuradas

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, cuyas preguntas se encuentran en anexos. Los entrevistados fueron seleccionados en función a su trayectoria en la Unidad Docente Asistencial; nivel jerárquico, historia de pertenencia, docentes viejos y nuevos y, exresidente de la especialidad que se cursa en la UDA. El criterio de selección de los entrevistados sigue la idea de conocer sus experiencias prácticas de trabajo en el campo de la salud mental en el PNA de la salud.

Se han analizado 4 horas de entrevistas mediante el programa MAXQDA, con su debida transcripción en cada entrevista, entre los meses de marzo, abril y mayo de 2021.

7.3.1 Organización de los datos

Siguiendo la puesta metodológica de nuestro estudio, nos hemos interesado en conocer mediante la operativización, tres variables de interés: Enfoque Clínico, Enfoque Comunitario y Actividades Académicas. Las variables han sido descompuestas, operativizadas, obteniendo las categorías y subcategorías inductivas que se muestran a continuación

- Variable Enfoque Clínico que comprende la manera en la que se aborda lo clínico en el Primer nivel de atención. Implica formas diferenciadas con otros niveles y, que son características intrínsecas del primer nivel. Categorías inductivas generadas:

- 1- Competencias clínicas
- 2- Formación profesional
- 3- Significado y sentido de las intervenciones
- 4- Dispositivos de intervención

- Variable Enfoque Comunitario que comprende la manera en la que se aborda lo comunitario en el Primer nivel de atención. Implica formas diferenciadas con otros niveles y, que son características intrínsecas del primer nivel. Categorías inductivas generadas:

- 1- Formación en nociones de comunidad
- 2- Tipo de actividades
- 3- Temas abordados
- 4- Significado y sentido de las intervenciones

- Variable Actividades Académicas que comprende las instancias de formación, intercambio de conocimientos, exposiciones (en foros, congresos, jornadas, ateneos, seminarios; nacionales e internacionales). Categorías inductivas generadas:

- 1- Tipo de instancia académica
- 2- Temas abordados
- 3- Significado y sentido de las intervenciones

7.3.2 La clínica en salud mental en la UDA

En la variable Enfoque Clínico se generaron 4 categorías inductivas que fueron posteriormente operacionalizadas en subcategorías que se muestran a continuación.

Tabla 22. *Subcategorías inductivas significativas en la clínica, formación y sentidos*

Categoría	Subcategoría	Descripción
Competencias clínicas	Conocimientos	Saber técnico
	Actitudes	Saber ser, características personas
	Habilidades	Saber hacer, que se adquiere con la experiencia y la formación
Formación profesional	Comunidad	Nociones teóricas/prácticas adquiridas en la formación
	Salud Mental Comunitaria	Nociones teóricas/prácticas adquiridas en la formación
	Psiquiatría	Nociones teóricas/prácticas adquiridas en la formación
Significado y sentido	Continuidad en el sistema	Permanencia y acciones que se realizan para que el/la usuario/a sigan en el sistema del PNA
	Accesibilidad	Posibilidad de obtener el recurso que se brinda
	Mejora de la red social	Potencialidad de intervenir positivamente en aspectos sociales e interconectados del/la usuario/a

	Mejora de la calidad de atención	Potencialidad de intervenir positivamente en aspectos que hacen a la atención del/la usuario/a
	Enfoque de derechos	Práctica profesional que se centra en los derechos de las personas
	Salud mental integral	Abordaje que conjuga diferentes dimensiones del sujeto
	Trabajo en equipo	Grupo de profesionales sanitarios significativos
Dispositivos de intervención	Espacios individuales	
	Abordaje Colectivo	
	Espacio grupal	

7.3.2.1 Competencias

Del análisis de las entrevistas, surge como significativo que la experiencia de abordaje clínico en salud mental que se lleva adelante desde la UDA, más específicamente en su sede de la policlínica de La Loma en el municipio de Barros Blancos, resulta destacable la necesidad de haber contado y contar con competencias clínicas relativas al:

abordaje integral de las personas, familias y comunidades, saber posicionarse profesionalmente desde la interdisciplinariedad, la longitudinalidad, trabajo en equipo, actitud crítica y ética, empatía, respeto, habilidades comunicacionales.

Sobre el abordaje integral se puede distinguir la importancia de articular los aspectos psíquicos con los orgánicos. A su vez identificamos otros aspectos que hacen a esta integralidad que son necesarios atender para un abordaje en comunidad tal como nos plante uno de los entrevistados.

“Conocer cómo hacer un abordaje integral de la persona teniendo en cuenta todos los aspectos ya que por ejemplo a veces un dolor físico por ejemplo no siempre es 100% explicado por algo orgánico, se hacen a veces placas, todo para que es el dolor y no se encuentra nada, indagando un poco más y abordando también la salud mental, trabajando por ese lado, a veces se logra disminuir el dolor (...) la salud desde varios aspectos. Un dolor, algo físico que pueda tener una persona, hasta toda una trama familiar que conlleva a un

problema de salud, que viene de la historia de la familia...abordando desde los ingresos económicos, el trabajo, los vínculos en la familia”.

En este sentido vemos que se profundiza aún más la noción de integralidad y de abordaje integral cuando identificamos que en la práctica diaria en salud psíquica/menta. No obstante, esta profundización también implica un desafío en los profesionales:

“Una palabra que se me ocurre ahora es la integralidad, esto de que muchas veces hablamos de que la salud es psicológica, biológica y social, histórica. Pero eso cuando lo nombramos, todo el mundo lo nombra, pero a la hora de actuar en el contexto de un territorio con una persona que vive en una familia y un país determinando, no es tan fácil, porque en general estamos como formateados más desde lo biologicista, que desde lo integral”

La integralidad entendida desde diferentes ámbitos necesarios.

“Tiene que ver con gente que vive en el ámbito rural, gente que vive en el ámbito suburbano, diferentes étnias, diferentes orígenes, diferentes orientaciones sexuales, diferentes sexos, diferentes géneros, diferente clase social, diferentes problemas de salud que lo hacen muy complejo”.

Y se encuentra todo el tiempo incorporado a una forma de trabajo en la UDA, como se recoge a continuación.

“Creo que en nuestra práctica la salud mental es parte de la clínica. Así como una persona puede venir por una infección en la garganta, puede venir porque se siente triste, está angustiado, tiene pensamientos de que la vida no vale nada, o está muy ansioso, o fue maltratado en otro lugar, en el ámbito laboral, en la escuela, la familia”.

Que compete a una visión amplia de la salud en general, sin disecciones arbitrarias típicas del positivismo como nos dice uno de los entrevistados.

“Me parece que en esto cuando pensamos en abordar la salud mental no nos podemos desprender de abordar todos los aspectos de la salud, es ejemplo claro lo que está pasando ahora en la pandemia. Que es un virus que da principalmente afectaciones respiratorias pero que no basta con conocer cómo se comporta el virus, como prevenirlo para nosotros, ni como

es el comportamiento epidemiológico, sino que y, se va a lograr un buen resultado en salud o una comunidad con mayor bienestar, no se puede lograr sino se aborda la salud mental”.

La perspectiva interdisciplinar, así como la crítica y ética profesional son otros aspectos necesarios para el desempeño.

“Salud mental está en todo. Está en mí y está en el otro y para hacer una autocrítica tiene que haber un sentimiento de confianza que en la UDA está (...) La construcción, la deconstrucción, la reflexión, la UDA te permite eso. El pensamiento científico, que haya ateneos, seminarios para decir cosas es muy importante, te permite ese pensamiento crítico”.

“La impronta de nuestra práctica es una impronta crítica, que se reconstruye, es ética. Están incluidas y, en una buena comunicación sin manejar aspectos éticos no hay. No se puede tener una actitud empática sin manejar aspectos éticos, ni se puede lograr un acercamiento, un acompañamiento resiliente si uno no maneja bien aspectos críticos y también éticos”.

El trabajo profesional para en la UDA requiere de una introspección constante donde a decir de un entrevistado/a:

“Reflexión sobre lo que se trabaja con las personas, ver bien si se hizo bien, que faltó y poder trabajarlo en equipo, ser receptivos, tolerantes con el compañero de trabajo, con los diferentes conocimientos que se pueden aportar de las diferentes disciplinas”

El conocimiento te hace crítico y el tener espacios es importante.

“Un seminario de que haya que traer evidencias para decir cosas también es muy importante, te permite ese pensamiento crítico”

Por otro lado, identificamos la importancia de la ética, los derechos humanos, el derecho a la libertad y la autonomía en campo de la salud mental en el PNA. No dice un entrevistad:

“(...) sustento ético, de derechos humanos, derecho a la libertad, a la autonomía, a poder decidir. A que no te discriminen por determinadas características que vos tenés. Específicamente desde la salud mental, pero, sabemos lo terrible que es todo esto, cuanta gente ha sufrido para atrás y cuanta gente va a sufrir para adelante”.

La articulación y base para este tipo de perspectiva podríamos decir que la identificamos con mucha fuerza en las nociones de trabajo en equipo e interdisciplina. Los entrevistados nos decían:

“El trabajo en equipo como una condición necesaria, porque estos problemas que estamos pensando que son complejos, si no tenés la posibilidad de trabajar en un equipo, yo creo que no podés resistir, ante la vulnerabilidad de determinadas personas, la vulnerabilidad de uno mismo...es una condición necesaria. El otro te permite esa otra mirada que muchas veces te cambia todo”.

“También creo que no puede ser solo el médico de familia, que sería bueno y saludable que fuera el equipo. Como para todo. Como para abordar cualquier cosa”.

“Trabajo con y desde otras disciplinas...construcción con otras disciplinas, construcción de nuevo conocimiento juntos”.

Parte de la formación que distinguimos como necesaria para este tipo de abordajes tiene que ver con lo comunitario, con la intersección de lo grupal como un entre individuo/sociedad, donde prepararse en estas perspectivas representa contactar con herramientas de gran impacto y mucho menos invasivas. Los entrevistados nos decían:

“(...) en grupos pensando en grupos terapéuticos o grupos con los que se trabaje directamente, grupos no organizados como la comunidad”

“Por ejemplo a nivel a comunitario las redes sociales que tiene esa persona, otros lugares institucionales a los que concurra por ejemplo grupos de autoayuda o sociales, de trabajo, comunitarios, por ejemplo, grupos de salud mental”

“El trabajo desde lo comunitario no es una cosa innata que nacemos con esa formación, es algo que se tiene que formar como nos formamos en la clínica”

El trabajo y abordaje en comunidad hace a los principios del PNA, desprendiéndose de las entrevistas uno que tal vez es el más significativo dado que puede ser que conjugue

cercanía, acompañamiento, vínculo y afectividad en la relación profesionales sanitarios y usuarios/as. Nos referimos a la longitudinalidad y, así lo expresan los entrevistados.

“La longitudinalidad en el tiempo en el lugar, que te permite ir conociendo, ir tomando, ir siendo parte de esa comunidad, de estos problemas y de estas interacciones, que la UDA lo tiene bastante claro”.

“La posibilidad de tener más tiempo para tratar en la consulta con la persona y tiempo también que el mismo profesional se puede tomar para discutir en conjunto con el resto de los profesionales que trabajan ahí sobre los casos clínicos más complejos.

“(…) trabajar con grupos vulnerados y vulnerables”

“(…) profundizar en la intervención en crisis o en cuestiones de acompañamiento en lo longitudinal, a lo largo de la vida de las personas y las familias”.

“El abordaje longitudinal sigue a lo largo de toda la vida de la persona”.

Tal vez de estos aspectos se desprende la necesidad de la empatía y el respeto a la diferencia como elemento actitudinal de los profesionales de la UDA. De alguna forma este tipo de trabajo nos deja al descubierto y desnudos en cuanto a nuestras vulnerabilidades. El trabajo será darle la vuelta de timón para actuar en y con el vínculo desde una perspectiva que también nos transforma y altera. A decir de los entrevistados.

“Poder ponerse en el lugar del otro, también resiliente porque en acompañar a las personas nos enfrentamos a adversidades para las cuales también hay que tener capacidad de...a ver...no todos los pacientes andan bien, o son como a uno les gustaría, o le va como a uno le gustaría, o la intervención resulta como le gustaría. Entonces sobreponerse a eso y poder buscar otras formas de acompañar en el problema o de reducir el daño, poder aceptar cuando el otro no comparte, no acepta o no puede acompañarse a nuestras recomendaciones. Si entendemos así la resiliencia es una actitud que tiene que tener...”

“Abiertos a escuchar a las personas, a los pacientes, una escucha activa pudiendo devolverle algo a las personas”

“Lo primero es saber escuchar, una de las primeras actitudes. No solamente saber escuchar al usuario, sino también al resto del equipo que participe en esa construcción de salud mental en comunidad (...) no es solamente que el usuario vaya pasando por cada uno de los profesionales sino también que los profesionales puedan tener un encuentro, dialogar y escucharse en sus diferentes perspectivas de la salud mental (...) no juzgar sería otra actitud (...) si bien cada uno carga con una bolsa de prejuicios, pero tratar que en el momento del encuentro con el otro, dejarlo, o reconocer cuando surgen, tratar de trabajarlos”

El acercamiento y no la distancia impresiona ser otra de las competencias valoradas por los entrevistados al momento de trabajar en salud mental.

“La distancia óptima que te decían, vos podés hablar con el paciente, pero no te podés involucrar. Que en realidad eso es muy relativo hasta donde uno se involucra...te decían vos no podés llorar con el paciente cuando le estás dando una mala noticia o vos no podés abrazarlo porque eso involucra y, bueno capaz que el paciente necesita un abrazo y eso es terapéutico...entonces yo a veces me involucro un poco más de los que me enseñaron”.

7.3.2.2 Formación

La experiencia de abordaje de salud mental comunitaria que se desarrolla en la UDA de alguna manera responde a un bagaje formativo que incluye el transitar de sus protagonistas por instancias formativas formales. Estas pueden ser de grado y/o posgrado. Sin embargo, en nuestro caso, podemos inferir que la formación que los entrevistados identifican como pertinente para este tipo de abordajes que tiene que ver con la comunidad y una perspectiva diferente de atención a la salud mental, la han obtenido en sus instancias de formación en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Éstas han tenido la peculiaridad de amalgamar lo teórico con la práctica, sintetizando de forma tal vez dialéctica, una nueva mirada en salud mental.

“En el plan anterior de medicina no te enseñaban que la salud tenía que ver con la comunidad, en el postgrado sí. Nadie te enseñaba que el concepto de salud involucraba la parte comunitaria y postgrado si. Se entiende que cada intervención que se hace en la comunidad genera un impacto en la comunidad”.

“En el postgrado lo que tiene que ver con el curso de Educación para la Salud, curso que da formación de enfoque comunitario (...) te permite tener una base, para tomar con otras experiencias e ir engranando ese abordaje en salud mental en comunidad”

“En la práctica, trabajo interinstitucional o con los diferentes actores sociales del barrio, de la comunidad que se trabaja eso lo pude ir desarrollando más en el postgrado”.

“En el posgrado si en lo que tiene que ver con el trabajo cotidiano de la práctica de la residencia, pero no como formación específica como el abordaje comunitario de la salud mental”.

“Mi enriquecimiento mayor con respecto a la salud fue posterior fue justamente en ese relacionamiento con otros técnicos que eso ya les picaba (...) una charla, de arte y salud y vos decías como puede ser? Y sin embargo el dolor del ser humano es el mismo siempre desde hace miles de años”.

Como nos dirían los entrevistados, el abordaje puede estar “como oculto”, integrado a una práctica que no reclama parcelas y se expresa en el hacer y la reflexión.

“Salud mental comunitaria en lo teórico estaba, pero como oculto (...) la actividad de postgrado es teórico práctica, en lo teórico lo podía leer pero en la práctica no lo veía. En el tema salud mental el país está en un proceso, recién empezando para derrumbar un poco algunas cosas, Como la Desmanicomialización, pero ese proceso no estaba hace 10 años atrás. A su vez hoy como que tampoco es tan claro que puede haber estudiantes que pasen casi sin darse cuenta de que eso está ocurriendo, pero creo que la UDA es un ámbito por el que pasan los estudiantes de pregrado de medicina y de otras especialidades en el que eso no siempre está pero debe ser de los ámbitos donde más está”

La experiencia sigue siendo un aliciente trascendente en la formación profesional. El hacer se impone como una apropiación de la formación.

“Experiencias que tuve puntalmente como participación en el grupo de salud mental de Allende. Eso ayudó a conocer otras formas de abordaje que tienen que ver con la salud y que tienen que ver con la salud mental y más particularmente con el trabajo en grupo. Acompañar al grupo en la marcha por la salud mental, estar en un grupo de adultos mayores que se puedo

trabajar salud mental con compañeros de psicología. Tiene que ver con la experiencia formativa”.

“Con el grupo de salud mental que se formó, otro grupo que hicimos intervenciones y unimos diferentes actores sociales, el grupo de la UDA de salud mental y el grupo CIEENPRE, el grupo de la radio Vilardevoz y en si como que uno observa como podés aumentar la red social de una persona que en algún momento estaba sola y deprimida y, el apoyo que genera esa herramienta”

“Encontré en la gente de la UDA un terreno fértil para sembrar cosas que traía. Sobre todo, cosas éticas, como entender la práctica. Encontré gente que apostaba por el trabajo en el territorio y que permitía un trabajo de cercanía tal que yo ví que se podía por ejemplo desarrollar las cercanías óptimas y no las distancias óptimas, o gente que no le importaba involucrarse con las personas con la gente, un espacio crítico, entender que no todos los pacientes van bien y que estamos para acompañar y no para educar para que la gente nos haga caso y a la vez con mucho respeto a las personas con una exigencia académica que requería que actualizáramos conocimientos del área más técnica, más médica constantemente”

Otras experiencias significativas que los entrevistados asocian para la experiencia del caso tienen que ver con instancias vinculadas a su pasaje por la formación en psiquiatría y, otros temas en salud psíquica y mental. En cuanto a la formación en psiquiatría se destaca que haber sido sobre todo práctica y que ha aportado una base para articular en su desempeño profesional.

“Una semana de duración donde se trabajaron los problemas de salud mental más frecuentes, intento de autoeliminación, depresión y ansiedad, esquizofrenia, alcoholismo, no mucho más. Me sirvió para tener una base de la patología o el abordaje de la psiquiatría pero sin mucha práctica. Sirvió para conocer, para intervenir tuve que profundizar en la formación de postgrado”.

“En el postgrado una rotación por psiquiatría tanto de niños y adolescentes como también en adultos que ahí fue pulir un poco más aquella formación que uno tiene no curricular sino del día a día”

“Psiquiatría Comunitaria la conocí cuando vinieron compañeros de Brasil, pero no mucho más. Fue conocer que existía”.

Sobre formación vinculada a ciencias sociales, identificamos:

“Violencia, ansiedad, maltrato infantil, violencia obstétrica. Sociología de la salud fue lo único que tuvimos en el grado, en postgrado tuvimos antropología, antropología y salud. Te cambia la mirada, la perspectiva cultural, histórica...los diferentes procedimientos, diferentes formas de interpretar la salud en las épocas históricas ayuda que ahora esto los estamos entendiendo puntualmente así”.

7.3.2.3 Sentidos

Ahora bien, las categorías anteriormente desarrolladas, generan un sentido y significado que es identificado por los entrevistados en cuanto a una práctica que habilita:

continuidad del usuario/a en el sistema sanitario, mejora en la calidad de atención, enfoque de derechos, salud mental integral y, trabajo en equipo.
--

“Debe ser uno de los pocos servicios que logra no siempre, pero si algunas veces, poder visitar al paciente en un segundo o un tercer nivel, ir al velatorio de ese paciente, acompañar a la familia postmortem”

“Que el paciente pueda ser atendido donde vive es el punto número uno, no estar encerrado para que pueda ser abordado su problema de salud, sino que sea como algo más de su vida para ser abordado en la consulta por un profesional y que puede venir un día por un dolor de cabeza y otro día venir por un sufrimiento psíquico”.

El acceso a procesos sanitarios y comunitarios en salud mental resulta de vital importancia al momento de pensar el caso de la UDA. Los informantes aportan una noción crítica de la accesibilidad que va más allá de las perspectivas geográficas. La experiencia UDA significa para los entrevistados que:

“La accesibilidad no solo es el acceso geográfico, sino también el cultural, económico, funcional

El paciente accede a través de la confianza, de repente no te conoce o no conoce incluso el servicio, pero otro paciente otro vecino andá a este lugar que te van a atender bien”.

“Los usuarios se han beneficiado en la medida que se han construido este tipo de dispositivos en la atención que vienen recibiendo, el abordaje más integral de los problemas de salud mental, la resolución en el lugar donde viven que no es tener que ir al grupo especializado en violencia doméstica que se encuentra a 30 kilómetros. El paciente pueda tener esa resolución con su médico de referencia, con su equipo de referencia y con los equipos que se encuentran ahí. Son muy contados los casos que se tengan que referencial a otro nivel”.

La mejora de la calidad pasa por un proceso integrador donde el diferencial es el territorio con sus características determinantes sobre la salud/enfermedad/atención y cuidados.

“No alcanza solamente con el encuentro clínico...el encuentro individual no es suficiente, a veces se necesita de un abordaje que tiene que ver con lo situacional de ese territorio, de esa comunidad, que puede impactar de cierta forma, mejorar ese sufrimiento colectivo que es inviable tratarlo de forma individual o en el consultorio y que muchas veces el impacto va a ser mucho mayor”.

Y el enfoque de derechos, de derechos humanos, resulta rector y pilar humanizador.

“(...) este enfoque de derechos nos permite ver al otro con luces y con sombras y poder trabajar con eso, con respeto, integrando y cada cual aportando lo que puede aportar y construyendo en un sentido de respeto y poder ver al otro, esto nos permite trabajar con la gente y que eso es muy valioso para la construcción de ciudadanía, ser persona, que el otro sea, nos permite trabajar con el otro como se vincula con los demás, con el vecino, con el que vive más allá, con el otro que está en sala de espera que no es igual a mí...siempre me encantó mirar la sala de espera y ver de todo, está el barrio entero en la sala de espera de la policlínica y eso siempre me produjo mucha satisfacción y como la sensación de que el trabajo está bien hecho. No porque la gente esté esperando, sino porque conversa el que más tiene con el que menos tiene, el cuidado de los niños pasa a ser de que están jorobando en la sala de espera a que una vecina lo reta, ahí está mi paciente trans y mi paciente católica, me parece que le permite a la gente un espacio de ciudadanía y de respeto en la diversidad”.

La experiencia de la UDA en su policlínica La Loma (Allende), trae consigo un sentido de trabajo colaborativo, integrado y autónomo que permite un verdadero desarrollo profesional por fuera de sistemas que presionan y condicionan.

“El trabajo en equipo hace que uno comparta experiencias, conozca otras y con eso genere conocimiento”

“Allende se puede adaptar como mejor le puede favorecer a la comunidad con la que trabaja, más allá de las políticas y el sistema diga lo que hay que hacer. Allende puede sortear un poco eso y lograr estar más cerca de la comunidad con la que trabaja. Por ejemplo, con respecto a la pandemia. Las consultas telefónicas y más fácil cuando llamas a alguien que ya conoces que cuando llamas a alguien que es la primera vez que lo llamas”

“La formación en Allende con respecto a salud mental es como pionera en el cambio de abordaje de la salud mental en el entendido de que trabajar en conjunto con un profesional de la salud mental facilita mucho el abordaje de las personas. Trabajando por una lado con la persona, también concurrendo con el psicólogo y después realizando una discusión en equipo con el profesional para conocer que herramientas se pueden ir dando al paciente, creo que cambia el abordaje y con respecto a la ley de salud mental la creación de estos dispositivos comunitarios que aumentan la red social de las personas, que logra abordar la salud mental desde ahí, favorece mucho en cuanto a calidad asistencial (...) Abordaje integral entre médico de familia y psicología”

7.3.2.4 Dispositivos

Dentro de los dispositivos de abordaje destacamos los **individuales clínicos** como ser la consulta con médico especialista en medicina familiar y comunitaria e interconsultas en el centro con psicólogo. El abordaje se implementa mediante un trabajo en conjunto e intercambio profesional y disciplinar. Se constituyen dispositivos diversos y potentes que son:

“Espacios donde el pienso a la persona, a la familia que se asiste es colectivo (...) lo que hacemos es pensar en el camino que estamos recorriendo, en ese devenir. En esos caminos de la vida de las personas va haber momentos que van a necesitar que los acompañemos como más de cerca, como interviniendo más y, en algún momento eso va a dejar de ser así. Lo concebimos como caminos, o sea no es vos venís tres veces hasta que duermas bien. Es

algo que está bueno, que no solo se construye con el equipo técnico, sino que participa también la persona, a veces viniendo a las instancias grupales, a veces a las personales con el médico de familia, con el psicólogo, con enfermería”.

A veces los casos son complejos y para su abordaje existe un dispositivo de “casos complejos” e “interinstitucional”:

“En cuanto a lo clínico individual se ha generado un espacio de casos complejos, son formas de intervención. Así como el trabajo en red con otras instituciones como SIPIAV, reuniones focales que se generen por casos en particular, el trabajo internivel con el acompañamiento del usuario en el tránsito por los niveles. Trabajo interdisciplinario de sentarnos con el psicólogo y conversar sobre algún caso en particular para dialogar diferentes formas de continuar el seguimiento, abordaje en grupo de salud mental”.

“El abordaje se hace sobre todo entre el médico de familia y psicología. También participan la familia, INAU si hay niños, también con la escuela, con trabajo social, con pediatría en algunas situaciones”.

Las situaciones que con mayor frecuencia se identifican no distan de las que encontramos en la literatura al respecto del tema y del espacio de intervención:

“Depresión, psicosis, sufrimiento por género, soledad, laborales, intervenciones en crisis, intentos de autoeliminación”.

Por otro lado, además de contar con un fuerte dispositivo clínico individual, interprofesional, de rápido acceso, la UDA ha implementado un dispositivo grupal intervención en salud mental que se acompasa con la filosofía y epistemología de la experiencia:

“es un espacio abierto donde se tratan temas de salud, al que se accede con invitación, pero en realidad es abierto. Al no ser un grupo tradicional terapéutico, como podría ser por ejemplo un grupo para dejar de fumar, eso permite que las personas desarrollen su creatividad o pueden entre ellas discutir, escucharse uno a otro, acompañarse, compartir que eso hace a la salud. Es voluntario, no tiene reglas por ejemplo si faltas dos veces no venís más. Cada persona cumple con su proceso que a veces puede ser viniendo todo un año seguido, a veces requiere que la persona se aleje un poco hasta retomarlo”.

Existe una comunicación entre los dispositivos, lo que conlleva a ampliar la mirada de intervención posible:

“(...) se toman cosas a veces cuando se discute como tratar de acompañar, se toman cosas de los distintos espacios para esa discusión o para ponerle piense. Por ejemplo, en casos complejos muchas veces tomamos cosas de varios espacios de las personas que también es un dispositivo que hace hacerle piense no solo pero también a la salud mental de las personas”.

“(...) acceso sin requisito por perfiles, abierto a la comunidad y por invitación del profesional, pero también de usuarios/as. Existe una coordinación con el psicólogo coordinador para integrar al usuario, proporcionar e intercambiar información”.

7.3.3 Lo comunitario en salud mental en la UDA

En la variable Enfoque Comunitario se generaron 3 categorías inductivas que fueron posteriormente operacionalizadas en subcategorías que se muestran a continuación.

Tabla 23. *Categorías y subcategorías de la variable Enfoque Comunitario*

Categoría	Subcategoría	Descripción
Actividades	Desmanicomializante	Acciones que apuntan a un cambio de paradigma desde el modelo enfermedad mental, manicomio, alienamiento y encierro a uno humanista, integral y comunitario
	Promoción de la Salud	Acciones que repercuten la vida diaria de las personas, en el marco de la salud positiva y como recurso para el buen vivir
	Con enfoque de derechos	Acciones que tienen como perspectiva fundamental basarse en los derechos humanos de las personas. Los derechos son tanto el horizonte como el medio
Temas abordados	Salud sexual y reproductiva	Aspectos que hacen a los cuidados, construcciones y deconstrucciones en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción

	Violencias	Aspectos para identificar y abordar las violencias en la clínica y en comunidad
	Ley de salud mental	Normativa nacional que encuadra como debe ser abordado el campo de la salud mental
	Derechos	Condiciones que se adquieren y son exigibles por lo general mediante instrumentos jurídicos
Significado y sentido	Cambio de la mirada profesional	Viraje en el modo en cómo se viene operando profesionalmente
	Empoderamiento	Acciones encaminadas a la reapropiación y control político de nuestras vidas
	Derechos	Condiciones que se adquieren y son exigibles por lo general mediante instrumentos jurídicos

7.3.3.1 Actividades

Dentro de las actividades identificadas podemos apreciar que las mismas han sido orientadas con una fuerte impronta que prioriza a la persona y al lugar donde vive. La comunidad representa el espacio privilegiado dados sus múltiples determinantes protectores, de cuidados y, promotores de salud y derechos. Nos proporcionan un modelo práctico que se encuentra en funcionamiento:

“Aporta a un abordaje en las personas integradas en sus comunidades y no a la persona como un paciente que perfectamente podría ser identificada con un número en un ambiente artificial como podría ser un consultorio hospitalario”.

“Aporta a contemplar los derechos de las personas como quiere transitar sus problemas de salud mental, entonces brinda opciones, porque con modelos anteriores prácticamente la única opción que hay es abolir el síntoma que X persona entiende que es patológico y no trabajar sobre el síntoma. Una persona puede optar por vivir con ese síntoma, cargarlo de distinta manera, o puede ser que sea un síntoma que no represente un problema. Pero eso solo se puede lograr conociendo la persona como vive y respetando eso. Correr a las personas del rol de enfermo que debe ser tutorado, sino que pueda la persona empoderarse y decidir sobre algunas cosas. Por ejemplo, que no quiera tomar un medicamento a consta de tener algún síntoma porque es peor el efecto adverso. Esto pensando en los medicamento que es como icónico. Las personas deben poder trabajar con eso y elegir”.

“La comunidad lo que le puede dar a las personas es un espacio para transitar determinadas formas de estar, que pueden ser síntomas en salud mental, por ejemplo. Lo que podemos ayudar a construir es un espacio para las personas donde puedan ser ellos, ser con sus condiciones que no tienen por qué ser una enfermedad mental, porque probablemente además sean cosas que la vida varíen. La comunidad nos da contexto en un determinando tiempo y espacio. Puede ofrecer contención, entendiendo al equipo de salud como parte de la comunidad. La comunidad te puede dar cuidados”

7.3.3.2 Temas

El abanico de posibilidades de intervención a nivel comunitario si bien puede ser muy amplio, el escenario comunitario nos habilita a trabajar aspectos esenciales del ser humano como sujeto en construcción con dificultades y potencialidades:

“La salud mental como derecho, derecho a la salud, la nueva ley de salud mental, la atención, violencia doméstica, cuidados en la pandemia” “en salud sexual y reproductiva” “Intervenciones sala de espera” “Talleres con el equipo de la UDA, una organización social del barrio, Radio Vilardevoz de Montevideo”

“Que la persona pueda construir su ciudadanía y encontrar su lugar o que dentro del lugar que tiene ser visto dentro de la comunidad y a la vez poder participar de procesos creativos porque todas las actividades han sido con una fuerte impronta de que la gente pueda darle al otro de lo que tiene que es muy importante. Mostrarse y ser creativo en una comunidad como en la que nosotros trabajamos que es un debe importante por la marginalidad, la pobreza, la invisibilización, la masificación donde sos parte de una gran masa de gente pobre, de consumidores, carne de cañón donde la gente pierde y no explota potencialidades muy bonitas que pueden hacer las personas y brindarle a los demás, desde lo afectivo y lo creativo”

7.3.3.3 Sentidos

Para los profesionales este tipo de prácticas:

“Permiten cambiar la mirada que uno trae como estudiante de medicina que es patologizante, manicomializante, de farmacodependencia si uno quiere...llevan a que uno pueda ir

deconstruyéndose, aprendiendo con el otro profesional, con los usuarios, el cambio de mirada la misma vida”.

Aportan al:

“El empoderamiento, la promoción en salud mental para que tengan herramientas para decidir cómo cuidarse, que tengan el conocimiento para que puedan tomar sus propias decisiones”.

“Ver a las personas como sujetos de derechos. Eso implica primero que nada a ser visto y aceptado e integrado como uno es. Por eso que todas las actividades de salud mental que podríamos clasificar como de salud mental hacen a que la persona pueda construir su ciudadanía”.

“La filosofía es los derechos del usuario, los derechos humanos y la mirada integral de la persona. No es una cabeza sola por el mundo, ni un cuerpo solo por el mundo, es el ser, el sujeto mismo”

7.3.4 Las acciones académicas en salud mental en la UDA

Dentro de las acciones académicas identificadas podemos apreciar las identificadas en la siguiente tabla:

Tabla 24. *Categorías y subcategorías Variable Acciones Académicas*

Categoría	Subcategoría	Descripción
Instancias formativas	Casos complejos	Dispositivo de intervención de la UDA que implica actualización profesional, intercambio y toma de decisiones sobre situaciones que requieren la mirada colectiva
	Congresos	Espacios profesionales de intercambio académico
Temas abordados	ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles, que no se contagian, como ser la diabetes, hipertensión arterial, desordenes metabólicos
	Violencias	Sometimientos, coerciones, abusos que se ejercen sobre otro/s ser/es humano/s mediante

		mecanismos psicológicos, físicos, económicos, entre otros.
	Derechos, Derechos Humanos	Condiciones que se han adquirido por el hecho de ser humanos. Para su concreción existen instrumentos que deben ser instrumentados por los Estados, exigidos por las sociedades
	Ansiedad, soledad, tristeza	Características, cualidades psicológicas de interpretación del ser humano vinculada a malestares y/o sufrimientos
	Cuidados	Acciones destinadas a ayudar a las personas para incrementar su bienestar y evitar perjuicios
Significado y sentido	Promoción de la Salud Mental	Acciones que repercuten la vida diaria de las personas, en el marco de la salud positiva y como recurso para el buen vivir específicamente enfocadas en el campo de la salud mental

7.3.4.1 Instancias

En este derrotero de llevar adelante nuevas prácticas, intentando enmarcarse en un paradigma que no es el dominante, la UDA genera sus propios espacios formativos. Asimismo, ha avanzado en la producción en intercambio de conocimiento y saberes. Los espacios y/o dispositivos han sido

“Espacio de casos complejos dos veces por mes, actividades académicas específicas con residentes, espacios propios para trabajar estos temas, instancias académicas con los internos, lo más valioso es que está integrado a la práctica. Es una práctica incorporada y constante revisión”

*“En el congreso de extensión universitaria que lo mostramos los talleres de salud mental en conjunto con una usuaria del grupo, desde la casa de la usuaria por zoom
Optativas a pregrado en el abordaje de la salud mental en el primer nivel.*

“Cineforo donde participaron el equipo de Allende, invitado de Brasil, un ciclo de seminarios con residentes con el psicólogo y psiquiatra de la UDA con una visita a la radio Vilardevoz”

7.3.4.2 Temas

Los temas abordados tienen que ver con los de mayor frecuencia territorial y, que no distan de los identificados en la literatura tal como se viene analizando. A su vez se visualiza un trabajo académico que apunta a incorporar el nuevo modelo de paradigma en salud mental.

“Temas sobre violencia, depresión, ansiedad, abusos, la salud mental está en todo, en personas con enfermedades orgánicas”

“El modelo de abordaje en sí mismo, intervenciones en crisis, derechos humanos, violencia, pobreza, exclusión, marginación, pandemia, emergencia, cuidadores, ciclos vitales”

“Sustento ético de derechos humanos, derecho a la libertad, a la autonomía que no te discriminen por determinadas características que tenés, específicamente sobre la salud mental...sabemos lo terrible que es todo esto”

“No dejamos de pensar la salud mental cuando pensamos enfermedades crónicas. Uso de sustancias”

7.3.4.3 Sentidos

Para nuestros entrevistados el generar conocimiento comprende la validez de:

“Modelizar la experiencia para generar conocimiento que es parte de lo que hacemos. En esto de que es importante lo territorial cada territorio tendrá que darle su impronta”

Trabajar sobre la temática, la sensibilización del tema

“Para la gente, porque se cuentan con herramientas para abordar su salud mental y eso mejora su calidad de vida”

8. DISCUSIÓN

8.4 Triangulación

En esta sección se realiza la articulación entre los datos significativos obtenidos, los objetivos de nuestro estudio y, el marco teórico/conceptual. De esta forma construimos un modelo de atención comunitario en salud mental que tiene como epicentro representativo la policlínica de La Loma en la UDA.

8.4.1 Características que aporta la formación

En función de los datos que hemos recogido y analizado, el modelo que proponemos lo pensamos transversalizado por una formación específica en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. En este sentido Novoa (2019, p. 95-113) realiza una investigación sobre la formación en salud mental de dichos especialistas donde identifica al igual que nosotros que el programa de la especialidad cuenta con insumos amplios que aportan a la formación en salud mental. La autora visualiza en su estudio que los profesionales médicos de Medicina Familiar y Comunitaria que se desempeñan en la región sur de nuestro país tienen una valoración mayoritariamente regular e insuficiente de su formación de grado en salud mental y aunque esta valoración mejora en la formación de postgrado, la misma no llega a valoraciones de muy buena o excelentes importantes. Cabe destacar que la investigación de la autora estaría centralizada dentro de un enfoque clínico de la salud mental, lo cual nos aportaría un dato parcial, dado que no profundiza en la dimensión comunitaria de atención en salud mental. Otro estudio realizado por Moreno (2012, p. 319) refiere a que entre el 67.5% y el 68.8% de los médicos de familia declaran haber recibido formación para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, un 81.8% no ha participado en investigaciones en salud mental y un 96.1% refiere necesitar más información sobre salud mental.

En cuanto a la formación en psicología, como sucede en otros lugares, la formación en salud mental comunitaria y en especial dentro del PNA se encuentra desperdigada, encontrado que el mejor aporte a nuestro modelo lo daría el Programa Concepciones, determinantes y política en salud de la Facultad de Psicología. Como sugiere Pastor (2008, p. 281) también en nuestro caso no encontramos una

planificación concreta y evaluable que defina objetivos en cuanto a la formación de profesionales, dotación de recursos y asistencia psicológica en atención primaria, aunque se reconozca el impacto en el sistema de los trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión y trastornos adaptativos), y la conveniencia de incrementar el empleo de estrategias de carácter psicológico para abordarlos.

La misma dificultad es encontrada en otras investigaciones como la realizada en Costa Rica por Ramiro donde “no se cuenta aún con un perfil de profesional en el área de la Psicología de la Salud en las distintas instituciones que conforman el sector sanitario, lo que genera dificultades en la incorporación de la salud mental en el sistema sanitario” (2019, p. 153). Asimismo, pareciera ser una problemática existente desde hace tiempo en otras regiones que no ha podido ser corregida. En Chile Scharager y Molina (2007, p. 154) nos informaban que sobre habilidades y conocimientos durante la formación de grado el 30,5% de los psicólogos refirió necesitar ajustes en los planes de estudio para facilitar la inserción en el PNA. Dentro de las necesidades se identificó “incluir temas relacionados con la psicología clínica (31,5%) y comunitaria (16,8%), las políticas públicas (15,8%) y la gestión y las especificidades de la APS (8,4%)”. Un porcentaje mencionó necesidades sobre contenidos de psicología de la salud (6,6%) y formación en trabajo en equipo (5,8%)” (2007, p. 154).

La especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria imprime características académicas necesarias para la implementación de un nuevo modelo de abordaje, así como para el cambio de paradigma. Los datos en relación con el análisis de los programas formativos así nos lo indican, pero además son confirmados, reforzados y profundizados por los datos de las entrevistas realizadas a los profesionales médicos que trabajan en la UDA. De la interconexión entre los temas y programas distinguimos que el programa de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria es el mejor posicionado en cuanto a nuestro caso de estudio y marco teórico/conceptual. El programa implica contenidos relacionados con:

Tabla 25. *Contenidos fundamentales de los programas*

Comunidad y Redes,	Ciclos vitales,	Determinantes/determinación de la salud,
Promoción de la Salud,	Psicología de la Salud,	Enfoque no
Derechos Humanos,	Primer Nivel de	hegemónico/alternativo
Integralidad,	Atención,	
	Trabajo en equipo,	

8.4.2 Práctica profesional

Estos contenidos formativos se encuentran presentes en lo vertido en las entrevistas. De las entrevistas hemos obtenido información de la teoría y práctica que sostiene la experiencia que se encontraría fundamentada en la formación en medicina familiar y comunitaria. Muchas de las cualidades y/o competencias que hemos identificado se correlacionan con otros estudios de competencias en el PNA. **Moncada** (2015, p. 296) estudió las competencias necesarias para los/as psicólogos/as en el PNA, obteniendo como significativas para el desarrollo del rol desde la PNA las competencias cognitivas sobre salud familiar/comunitaria, psicología de la salud, redes institucionales, lenguaje interdisciplinario, características actitudinales como ser tolerancia, asertividad, proactividad, trabajo en equipo, competencias procedimentales como ser habilidades para comunicarse, empatía, amabilidad, manejo de grupo, de contextos comunitarios.

Nuestro modelo destaca como competencias clínicas de las profesionales:

Tabla 26. *Competencias clínicas relevantes*

Abordaje integral de las personas, familias y comunidades, saber posicionarse	profesionalmente desde la interdisciplinariedad, la longitudinalidad, trabajo en equipo,	actitud crítica y ética, empatía, respeto, habilidades comunicacionales.
--	---	---

Ahora si bien, las competencias de nuestro modelo se relacionan con las encontradas por Monarca, tenemos conocimiento de las dificultades del abordaje integral, el trabajo en equipo, la interdisciplina entre otras competencias necesarias. En un estudio realizado por Alonso, Lorenzo, Flores y García (2018) se identifica que el abordaje integral y en equipo, en espacial con los/as psicólogos/as en el PNA sigue siendo una dificultad. Los/as psicólogos/as por lo general no se encuentran en los centros del PNA sino en centros especializados. En su estudio dónde el profesional de la psicología se encuentra en el PNA identifican que “al estar el psicólogo clínico ubicado en el centro, se busca una activación del personal en el desarrollo de programas y una sensibilización y aprendizajes en el área de la salud mental”. (2018, p. 311). En este sentido, también es importante reconocer que estas competencias requieren de un trabajo en equipo e interdisciplinar por el hecho que su abordaje resulta de una complejidad que no es posible ser pensada e intervenida por una sola disciplina. Para Pastor;

muchos de los problemas clínicos que se atienden en servicios de medicina general no pueden ser adecuadamente abordados desde un marco exclusivamente biomédico de atención. Las enfermedades crónicas, somatizaciones, las personas hiperfrecuentadoras de servicios médicos o los ancianos, por ejemplo, son poblaciones que requieren una atención psicológica y comportamental que facilite su adaptación a las dificultades y el cumplimiento de las prescripciones médicas (2008, 282)

En nuestro modelo la formación en comunidad, salud mental comunitaria y psiquiatría hacen a las intervenciones aportando una perspectiva que es necesario adquirir en la formación:

Tabla 27. *Formación en comunidad relevante*

Desmanicomializante, Promoción de la salud, Enfoque de derechos.	en temas como ser salud sexual y reproductiva, violencias, ley de salud mental, derechos.	SENTIDOS: cambio profesional, empoderamiento y, derechos
---	--	---

Como podemos apreciar la formación en comunidad adquiere un carácter relevante que sobre pasa la mera concepción de estar en la comunidad o las buenas intenciones de trabajo comunitario. A decir de Bang (2014):

Si bien las estrategias pueden ser múltiples, el trabajo comunitario posee una especificidad y fundamentos clínico-epistemológicos en el campo de prácticas en salud mental. Su inclusión requiere de una apertura epistemológica hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad en tanto procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidados (Almeida-Filho & Paim, 1999; Menéndez, 2009).

Un cambio de mirada parece necesario, una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que nos permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad y a partir del desorden (p. 111).

8.4.3 Características de los dispositivos de intervención

En este sentido vemos como la formación en medicina familiar y comunitaria aporta a las características de la práctica profesional en salud mental comunitaria en el Primer nivel de atención, obteniendo dispositivos de intervención tales como:

- **clínico individual interdisciplinario**
- **grupal terapéutico**
- **casos complejos/seminarios**

Dichos dispositivos otorgan una experiencia de intervención que tiene como eje la comunidad que implica los siguientes sentidos de intencionalidad:

Tabla 28. *Sentido de los dispositivos de intervención*

Continuidad del usuario/a en el sistema sanitario mejora en la calidad de atención	enfoque de derechos, salud mental integral trabajo en equipo
---	---

8.4.4 Lo propio

La puesta en funcionamiento de estos dispositivos en una unidad académica universitaria, que articula además con asistencia, llevó a desarrollar propuestas formativas propias, así como a la participación en espacios nacionales e internacionales de intercambio y difusión de conocimientos, abordando las más amplias situaciones que suelen problematizarse en el Primer nivel de atención. Un estudio realizado en Ecuador destaca la trascendencia e importancia de las acciones universitarias hacia la comunidad. Compartimos con Camas (2018, p. 3) que las:

universidades ofrecen la posibilidad de realizar proyectos de vinculación con la colectividad y prácticas preprofesionales no orientadas hacia el modelo biomédico hospitalario y asistencialista. Una academia pertinente, puesta al servicio de la sociedad (las actividades de vinculación y las prácticas preprofesionales), puede generar el cambio del actual paradigma de las ciencias de la salud como ciencias basadas en la enfermedad a otras ciencias basadas en la salud. Y existen ejemplos

diversos en la universidad ecuatoriana, entre los que cabe citar los de muchas instituciones de educación superior integradas en la Red Ecuatoriana de Universidades Promotoras de Salud y Bienestar.

Los espacios más destacados los podemos sintetizar entre los datos de los documentos académicos UDA y las entrevistas semiestructuradas. Encontramos como acciones académicas y temas:

Tabla 29. *La formación propia*

Seminarios, Jornadas y encuentros, Congresos, Cursos y Actividades desarrolladas con y en comunidad. Temas como ser	Promoción de la salud mental, primer nivel de atención y salud mental, Desmanicomialización, modelo de abordaje,	psicología de la salud, derechos humanos, tristeza, ansiedad, soledad, cuidados, ECNT, violencia
--	---	---

El marco conceptual identificado fue el de Promoción de la Salud Mental.

Por otro lado, es necesario distinguir que hemos identificado una interesante relación entre los programas formativos de especialidad en “**Medicina Familiar y Comunitaria**”, el programa “**Concepciones, determinantes y políticas en salud**” de la Facultad de Psicología y, el programa de “**Psiquiatría de adultos**” de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. Si bien estos programas no se encuentran en comunicación, visualizamos que existen puntos de encuentro, nodos de conexión que aportaran por similitud, profundización conceptual y/o complementariedad.

8.5 Modelo de atención comunitario en salud mental

Finalmente, luego de sistematizar up supra el funcionamiento y criterios de intervención en salud mental de la UDA, conocer características de la práctica profesional, así como de las intervenciones y dispositivos disponibles, en este apartado se presenta una síntesis que articuladora el modelo de atención en salud mental comunitario que hemos diseñado en este estudio.

El modelo de atención en salud mental comunitario del caso UDA implica particularidades que se describen a continuación:

Tabla 30. *Particularidades del modelo de atención comunitario en salud mental*

<p>1- Características y propiedades del modelo</p> <p>2- Prestaciones/dispositivos ofrecidos a los/as usuarios/as de los servicios</p> <p>3- Posibilidades del/ la usuario/a de los servicios</p> <p>4- Recursos humanos y materiales</p> <p>5- Formación académica</p> <p>6- Potencialidad para implementar en otros lugares</p>

8.5.1 Características y propiedades del modelo

El modelo de atención que hemos diseñado se organiza en cuatro ejes y/o componentes: **Asistencial, Socio/comunitario, Académico/docente, e investigativo**. Se propone en consonancia a lo establecido en el Plan Nacional de Salud Mental, la Ley de Salud Mental uruguaya y, la literatura internacional al respecto, avanzar en una propuesta de cambio que va de lo individual a lo comunitario, del hospital psiquiátrico, clínicas monovalentes (manicomios) a centros integrales en el PNA y, pasar del abordaje psiquiátrico al abordaje integral en equipo.

Las características y principios conceptuales, procedurales y, por lo tanto, fundamentales del modelo de abordaje, se sostienen en la Promoción de la Salud, la Determinación Social de la Salud, la Epidemiología Crítica, Psicología Crítica, la Psicología de la Salud y, la Medicina Familiar y Comunitaria. En este sentido como propone Pastor (2008, p. 286):

Los servicios de atención psicológica pueden ser integrados en atención primaria siguiendo modelos de colaboración que se situarían en un continuo que va desde la total independencia de los servicios psicológicos/médicos (derivación), pasando por la coexistencia de profesionales en el mismo centro en servicios diferentes (co-localización) hasta la colaboración completa y total integración de profesionales en el mismo servicio

Figura 12. Ejes o componentes del modelo de atención



Los componentes del modelo remiten a elementos que hemos identificado en el estudio.

Eje Asistencial donde se juegan por sobre todo las características de las competencias clínico/comunitarias de la práctica profesional; abordaje integral de las personas, familias y comunidades, saber posicionarse profesionalmente desde la interdisciplinariedad, la longitudinalidad, trabajo en equipo, actitud crítica y ética, empatía, respeto, habilidades comunicacionales.

Eje Socio/comunitario donde se destaca el trabajo con la población. Significativamente este eje tiene relación con acciones encaminadas en el marco de la Promoción de la Salud con enfoque de derechos trabajando temáticas como ser salud sexual y reproductiva, violencias, ley de salud mental, derechos. Estas acciones sistemáticas del eje socio/comunitario van en consonancia a su vez con las características que se reconocen en el abordaje de la salud mental comunitaria, estableciendo un cambio cualitativo hacia los/as profesionales, procesos de empoderamiento y, de apropiación de derechos en clave desmanicomializante.

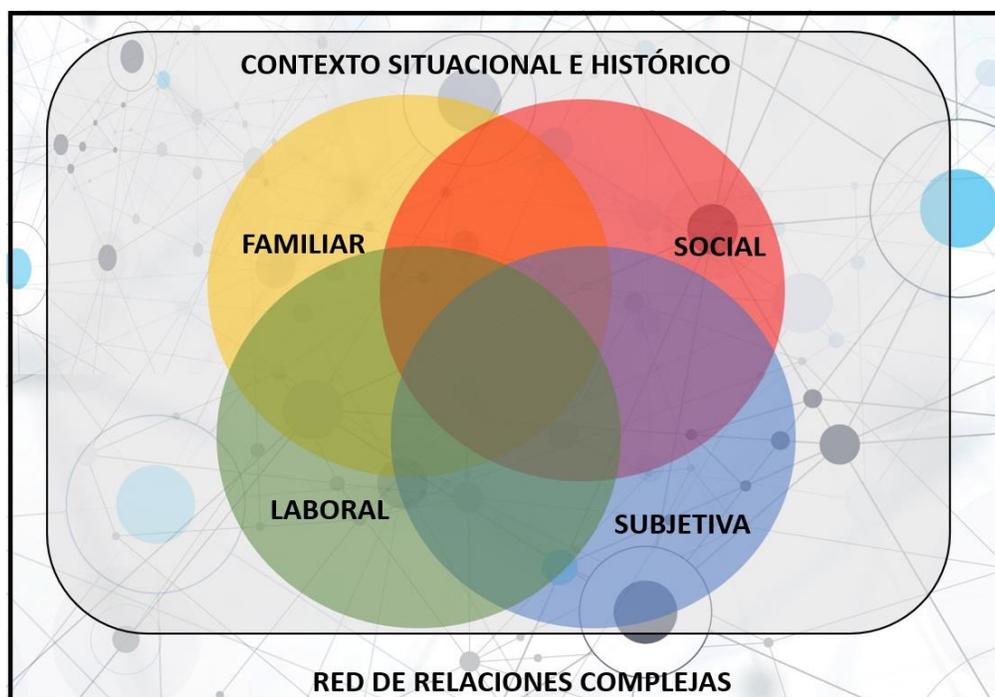
Eje Académico/docente, se desarrolla en la UDA como un componente esencial de la práctica. Este eje propicia que las prácticas profesionales estén constantemente reflexionándose en función de obtener cualitativamente resultados que repercutan en el buen vivir y calidad de vida de las personas. El eje Académico/docente funciona articulando y coordinando diversos espacios que la UDA incluye como formativos, de difusión de saberes y generación de conocimientos. Encontramos la presencia en congresos/jornadas nacionales e internacionales, espacios propios de seminarios, ateneos, cursos optativos para estudiantes de grado en medicina y psicología, cursos propios para residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Asimismo, es necesario destacar el espacio y dispositivo de Casos Complejos. Desde este espacio se habilita un intercambio crítico que entrecruza todos los componentes en sí mismo.

Eje investigativo, si bien es el eje con menor desarrollo en cuanto a salud mental, se identifica como formando parte y con potencial para generar conocimientos y saberes. Es preciso atender que el tipo de experiencia que se sistematiza y diseña en este estudio, es novedoso en cuanto a insumos para un cambio de paradigma de abordaje, por lo cual es consistente que el eje investigativo sea aún un pilar a profundizar en su desarrollo.

El modelo de atención trabaja a partir de la concepción dimensional del ser humano. Siguiendo a Read, Mosher y Bentall (2006, p. 63) “además de utilizar variables fiables, otro principio que es importante aplicar es el de pensar en dimensiones y no en categorías diferenciadas (...) las medidas dimensionales de la salud mental son más fiables que los diagnósticos”. Existe así un dentro y sobre, una red de relaciones complejas que se construyen y deconstruyen identificamos las siguientes dimensiones del ser humano; **Familiar, Social, Laboral y Subjetiva**. Estas dimensiones son espacios de intervención en sí mismos, pero que necesitan ser pensados en su complejidad y entrecruce. Existen situaciones que, al tocar una línea de la red dentro de un espacio dimensional, ocasionará consecuencias en otros nodos de la red y en otras dimensiones. Comprender la lógica multicausal de estas conexiones implica característicamente apartarse del modelo unicausal y posicionarse desde una perspectiva amplia e integradora. Es necesario ver que estas redes sobre redes, nodos sobre nodos e interconexiones, se despliegan tal como mapa un cartográfico para navegar las situaciones en salud mental. Comprenden una producción situacional e histórica que traspasa la temporalidad del presente de las intervenciones. Lo que fue hace tiempo atrás en más de alguna vez sigue siendo actualmente a través de tradiciones, mitos, ritos, idiosincrasias, desconocimiento e ignorancia, entre otras razones

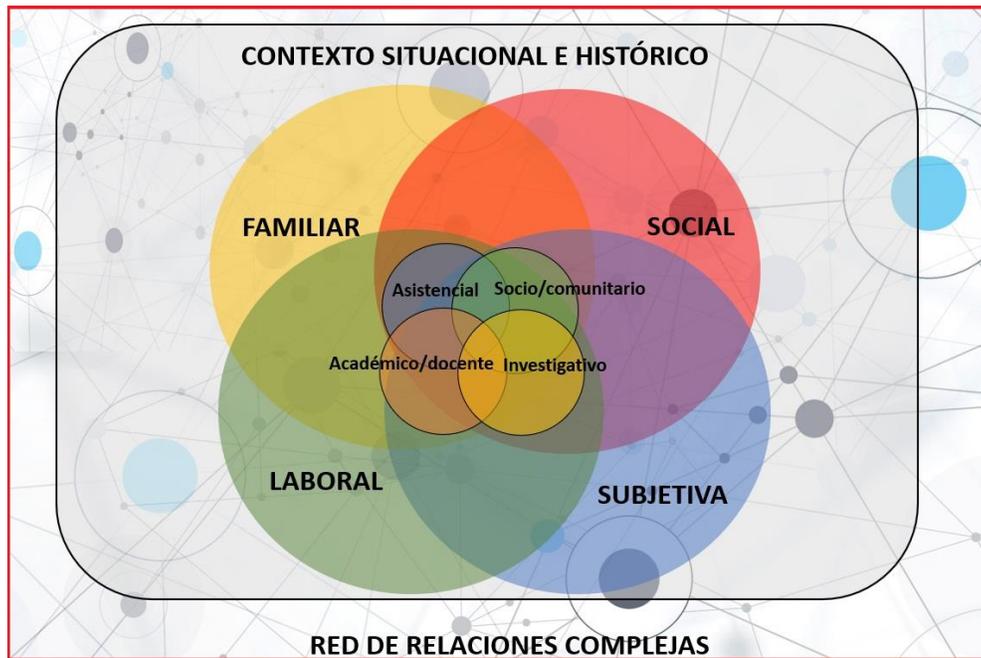
En este sentido el macro ordenador de la promoción de la salud mental incorporado en la práctica del modelo respeta estratégicamente la intersectorialidad determinante en los procesos de salud mental. El encuadre dimensional permite intervenir diferenciadamente en las necesidades de las personas y las familias. El modelo implica un cambio conceptual y operativo que acciona sobre los procedimientos asistenciales e intervenciones comunitarias. La prevención en salud mental pasa a un plano de protección del sujeto en cuanto a las tensiones en salud mental interviniendo sobre los factores de riesgo individuales, familiares, laborales y sociales.

Figura 13. Dimensiones de intervención



El modelo implica un abordaje integral de las cuatro dimensiones producidas y productoras del contexto red multirrelacional. Las acciones que implican los ejes de intervención se insertan principalmente en la conjunción dimensional.

Figura 14. *Entrecruce integral; componentes del modelo y dimensiones de intervención*



8.5.2 Prestaciones del modelo

En la actualidad nuestro país cuenta desde el año 2011 con un Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, que ofrece las prestaciones exigibles a los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud. Dentro de estas prestaciones se encuentran las de correspondientes a Salud Mental en tres modalidades; abordaje individual en lo concerniente a una prestación de la psicología (la psicoterapia), intervenciones grupales psicoterapéuticas (Decreto 365/011). Son los conocidos Modo 1, Modo 2 y Modo 3 de Salud Mental del PIAS. Por otro lado, existe desde febrero de 2020 el Plan Nacional de Salud Mental que se genera en el marco de la ley de Salud Mental del año 2017.

El modelo ofrece la concreción de las prestaciones del PIAS y, ofrece dispositivos que se ajustan a las aspiraciones del Plan Nacional de Salud Mental. En este sentido se presenta como un sistema de dispositivos que aporta y trasciende las prestaciones actualmente disponibles en salud mental en Uruguay dentro de Sistema de Salud. En cuanto a prestaciones individuales ofrece un servicio integral, interdisciplinario (medicina familiar y comunitaria/psicología de la salud), que cubre longitudinalmente la vida de las personas y familiar, accesibles y de cercanía, con amplia perspectiva epistemológica que ofrecer más

intervenciones (prestaciones) que la psicoterapia a nivel psicológico, o la psicofarmacológica. Sigue una orientación de entrevista individual, psicoterapia grupal, coordinación con otros profesionales, grupo de profesionales tal como encontramos en Alonso, Lorenzo, Flores, García, García, (2018, p. 312).

El dispositivo clínico individual interdisciplinario ofrece una perspectiva de trabajo en equipo entre medicina familiar y psicología de la salud que conjuga los saberes disciplinares en beneficio del buen vivir del/la usuario/a de los servicios. En este sentido el dispositivo se muestra como un recurso ampliamente integral que aborda las dimensiones del sujeto integrando acciones de promoción, prevención y derechos humanos. Por mucho este enfoque impresiona superar los modelos hasta ahora existentes en el país, o por lo menos más conocidos dentro del sector sanitario y, especialmente en el Primer Nivel de atención. Las intervenciones siguen el enfoque de la medicina familiar y comunitaria y, la psicología de salud, abordando a la salud mental como un campo complejo que no se remite a cuestiones biológicas o anacronismos como la noción en enfermedad mental y su despliegue tecnobiológico. En este sentido, el dispositivo ha trabajado más de 2000 situaciones de salud mental en los años que comprende este estudio. Las situaciones van desde acompañamiento a personas víctimas de violencias, ansiedades, depresiones, tristezas, abusos, afrontamiento de enfermedades crónicas, vivir con VIH, fibromialgia y dolor, procesos de transiciones sexo genéricas, homosexualidades, uso de drogas, egreso de internaciones psiquiátricas, suicidios, entre otras tantas situaciones clínicas. No obstante, el indicador de la cantidad de situaciones puede pensarse en forma compleja dado que, encierra horas de abordaje interdisciplinar, instancias de intercambio, de estudio y planificación.

El dispositivo grupal terapéutico es otra de las prestaciones/servicios que se ofrecen desde la UDA a los/as usuarios/as. Como hemos mencionado anteriormente es un espacio amplio, sin perfiles psicopatológicos y, que también trabaja desde la integralidad constitutiva del ser humano. Su funcionamiento en cuanto al encuentro es de frecuencia semanal con libre acceso y permanencia de los participantes. Esta modalidad de grupo terapéutico se correlaciona con nuestra perspectiva teórica y, se aprecia que para su desarrollo, concreción y análisis es necesaria una formación específica, así como una sistemática de análisis que articule con los otros dispositivos de intervención que las personas transitan en la UDA. Nuevamente vemos en las formaciones de la especialidad en medicina familiar y comunitaria (en especial como se forma en la UDA) y, en psicología de la salud, posibilidades para que profesionales se formen en grupos terapéuticos de abordaje integral en salud mental. El

dispositivo ofrece una prestación terapéutica grupal que abarca diferentes edades y situaciones vitales siendo el punto central de intervención la producción de cada participante. De esta forma se reconoce y resignifica el estar en un grupo y, lo que significa lo terapéutico o la psicoterapia. Los participantes (usuarios/as) elaboran en primera persona en base a sus saberes, orientados por un psicólogo de la salud, los aspectos de salud mental que surgen como emergentes de la misma dinámica productiva grupal. El dispositivo grupal trabaja mediante la comunicación y la palabra propiciando la producción deseante de los asistentes. Metodológicamente es un espacio coordinado por un psicólogo de la salud, dónde se toman diversas estrategias prácticas que incluyen, producción de podcast radiales, mesas de debate en intercambio, alfabetización digital mediante computadoras personas, cine debates entre los participantes y abiertos a la comunidad, entre otras estrategias. Para su concreción es necesario elaborar y producir contenidos que se asientan en procesos cognitivos, comportamentales y afectivos de los participantes. A su vez, estas estrategias se ponen en conexión con los otros dispositivos de la UDA; clínico individual interdisciplinario, socio/comunitario y, casos complejos. Los contenidos abordados por los participantes han sido sobre salud mental, definiciones y conceptos, derechos en salud mental, afrontamientos, contención, libertad, el amor, la locura, el género y las violencias, entre un largo etc. A lo largo de su funcionamiento han participado cerca de 30 usuarios/as, siendo aproximadamente de 12 el núcleo base de participantes que sostienen el dispositivo en conjunto con los profesionales. El grupo terapéutico es un ejercicio de autonomía, derechos y empoderamiento, que durante la pandemia de SARS CoV- 2 en 2020 ha demostrado su efectividad y eficacia en cuanto a red de cuidados y solidaridad entre los participantes. Continúo funcionando durante la pandemia de SARS CoV-2 por medio de la plataforma zoom y, un grupo de WhatsApp activo las 24 horas del día. Ambas modalidades del dispositivo estuvieron coordinadas por el psicólogo de la UDA. Sus experiencias (ver en anexos) fueron presentadas en primera persona en el encuentro “Covid19 en Ibero América. Salud mental comunitaria en Latinoamérica en el período de la pandemia: compartir para fortalecer” organizado por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF). Bang nos aporta que el trabajo en comunidad promueve vínculos solidarios, la participación y la posibilidad de sostener espacios de alegría compartidos colectivamente para la reconfiguración de redes barriales (2013, p. 29).

En el año 2019 (ver en anexos) la oferta apuntó a la Promoción de la salud desde la comunidad con la participación de la OSC CIEENPRE Juntos, la Radio Vilardevoz y el Grupo de Salud Mental Onda Libre de la UDA. El dispositivo de intervención nuevamente ganó la

financiación de su ejecución por parte de la UdelaR y, fue coordinador por el psicólogo de la salud de la UDA en conjunto con residentes de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Implicó el despliegue de espacios de taller en tres escenarios comunitarios (CIEENPRE Juntos, Radio Vilardevoz y policlínica sede de la UDA en Barros Blancos) donde se trabajaron temas sobre sexualidades, salud mental y violencias. Los insumos generados se plasmaron en banners que oficiaron como una fotogalería itinerante continua de la experiencia. En estos dos años a su vez, con el Grupo terapéutico Onda Libre, los/as usuarios/as participaron de la marca por salud mental, derechos humanos y vida digna que se realiza desde el año 2011 en la ciudad de Montevideo todos los 10 de octubre. En este sentido vemos como:

el trabajo comunitario es su necesaria articulación en red: con instituciones, con referentes, con organizaciones. Es necesariamente un trabajo que articula o pone en diálogo diferentes actores en una comunidad. Gracias al carácter participativo de sus actividades, estos dispositivos permiten además construir un puente entre las instituciones y la población. En instituciones de salud/salud mental donde prima un modelo biomédico de atención, la inclusión de prácticas comunitarias posibilita la construcción conjunta de una vivencia compartida del “hacer creativo”, que va más allá de la palabra. Esto permite crear conocimientos prácticos compartidos e incluir la dimensión afectiva entre profesional y paciente, horizontalizando sus relaciones (Bang, 2013, p. 29)

A nivel socia/comunitario la UDA ofrece dispositivos de intervención anuales que articulan la participación de vecinos/as, organizaciones de la sociedad civil (OSC), estudiantes de grado de la carrera de medicina y los profesionales de la UDA. Las intervenciones son co-diseñadas, ejecutadas y evaluadas con los actores comunitarios. Estas prestaciones, dispositivos, se enmarcan en acciones de promoción de la salud mental, la desmanicomilización y en un enfoque de derechos. Hemos identificado dispositivos, proyectos, que han sido financiado por el área de relacionamiento con el medio (Extensión) de la UdelaR, procesos de selección mediante. En estos proyectos la UDA apuesta al intercambio con colectivos organizados, profesionales, estudiantes y usuarios/as. En el año (ver en anexos) 2018 identificamos un proyecto que implicó la participación de invitados internacionales provenientes de Río de Janeiro, Brasil (un usuario, un psiquiatra y un médico de familia), usuarios de la Radio Vilardevoz de Montevideo y el Grupo en Salud Mental de UDA. El proyecto consistió en un Cine debate abierto a la comunidad y vistas a la Radio

Vilardevoz, dentro del manicomio nacional (Hospital Vilardebó), siendo su principal objetivo colectivizar que la salud mental puede ser abordada desde la música, la comunicación, pero, por sobre todo la no alienación y el encierro de las personas. En el mismo año, se realizó una transmisión abierta y comunitaria de la Radio Vilardevoz en los jardines de la sede de la UDA, la policlínica de Barros Blancos. Esta transmisión, a cielo abierto, se denomina por parte de sus creadores como “Desembarcos”. Es una forma de acercamiento entre la locura encerrada en el manicomio y la sociedad. En este caso el Desembarco además de contar con la presencia de sus protagonistas, los locos, tuvo la participación de docentes universitarios, vecinos/as y, del profesor del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria.

Estas acciones van en consonancias con las perspectivas académicas de intervención en salud mental comunitaria. Siguiendo a Bang (2014):

los procesos participativos que ponen en juego la creatividad desde lo colectivo, multiplicando las redes de contención comunitaria, se presentan como una vía facilitadora para la transformación hacia una comunidad más inclusiva. Para que personas con padecimientos mentales puedan ser asistidas en su comunidad, ésta también debe estar preparada. El abordaje comunitario genera aquí grandes oportunidades y fortalezas, desde una propuesta que trabaja no sólo con usuarios del sistema, sino que incluye a su comunidad en el abordaje de problemáticas psicosociales en su complejidad, produciendo una clínica ampliada (p. 111).

Según la autora las intervenciones comunitarias fortalecen y acompañan tanto procesos grupales como comunitarios. Por lo que, los espacios de encuentro, “la creatividad, la escucha y la disponibilidad son herramientas fundamentales en la tarea que se propone dar lugar y partir de los diversos saberes comunitarios, para poder tejer alternativas a las problemáticas de salud planteadas” (2014, p. 116) donde cada territorio es singular.

El año 2020 tomó a las actividades socio/comunitarias como formando parte de la pandemia de SARS CoV -2. En este sentido la UDA replanifica sus intervenciones comunitarias promoviendo una campaña masiva por redes sociales que abarcaron cuidados y derechos que se podrían ver afectados como efectos de la gestión de la pandemia; el encierro de personas adultas mayores, el aumento de las violencias sobre los cuerpos de los niños/as, adolescentes y mujeres que se la noche a la mañana se ven confinados a permanecer bajo el mismo techo con agresores, entre otras.

Por otro lado, la UDA ofrece a la población, un servicio que se coordina con otras instituciones presentes en el territorio. Teniendo en cuenta el especial cuidado de los datos, la confidencialidad y privacidad de los/as usuarios/as, la UDA integra espacios interinstitucionales en conjunto con el Instituto Nacional de Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), el Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) y el Nodo Interinstitucional del Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay. Principalmente los dos primeros espacios implican un mecanismo de abordaje interprofesional con objetivos específicos hacia la infancia y adolescencia que incluyen aspectos de salud psicológica/mental.

Finalmente, hemos encontrado que la UDA ofrece un dispositivo de problematización potente de los casos “más” complejos que trabaja. Este dispositivo funciona cada 15 días con una participación colectiva de los profesionales y estudiantes. Es un espacio interdisciplinar de problematización y búsqueda de alternativas para ofrecer a los/as usuarios/as. Asimismo, funciona como un espacio de enseñanza/aprendizaje para aquellos estudiantes que se encuentran realizando su último año de la carrera de medicina como practicantes internos y, para los residentes de la especialidad en medicina familiar y comunitaria. Los casos (situaciones complejas) son construidos y presentados al resto de los participantes por parte del equipo que en ese momento lo lleva adelante. Este dispositivo implica una actualización y búsqueda constante.

A continuación, se ofrece una tabla que puntea las prestaciones/dispositivos que ofrece la UDA:

Tabla 31. *Prestaciones/Dispositivos*

<p>Clínico individual interdisciplinario</p> <p>Espacio grupal terapéutico</p> <p>Espacios socio/comunitarios</p> <p>Espacios de problematización: Casos Complejos</p>
--

A diferencia de un estudio chileno donde se identifica que la mayoría de las intervenciones en salud mental en el PNA es este país se destina a la atención individual directa, seguida por algunas intervenciones grupales, familiares y escasamente con atención comunitaria (Scharager y Molina, 2007, p. 152). En el mismo sentido se expresa el estudio mucho más reciente de Ramiro (2019) donde la centralidad está en la atención clínica individual dejando de lado “el trabajo interdisciplinario en prevención de la enfermedad y promoción de la salud. También queda por fuera la atención clínica grupal, que resultaría eficaz y eficiente, considerando que el PNA es el nivel más masivo” (p. 150).

8.5.3 Tránsitos

El ingreso de los/as usuarios/as a los dispositivos ofrecidos se inicia con su solicitud de atención sanitaria en la administración de la UDA. La consulta se inicia con el profesional de medicina familiar y comunitaria casi siempre al mes de haber solicitado la cita, a menos que la situación requiera por sus características de una intervención con mayor rapidez. En este caso, la solicitud es evaluada por la coordinación de la UDA y consultada con psicología a los efectos de adecuar una respuesta pertinente; realizar entrevistas a la mayor brevedad posible dentro de la misma semana, gestionar derivación a otro centro, a puertas de emergencia, visita en domicilio del usuario/a, entre otras. Si la solicitud no aplica dentro de los criterios que ameriten una respuesta inmediata como pueden ser personas que hayan intentado suicidarse o tengan ideas de muerte, la entrevista se concreta con su referente en medicina familiar y comunitaria para el siguiente mes.

Una vez llega el/la usuario/a al servicio el día de su entrevista, es recibido por el personal de consejería que se encuentra siempre a disposición de las personas para orientar y anunciar de su llegada al servicio. El ingreso a los dispositivos en salud psicológica/mental comienza con la entrevista con el médico de familia y comunidad referente de la persona y/o las familias. Posteriormente y dependiendo de las necesidades del/la usuario/a se solicita la integración al proceso asistencial del psicólogo de la salud, conformándose el dispositivo clínico individual interdisciplinario. Los/as usuarios/as irán concretando entrevistas con el psicólogo de la salud, en forma semanal o quincenal, bajo el marco de la clínica móvil, donde se elabora su malestar/sufrimiento psicológico. El dispositivo funciona en un constante intercambio entre profesionales, el cuales es comunicado al/la usuario/a cuando inicia el proceso. Asimismo, y siguiendo criterios técnico-profesionales algunos de los/as usuarios/as cuentan con los números de contacto personales de los profesionales con lo que viene

trabajando. Esto representa parte de la accesibilidad, acercamiento óptimo y construcción del vínculo de esta experiencia.

Ahora bien, existen personas que pueden bien beneficiarse de este dispositivo, pero, existen otras personas que pueden beneficiarse de las otras ofertas. Es así que en común acuerdo entre los profesionales y el/la usuario/a se propone pasar al dispositivo grupal terapéutico. Esta propuesta no implica el abandono del dispositivo clínico individual interdisciplinario, sino que según el criterio técnico profesional podrá suceder que las personas permanezcan en ambos dispositivos o en alguno de ellos.

Una vez que avanza al tránsito de las personas por los dispositivos, comienza a producirse una pertenencia y resignificación que habilita procesos participativos en los dispositivos socio/comunitarios. Los/as usuarios/as se integran y colaboran en la producción de las intervenciones que tendrán repercusiones con sus vecinos y vecinas, pasando de ser pacientes de enfermedad a agentes productores de salud.

Existen asimismo casos, situaciones, momentos, que requieren de un enfoque de abordaje colectivo que involucre la mirada de otros, más allá de los profesionales intervinientes. Surge la inclusión de las situaciones en los espacios de “Casos Complejos” y/o los espacios interinstitucionales. Siempre el ingreso de estas situaciones es consultado e intercambiado con los/as usuarios/as a los efectos de cuidar los derechos de los mismos.

El modelo se basa en una concepción de atención escalonada. Un modelo que a decir de Pastor:

asume que no todos los usuarios requieren un tratamiento de igual intensidad o profundidad y ofrece en primera instancia el tratamiento menos intrusivo, ya que la intervención más efectiva no ha de ser necesariamente la misma para todos. En la práctica este enfoque implica que algunas personas requieren tratamientos de “baja intensidad” y otras requieren intervenciones más complejas o de “alta intensidad”, que serían tratamientos psicológicos formales aplicados por profesionales especialistas. Los tratamientos de más baja intensidad serían principalmente intervenciones breves, autoayuda guiada mediante materiales escritos o en soportes informáticos, técnicas de solución de problemas o activación conductual. Bajo este modelo se ha implementado en el Reino Unido el programa Improving Access to Psychological

Therapies (IAPT), cognitivo-conductual, por la sólida evidencia existente sobre su efectividad en el tratamiento de ansiedad y depresión, de acuerdo con los diversos informes del NICE que asesoran al departamento de salud británico. (2008, p. 286)

8.5.4 Recursos humanos y materiales

Podría impresionar que los recursos humanos y materiales para sostener el modelo que se propone podría ser excesivamente costoso. No llegamos en nuestro estudio a identificar costos específicos del modelo, pero si podemos decir que siguiendo los estudios internacionales, los servicios y modelos que hacen foco principal en el PNA y la Promoción de la Salud Mental resultan mucho menos costosos que los modelos de unidades con especialistas costosos, uso constante de farmacología, sin mencionar el mantenimiento de los centros monovalentes como ser los manicomios con sus sales de internación, cientos de personal de asistencia, guardias, entre otros gastos remunerativos.

A grandes rasgos podremos decir que el modelo implica recursos humanos formados en Medicina Familiar y Comunitaria, Psicología de la Salud, Trabajo Social, Enfermería y administrativos. Todas profesiones que en términos salariales son históricamente mucho menores que otras especialidades, siendo que la complejidad y la cantidad de personas que asisten de una envergadura más que trascendente.

En cuanto a recursos materiales es necesario contar con espacios edilicios para llevar adelante entrevistas/consultas que se encuentren en condiciones y mobiliarios dignos, calefacción, refrigeración, bibliotecas, escritorios, sillas, tecnologías como computadoras, televisiones, teléfonos. Espacios para el abordaje grupal que cumpla con la posibilidad de albergar 15 personas, con materiales audiovisuales, de papelería, conexión a internet, materiales didácticos.

Para el funcionamiento académico es necesario contar con una sala de reuniones amplia y confortable, tal vez con micrófonos, para que los/las profesionales puedan realizar un intercambio fluido sin estar pendientes de donde sentarse, estar apretados, levantar la voz, entre otras dificultades que afecten su desempeño.

Es necesario considerar los aspectos ergonómicos que hacen a las intervenciones porque lo que es preciso atender estas cuestiones con sillas adecuadas, por ejemplo.

El costo del modelo por dispositivos, prestaciones, intervenciones, cantidad de personas y familias alcanzadas y, calidad de los servicios, si bien no es parte del estudio como se la mencionado, cabe reflexionar hipotéticamente que resulta económicamente más rentable que lo que se tiene actualmente.

8.5.6 Formación

En cuanto a la formación que resulta del modelo de atención en salud mental comunitaria, identificamos que se sostiene fundamentalmente con la obtenida en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y, la Psicología de la Salud. Se visualiza una interesante correlación con el Programa “Concepciones, determinantes y políticas en salud” del Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología y, con el Programa en Psiquiatría de adultos de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

8.5.7 Potencialidad para implementar plan de salud mental en Uruguay

Finalmente, apreciamos que el modelo de atención en salud mental comunitario en el caso UDA, aporta una novedosa estrategia que sirve como insumo potencial para implementar en otras regiones e ir concretando el cambio de paradigma que tan atrasado se encuentra en Uruguay.

El modelo se ajusta a las prestaciones establecidas en el Decreto 305/011 sobre prestaciones referidas en el Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, en cuanto oferta en modalidad 1, accesibilidad a prestaciones grupales y, la modalidad 3 de accesibilidad a prestaciones individuales. Además de adoptar un enfoque que incluye y amplía lo propuesto por en el Plan.

En cuanto a la nueva ley de salud mental de Uruguay y el Plan Nacional de Salud Mental 2020, el modelo propuesto proporciona un punto de referencia especialmente en lo referente al eje central del sector sanitario. Es un modelo que se desarrolla y prioriza el primer nivel de atención, los recursos comunitarios, el abordaje en red e interdisciplinar en conjunto con una propuesta formativa propia que se encuadra en la promoción de la salud mental. La ley de salud mental propone:

Figura 15. *Artículos de ley de salud mental sobre interdisciplina y primer nivel*

Ley de Salud Mental Uruguay Nro. 19529

Artículo 16

(Niveles de atención).- La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y **priorizará el primer nivel de atención** (...)

En el proceso asistencial se **integrarán los recursos comunitarios** y se procurará la **participación de familiares** de las personas con trastorno mental.

Artículo 17

(Ámbito de atención).- El proceso de atención debe realizarse **preferentemente en el ámbito comunitario**, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un **abordaje interdisciplinario e intersectorial** y estará orientado a la **promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales**.

Artículo 18

(Redes territoriales).- Se **fomentará** el establecimiento de **redes territoriales de atención**, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la **promoción y prevención en salud mental**.

Artículo 19

(Equipos interdisciplinarios).- La **atención en salud mental** estará a cargo de **equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención**, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. Cuando ello no sea posible porque no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará lo establecido en la reglamentación de la presente ley.

Nota: Placa de producción propia en base a ley de salud mental de Uruguay.

El modelo aporta posibilidades para la concreción nacional de estos enunciados. En relación a las prácticas de promoción de salud mental comunitaria seguimos la visión propuesta por Zacus D, Lysack C. (1998) en Bang,, visualizando en la UDA un camino para:

formas y procesos de participación comprendidos que constituyen en un campo del que intervienen múltiples actores con intereses, prácticas y discursos heterogéneos, contradictorios y fragmentarios. Entre ellos se puede encontrar el equipo profesional que trabaja institucionalmente, miembros de la comunidad organizados de formas variables: organizaciones de la Sociedad Civil, instituciones y otros agrupamientos que intervienen a través de sus referentes (2004, p. 243).

La autora propone que “la participación en sí es un factor de Salud Mental, ya que restituye lazos de solidaridad social, diferenciándose de lo patologizante de vivir situaciones conflictivas de forma individual y pasiva” (2004, 243), enunciado este estrechamente relacionado con la base de construcción vincular que plantea la práctica UDA.

La mirada interdisciplinar del modelo propone un abordaje integral que aporta evidencia en el sentido de otros estudios como ser el de Alonso, Lorenzo, Flores, García y García, en cuanto a accesibilidad a “la intervención psicológica como un recurso comunitario más (2018, p. 313). Para Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2003) en Pastor “la evidencia

de que se dispone en el momento actual sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos es sustancial por su cantidad, el rigor metodológico de los estudios en que se basa y el rango de trastornos clínicos en que se ha aplicado con claros beneficios para el paciente (2008, p. 284). Siguiendo al autor, aunque se dispone de datos significativos que apuntan hacia la rentabilidad asistencial y reducción de costes sanitarios de la provisión de tratamientos y, la integración de enfoques psicológicos y/o psicosociales aún resulta necesario avanzar en una concreción. Más aún en estos momentos de crisis y pandemia de SARS CoV2. Las intervenciones psicológicas en el PNA pueden reducir costes médicos, siguiendo a Blount et al. (2007) en Pastor (2008, p. 285). Además, que según lo identificado por el investigador “la mayoría de las personas con dificultades psicológicas prefieren un tratamiento psicológico antes que un fármaco” (2008, p. 286).

La experiencia y el modelo de atención de salud mental comunitario ofrece al país y la región insumos para incidir en el abordaje de los malestares más característicos que encontramos en el PNA. Los estudios nos indican que es el PNA el espacio propicio para promover salud mental y prevenir futuras problemáticas más profundas. El modelo ofrece una posibilidad de abordaje de “malestares o a dificultades: para conciliar el sueño, con la alimentación, dificultades o falta de destrezas para afrontar ciertos problemas de la vida, alteraciones del estado de ánimo, disfunciones sexuales, disfunciones familiares, entre otros (...) situaciones de vida que implican o generan estrés que, de mantenerse, aumenta y se cronifica llevando a estadios de daño ya instalado (Boarini & Francisconi Borges, 2009; Uribarri, 2010; Saforcada, 2013; Gavilán, 2015 en Ramiro 2019). Se ajusta epistemológicamente a las problemáticas planteadas en los estudios en cuanto a que no se atienden casos nosográficos. Sabemos que:

dentro del 90% de los casos no transferidos al ámbito especializado, hay un buen número de “no casos”, es decir, personas que no padecen ningún trastorno depresivo o ansioso “verdadero”, sino sólo problemas de la vida, indebidamente medicalizados o, incluso, si se quiere, psicologizados. Las cifras que revelan una alta prevalencia de casos de ansiedad y depresión se deriva del uso de los instrumentos de screening, muy inadecuados para captar “al conjunto de la persona inmersa en la complejidad dinámica de la vida (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2008, p. 252)

Por lo que los “problemas de la vida que no deben ser “medicalizados” para no alimentar más la “industria de la salud mental” (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2008, p. 253)

La identificación del trabajo interdisciplinar del modelo se refleja en las concepciones de García (2004) sobre salud mental e interdisciplina. En su artículo el autor nos aporta la noción de interdisciplina como modelo de trabajo que sustenta conocimientos y técnicas. Para García:

Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada. No es una suma de saberes, ni un conglomerado de actuaciones de un grupo. Esta forma de trabajo supone una apertura recíproca, una comunicación entre los distintos campos, donde no caben los totalitarismos ni las imposiciones, pero tampoco los reduccionismos que limiten la propia complejidad de cualquier campo científico. (2004, p. 278)

Para Ramiro (2019) sobre “las modalidades de abordaje sugeridas, los autores coinciden en que debería ser esencialmente integral, psicosocial y dirigirse no solamente al tratamiento de las personas afectadas, sino también a la población general y al trabajo comunitario a través de acciones de promoción y prevención” (2019, p. 150). En este sentido, el modelo de la UDA aporta en su contexto procesos educativos, estrategias creativas, protección de derechos, vínculos afectivos y significativos, que según Restrepo hacen a la promoción de la salud mental. Asimismo, aporta al “respeto por la vida, el cuerpo, la expresión de los afectos, en el ejercicio del placer, del ocio y de la creación” (2006, p. 191) y, fortalecer la resiliencia.

Para Pérez Álvarez y Fernández Hermida “las críticas a la hiper-medicalización de la vida cotidiana, la inadecuación de la nosología psiquiátrica para explicar los problemas de la persona en su contexto, o las insuficiencias metodológicas de las pruebas de screening son aplicables al conjunto de la llamada patología psiquiátrica (...) aumentan la relevancia del contexto del individuo a la hora de explicar su comportamiento”, siendo lo central lo fenomenológico y “etiológicamente de carácter psico-social sin que ello implique olvidar el componente biológico”. Por lo que, para el investigador, es necesario superar el enfoque actual, completamente biomédico (2008, 253).

9. CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES

Se ha sistematizado el funcionamiento y, los criterios teóricos/prácticos que hacen a un modelo de abordaje en salud mental comunitario en salud mental que resulta novedoso para el sector sanitario en el país. Las características de este modelo se encuentran constituidas por una impronta integral, interdisciplinar y derechos humanos que surgen de la formación disciplinar de los profesionales y, de espacios propicios de enseñanza aprendizaje. En este sentido las experiencias de la UDA en especial las realizadas en su sede la policlínica en el Centro Cívico Salvador Allende del municipio de Barros Blancos en el departamento de Canelones, podrían ser insumos valiosos para avanzar en el cambio de paradigma en salud mental de Uruguay, como se aspira en la normativa vigente.

Resulta imprescindible tomar experiencias como la modelizada en este estudio, porque significan un avance sustantivo y profesionalizado que incorpora alternativas sostenibles para una transformación sustancial de la atención en salud mental. La experiencia analizada presenta un abordaje en equipo respetando las especificidades disciplinares. Articula los principios del primer nivel de atención, la promoción de la salud mental con las prácticas, sustancialmente, de la medicina familiar y comunitaria y la psicología de la salud.

Los dispositivos que se ofrecen además de estar pensados desde la epistemología de las disciplinas atienden a la incorporación de las personas como protagonistas y productoras de sus caminos en conjunto con el equipo sanitario. Este enunciado se visualiza en las entrevistas y producciones analizadas, por lo que es una postura ética, crítica y reflexiva concreta de la praxis.

El impacto en la comunidad y en el campo de la salud psicológica y mental mediante este tipo de modelos generaría beneficios en la calidad y el buen vivir de las personas, eliminando las discriminaciones, así como procesos de estigmatización, además de repercutir seguramente en una mejor gestión de los recursos económicos.

Por este camino existe una posibilidad concreta y real de trabajar las situaciones en salud psicológica/mental en el lugar donde las personas viven, atendiendo como determinantes sus marcos relacionales y su historia. El modelo de atención comunitario en salud mental estudiado aporta una alternativa moderna ajustada al siglo XXI, humanizada y, que integra los saberes de la psicología, la medicina familiar y la comunidad.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, R. (2014). Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay (PISMU). *Revista de Psiquiatría*, 78 (2): 196-219.
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2018). *Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE. Diagnóstico de situación en Abril/2018*.
- Aquines, C. (2013). *Método clínico en psiquiatría*. En Temas de psiquiatría. Oficina del libro FEFMUR.
- Aquino, A. (2013). La subjetividad en debate. *Revista Sociológica*, 28 (80), 259-278.
- Alonso, R., Lorenzo, L., Flores, I., García, J.M. y García, L. (2018). El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Revista Elsevier*, 51(5), 310-313 <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-psicologo-clinico-los-centros-S0212656718304116>
- Bang, C. (2013). Estrategias comunitarias en (promoción de) Salud Mental. Una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Revista Topia* 69, 28-29. <https://www.topia.com.ar/articulos/estrategias-comunitarias-promoci%C3%B3n-salud-mental-una-pr%C3%A1ctica-posible-abordaje>
- Bang, Claudia (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/399/340>
- Barembliitt, G. (2014). Presentación del Esquizodrama. *Revista Teoría y crítica de la psicología*, (4), 17–23.
- Barrientos, G. (2007). Salud Mental en atención primaria en América Latina: avances y obstáculos en los últimos 15 años. En *La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. OPS.

- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación *hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (1), 13-27.
- Breilh, J. (s/f). *La Salud Colectiva*. Área de Salud Universidad Andina Simón Bolívar –Ecuador. <https://saludsocioambiental.net.ar/wp-content/uploads/2020/08/El-concepto-salud-colectiva-Jaime-Breilh-3.pdf>
- Carrasco, J. (2005). *Relato reflexivo y crítico de una historia de la psicología del Uruguay*. <https://es.scribd.com/document/324969062/Relato-Reflexivo-y-Critico-de-La-Historia-de-La-Psicologia-Del-Uruguay>
- Camas, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Rev. Panamericana de Salud Pública* 42 (162), <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>
- Chagas, J. Paribanú, F. (2014). La psicología en Uruguay y sus historias: perspectivas, narrativas y enfoques éticos. En G. Salas, *Historias de la psicología en América del Sur. Diálogos y perspectivas*. Nueva Mirada Ediciones.
- Chapela, M. (2008). Promoción de la Salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. Jarillo E, E. Guinsberg, *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*. Lugar Editorial.
- Comisión de ciudadanos por los derechos humanos (s/f). *Seudo ciencia. Los diagnósticos falsos de la Psiquiatría*. Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos. <https://cchrlatam.org/folleto/SPA-DSM.pdf>
- Contandriopolus, A. (2000). La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales. *Revista Rupturas*, 6 (2), 174-191, Universidad de Montreal. http://www.fsg.org.ar/maestria_pdfs/1.pdf
- Czeresnia, D. (s/f). *El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción*. http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia_dina_el_concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenicion_y_promocion_.CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCION.pdf

- De Lellis, M. Interlandi y C. Martino, S. (2015). Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción. En *Perspectivas en salud pública y salud mental*. [https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/08salud/de%20lellis/primer%20cuatri%202020/Libro%20de%20LELLIS-Cap1-pa%CC%81ginas-6-22%20\(1\).pdf](https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/08salud/de%20lellis/primer%20cuatri%202020/Libro%20de%20LELLIS-Cap1-pa%CC%81ginas-6-22%20(1).pdf)
- De Vicente, A. y Castilla, C. (2013). Los psiquiatras se suman a la abolición del DSM y la CIE y apoyan el modelo de rehabilitación en salud mental. *Revista Infocop*, (61), 15-17. <http://www.cop.es/infocop/pdf/1156.pdf>
- Díaz, V. (2010). Psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia* 2 (3). 57-7
- Dibarboure, H. Macedo, J. (1998). Introducción a la medicina familiar. Editores Universidad de la República.
- Dois, A. Bravo, P. Soto, G. (2017). Atributos y características de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. *Revista Médica de Chile*, 145 (7), 879-887.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Fernandes Alves, R., Jiménez-Brobeil, S. Eulálio, M., Almeida de Andrade, D., do Nascimento, E. y Araújo Ferreira, P. (2016). Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal. *Revista de Psicología*, 34 (2), 357-38. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472016000200007
- Foucault, M. (2006). Del Buen uso de la libertad. En *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006). El gran encierro. En *Historia de la locura en la época clásica II*. Fondo de Cultura Económica
- Foucault, M. (2006). Nacimiento del asilo. En *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo

de Cultura Económica.

Foucault, M. (2014). *El Poder Psiquiátrico* 4ta. ed. Fondo de Cultura Económica Argentina S.A.

García, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze y Agamben. *Revista Parte Rei de filosofía* (74). <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>

García, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?. *Cuadernos de Trabajo Social*. 17, 273-287. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1155789>

Garzaniti, R. (2019). El rol del psicólogo en la atención de la salud mental en el primer nivel de atención: Una revisión sistemática. *Latin American Journal on Health & Social Psychology*, 10 (2), 146-162. <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/3330/3276>

Giménez, L. (2016). Psicólogos en Uruguay: una aproximación. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6 (1), 29-62. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262016000100003

Guattari, F. (1992). *Caosmosis*. Éditions Galilée.

Guattari, F. Deleuze, G. (1985). *El anti-edipo*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Guattari, F. Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: cartografías del deseo*. Editora Vozes Ltda. Petrópolis.

Guattari, F. y Rolnik, S. (2019). Subjetividad e historia. En *Micropolítica del deseo*. Tinta Limón Ediciones.

Hernández, E. y Grau, J. (2005). Psicología de la Salud: aspectos históricos y conceptuales. En *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Centro Universitario en Ciencias de la Salud.

http://www.psicologiadelasalud.cl/psicologia/site/artic/20130326/asocfile/20130326121313/psicologia_de_la_salud_aspectos_historicos_y_conceptuales.pdf

Kemayd, A. (2007). Medicina familiar en Uruguay: hacia un nuevo modelo de atención.

Revista Atención Primaria, 39 (8):443-445.

Lopera, J.D. (2011). Psicología y Salud Psíquica. *Revista Index de Enfermería*, 20 (1-2).

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100017>

Macaya, X. Pihan, R. y Vicente, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Revista Humanidades Médicas*, 18 (2), 215-232.

<http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n2/1727-8120-hmc-18-02-338.pdf>

Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Revista Desarrollo Económico*, 24 (96), 593-604.

<https://www.scielosp.org/article/scol/2005.v1n1/9-32/>

Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix. Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*,

(51), 17-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989316>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Presidencia de la Nación (2010, 2 de diciembre). Ley número 26657, del 25 de noviembre, sobre Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. *Información Legislativa*.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ministerio de Salud Pública. (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*.

https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional_junio.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental*.

<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf>

Miranda, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?. *Revista internacional de filosofía y teoría social*, 23 (83), 86-95

<https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>

Moncada, S. (2015). Psicología y atención primaria de salud: una propuesta de competencias. *Rev. Chil Salud Pública* 19 (3), 293-304

Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la Salud*. México: Editorial UniSon.

Morales, C. Borde, E. Eslava, J. y Concha, S. (2013) ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de salud pública*, 15 (6), 797-808.

Morales, N. (2011). *Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción*. Editorial Universidad del Rosario.

Moreno, E. y Moriana, J.A. (2012). El tratamiento de los problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35(4), 315-328.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58224380007>

Moreno, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Revista de Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009

Novoa, G. (2019). *Salud Mental en el primer nivel de atención. La formación del médico*

de Medicina Familiar y Comunitaria en salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Tesis de maestría en Psicología Clínica.

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27423>

Organización Panamericana de la Salud (1990). Declaración de Caracas.

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2013). Los modelos de atención en salud. En E.

Mendes, *Las redes de atención de salud*.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>

Parra, A. (2015). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (1), 30-37.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2016000100004

Pascale, E. (2011). La reforma psiquiátrica en Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (2). <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200011>

Pastor, J. (2008). El psicólogo en Atención Primaria: Un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo*, 29 (3), 271-290.

<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1610.pdf>

Pastor, J. (2008). El psicólogo en Atención Primaria: Un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo*, 29 (3), 271-290.

<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1610.pdf>

Pensamiento y gestión. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory) metodología cualitativa de la investigación científica.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-62762015000200001

Perdomo, A. (2017). Por una clínica del acontecimiento. *La deleuziana – Revista online de filosofía*. <http://www.ladeleuziana.org/wp-content/uploads/2019/10/Perdomo.pdf>

Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J. (2008). Más allá de la salud mental: La Psicología en Atención Primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29 (3), 251-270. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1608.pdf>

Pérez Soto, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. LOM Ediciones.

Pérez, O. García, C. Grases, N. Marsó, E. Cots, I. Aparicio, S. Ochoa, S. y Ventura, C. (2015). Programa de soporte a la primaria: Un análisis descriptivo de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (126), 257-266. doi: 10.4321/S0211-57352015000200002

Persia, M. (2014). *Deliberar la psicosis*. Lugar Editorial.

Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas de sobre su qué y para qué. *Revista Universitas Psychologica*, 5 (3), 669-679. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>

Poder Ejecutivo Uruguay (2011, 9 de setiembre). Decreto número 365/011, del 9 de Setiembre, Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud . *Centro de información oficial*. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/305-2011>

Poder Legislativo Uruguay (2017, 9 de setiembre). Ley número 19529, del 24 de agosto, de salud mental. *Centro de información oficial*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Ponzo, J. (2020). La medicina familiar y comunitaria en Uruguay de 1997 a 2019: ¿cuántos kilómetros nos faltan para llegar al pueblo aquel? *Revista Ciência. saúde coletiva*, 25 (4), https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401205

Ramallo, M. E. (2009). *Los procesos de resocialización y de desmanicomialización en el*

centro de rehabilitación psico social del 'Romero'. Trabajo final de grado, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.543/te.543.pdf>

Ramiro, G. (2019). El rol del psicólogo en la atención de la salud mental desde el primer nivel de atención: una revisión sistemática. *Salud & Sociedad*, 10(2), 146-162. doi: 10.22199/issn.0718-7475-2019-02-008

Read, J. Mosher, L. Bentall, R. (2006). ¿Existe la esquizofrenia?. En *Modelos de locura*. Herder.

Retrepo, M.H. (2006). Promoción de la salud mental: un marco para la formación y para la acción. *Revista Ciencias de la Salud*, 4. 86-193.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56209920>

Restrepo, D. y Jaramillo, J. (2012). Concepciones de Salud Mental en el campo de la Salud Pública. *Revista Nacional de Salud Pública*, 30 (2), 201-211.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>

Romano, S. (2013). *Temas de Psiquiatría. Manual de Psiquiatría para médicos*. Oficina del Libro FEFMUR.

Rosas, A. Zarate, V. y Cuba, M. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S.): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta médica peruana*, 30 (1).
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008

Saforcada, E. (2010). Acerca del concepto de Salud Comunitaria. *Revista It*, 1 (1), 7 -19.

Saforcada, E. (2012). Psicología sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4 (2), 120-132.

Sánchez, C. Cuevas, T. Klimpel, P. y Patiño, D.(2007). Esquizoanálisis: Corporalidad y coordinación grupal como alternativa de trabajo psicoterapéutico. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1 (3), 174 -371

Sanz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Amorroutou Buenos Aires.

- Sarfocada, E. (2008). El concepto de salud comunitaria ¿Denomina solo un escenario de trabajo o también una nueva estrategia de acción en salud pública? *Revista Psicología em Pesquisa*, 2 (2), 03-13.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472008000200002&lng=pt&tlng=es
- Scharager Goldenberg J. y Molina Aguayo M.L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana Salud Publica*, 22(3),149–59.
<https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v22n3/149-159/es/>
- Semprini, C. (2019). Salud Mental en Río Negro ¿realidad o utopía? *Anuario Pilquen. Selección divulgación científica del Curza*.
<http://revele.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/anuariocurza/article/view/2498/59203>
- Serpaj (2007). *Si decimos Derechos Humanos*. Zona Libro S.A.
- Sívori, J. (2010). *Aspectos psicológicos de la atención sanitaria*.
https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_ficha2-EJE-I-PSICOLOGIA-DE-LA-SALUD_2da-Parte-2010.pdf
- Somocurcio, J. (2013). La Atención Primaria de la Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30 (2), 171-2.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200001
- Stake, R. (1999). El caso único. En R. Stake, *Investigación con estudio de casos* (pp. 15-24). Ediciones Morata.
- Tobón, F. A. (2005). La salud mental: una visión de su atención integral. *Revista Nacional de Salud Pública*, 23 (1). <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v23n1/v23n1a13.pdf>
- Tosta Berlinck, M. (2009). La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas. *Salud*

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400001&lng=es&tlng=es

Uhng, D. (2014). Esquizoanálisis y Esquizodrama, clínica y política: presentación de la obra de Gregoria Baremlitt. *Revista Teoría y crítica de la psicología*, (4), 1–16. https://www.researchgate.net/publication/289368172_Esquizoanalisis_y_Esquizodrama_clinica_y_politica_presentacion_de_la_obra_de_Gregorio_Baremlitt

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

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis de Gialdino (Coords.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23-60). Barcelona: Gedisa.

Vásquez, A. (2012). Antipsiquiatría; deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la “razón psiquiátrica”. *Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 31 (3). <https://www.redalyc.org/pdf/181/18120621019.pdf>

Vignolo, J. Vacarezza, M. Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33 (1), 7-11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&nrm=iso

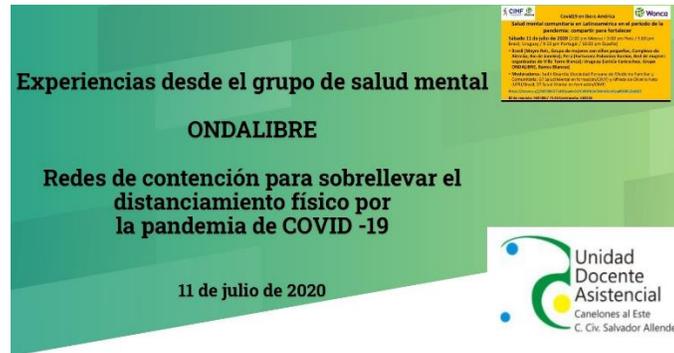
Weinstein, L. (1978). *Salud y autogestión*. Editorial Nordan-Comunidad.

Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Paidós

Zurro, A. Jodar, G. (2011). *Atención familiar y salud comunitaria*. Elsevier España, S.L.

11. ANEXOS

- Registros fotográficos de algunos de los documentos analizados



Presentación del Grupo Onda Libre. Grupo terapéutico en salud mental de la UDA. En El marco de CIMF, pandemia año 2020



Proyecto Fotogalería de Promoción de la Salud Comunitaria. Temas Sexualidades, salud mental y violencias. Extensión y salud mental, año 2019-2020



**Proyecto Locos Caminos, la comunidad como protagonista en Salud Mental.
Intercambio regional con profesionales y usuario (artista) de Brasil, año 2018**

Proyectos de trabajo en Salud Mental Comunitaria

Introducción:

En el año 2017 se aprueba en nuestro país la ley de Salud Mental No. 19.529. Dicha ley establece que los abordajes en Salud Mental deberán tener un carácter integralidad de las prestaciones, "organizado por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención. En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental. El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario (...) en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales fomentando las redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y la atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia" (ley de Salud Mental No. 19.529, Uruguay)

Es nuestro interés coleccionar la experiencia que en el presente año se vienen desarrollando en la Unidad Docente Asistencial Canelones al Este del Primer Nivel de Atención con la intención de aportar un modelo de trabajo multidisciplinario desde el Primer Nivel de Atención que se enfoca en la Medicina Familiar y Comunitaria, la Psicología Comunitaria y de la Salud como agentes estratégicos para el abordaje de la Salud Mental en y con la Comunidad

Objetivo general:

-Fortalecer las acciones en Salud Mental Comunitaria destinadas a la población del territorio de la UDA Canelones al Este, con énfasis en Barros Blancos año 2018.

Objetivos específicos:

- Reforzar las instancias de consulta clínica desde un modelo humanista.
- Reforzar el abordaje multidisciplinario.
- Promover acciones comunitarias en salud mental y derechos humanos.
- Promover acciones en grupos - talleres.
- Promover el cuidado de equipo de la UDA.
- Reforzar las actividades de enseñanza en el campo de la Salud Mental.

Metodología de trabajo:

Modelo de trabajo interdisciplinario donde potenciar la complejidad del proceso salud - enfermedad. Indispensable el trabajo en equipo donde desarrollar el intercambio de ideas, información, metodologías, estrategias, dificultades, frustraciones y alegrías. Reuniones periódicas de equipo. Espacios donde planificar y evaluar las intervenciones. El trabajo se organiza en tres ejes centrales:

Eje Asistencial	Eje Socio-Comunitario	Eje Académico - Docente
Interconsulta con Psicólogo, Acompañamiento, seguimiento, intervención psicodiplática, etc	Reforzamiento de red territorial y redes temáticas	Colaboración con la Unidad de Salud Mental en Comisión de la Facultad de Medicina en la formación de estudiantes de grado
Abordaje desde la MFyC	Participación en encuentros interinstitucionales	Colaboración en la formación de posgrados Residentes en Medicina Familiar y Comunitaria.
Atención en equipo interdisciplinario (Salud Mental y MFyC, NE) Seguirnos	Participación en espacios con la sociedad civil	Actividades de Investigación en el territorio
Intervenciones focales en diversas situaciones.	Espacios grupales con usuarios y/o familiares	Propuestas de Enseñanza - Aprendizaje en territorio para estudiantes de grado de Facultad de Medicina y Facultad de Psicología
Cuidado de equipo		
Abordaje multidisciplinario de casos complejos	Intervenciones territoriales en Promoción de la SM	Actividades de Estancias Universitarias y/o Actividades en el Medio

Resultados:

proyectos realizados, en curso y presentados en concursos

Extensión, Actividades con la comunidad

1. Actividad en el Medio (Extensión): Cineforo "locos caminos". La comunidad como escenario de la Salud Mental. Aprobado y financiado por CSEAM - Udelar.
2. Actividad de Promoción de Salud Mental Comunitaria: Desembarco Radio Vardover.



Cineforo: Locos Caminos, Desembarco Radio Vardover, Espacio de encuentro en Salud Mental

3. Proyecto presentado para Actividades en el Medio 2019: "Fotografía temática de promoción de la salud comunitaria"
4. Intervenciones sobre construcción de género y violencia en Asociación civil de la comunidad, CIEENPRE - Juniors
5. Participación activa en los encuentros - reuniones con la Comisión de Usuarios de la Policlínica Salvador Allende
6. Espacio de encuentro grupal en Salud Mental desde abril de 2018
7. Seminario abierto a la Comunidad sobre "Abordaje del Consumo problemático de sustancias desde el PNA con participación de la Cátedra de Psiquiatría UDELAR"

Investigación

1. Investigación Etnográfica participativa, UDA - CIEENPRE: "Representaciones sociales" Presentado ha llamado CSIC para aprobación. (pendiente de aprobación por Comité de Ética)
2. Presentación del Proyecto en el 1er. Congreso Internacional de Psicología Medo. 2018 (pendiente de aprobación por Comité de Ética)

Autores: Cabrera F., Oliveira E., Porco J.

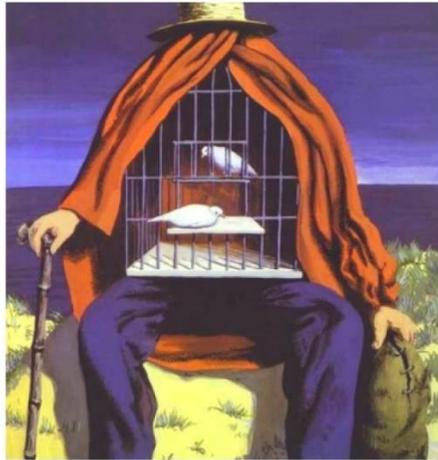
Académica - Docente, Participación en Jornadas, Congresos

1. Colaboración con la Unidad de Salud Mental en Comunidad recibiendo estudiantes de 4to año, rotación en ginecología.
2. Actividades académicas con Residentes MFyC y Psiquiatras Internos
3. Segundo Encuentro Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental (Octubre de 2018)
4. Jornadas de Psiquiatría (Octubre de 2018)
5. 1er. Congreso Internacional de Psicología, Mérida (Noviembre de 2018)

Asistencia

1. Clínica en modalidad de interconsulta con psicólogo en constante intercambio con médico de familia de referencia.
2. Asistencia desde la Medicina Familiar y Comunitaria y Psicología
3. Seguimiento, acompañamiento y detección de dos semanas como máximo en obtener consulta por primera vez en psicología.
4. Intervenciones individuales según las necesidades singulares: estrés, ansiedad, depresión, pánico, familia, pareja, adolescencia, violencia, consumo, género, etc.

Presentación del Grupo Onda Libre. Grupo terapéutico en salud mental de la UDA. En El marco de CIMF, pandemia 2020



René Magritte, El terapeuta (1937)



Taller: Desmanicomialización en la comunidad, reflexiones desde el Primer Nivel de Atención.

- Un encuentro para reflexionar sobre los desafíos en salud mental con la comunidad y desde el primer nivel a la luz de la Nueva Ley de Salud Mental.
- Un momento para visualizar estrategias de abordaje y el rol en Salud Mental desde el Primer Nivel de Atención.

VENÍ, PARTICIPÁ Y DESAFÍA TÚ LOCURA

**DOMINGO 18 DE NOVIEMBRE DE 14 A 15:30 HORAS
EN LA ASOCIACIÓN COMERCIAL "GALERÍA AMÉRICA"**

Invitación a taller organizado por la UDA en el marco del Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria de Uruguay, año 2018.



Dispositivo de Salud Mental con enfoque comunitario

Campos temáticos

Prácticas desmanicomializantes, Salud Mental con enfoque comunitario, Primer Nivel de Atención, Atención Primaria de la Salud.

**VII Jornadas del Personal del SNIS
setiembre de 2019**

Presentación de dispositivo de salud mental en las Jornadas del personal del Sistema Nacional Integrado de Salud, año 2019

**Relato de experiencias: modelo de trabajo clínico – comunitario en
Salud Mental, UDA Canelones al Este, Facultad de Medicina,
Uruguay. Articulación medicina familiar y psicología**

Campos temáticos

Prácticas desmanicomializantes, Salud Mental con enfoque comunitario, Primer Nivel de Atención,
Atención Primaria de la Salud.

Autores representantes del equipo UDA:
Fabián Cabrera, Simón Centurión y Elizabeth Olavarria

setiembre de 2019

**Presentación de la experiencia UDA en salud mental en el Congreso de Medicina
Familiar de Córdoba, Argentina, año 2019**

Experiencias desde el
Primer Nivel de Atención:
Salud mental en territorio.
UDA Canelones al Este
2010 - 2018

XXVII Jornadas de la Clínica
Psiquiátrica
10 de octubre de 2018
H. de Clínicas

Cabrera, F. Hernandez, S. Olavarria, E. Ponzo, J.

**Presentación de la experiencia en PNA en salud mental en las jornadas de
Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UdelaR, año 2019**



Desmanicomialización territorial, el derecho a ser loco en el barrio

Campo temático:

Dispositivos sustitutivos y prácticas desmanicomializantes, Modelos y prácticas de atención: primaria comunitaria, territorial, ambulatoria.

Segundo Encuentro Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental

Montevideo, octubre de 2018

Autores:

Prof. Adj. Dra. Jacqueline Ponzo
Asist. Lic. Psic. Fabián Cabrera

Presentación de la estrategia desmanicomializante en el 2do. Encuentro Salud mental y Derechos Humanos, Montevideo, año 2018.

- Sistema de códigos y subcódigos

1- Sistema de códigos y subcódigos completos Formación, programas de postgrado

1 Formación universitaria de posgrado SM-PNA

1.1 Modelos y enfoques	0
1.1.1 Acompañamiento psicológico	0
1.1.2 APS	1
1.1.3 Asesoramiento psicológico	0
1.1.4 Asistencia psicológica	0
1.1.5 Clínica	4
1.1.6 Cognitivo - conductual	2
1.1.7 Complejidad	6
1.1.8 Enfoque contextual	0
1.1.9 Enfoque cultural	1
1.1.10 Enfoque no tradicional hegemónico	11
1.1.11 Enfoque de generaciones	3
1.1.12 Enfoque de género	4
1.1.13 Esquizoanálisis	2

1.1.14 Esquizodrama	2
1.1.15 Extensión	4
1.1.16 Determinantes/determinación social de la salud	8
1.1.17 Derechos Humanos	16
1.1.18 Gestalt	0
1.1.19 Grupo	4
1.1.20 Integralidad	16
1.1.21 Intervenciones psicológicas	1
1.1.22 Investigación	3
1.1.23 Orientación psicológica	0
1.1.24 PNA	7
1.1.25 Poder	3
1.1.26 Promoción de la Salud	17
1.1.27 Psicólogo de territorio	0
1.1.28 Psicología de la Salud	13
1.1.29 Psicólogo de Primer Nivel de Atención	0
1.1.30 Psicología política	2
1.1.31 Psicoanálisis	1
1.1.32 Psicoterapia	9
1.1.33 Psicopatología	4
1.1.34 Trabajo en equipo	6
1.1.35 Tercera Ola	0
1.2 Complejidades nocionales en salud psíquica (mental)	
1.2.1 Enfermedad mental	6
1.2.2 Problemas psicosociales	5
1.2.3 Salud psíquica	0
1.2.4 Salud mental	10
1.2.5 Salud	8
1.2.6 Subjetividad	3
1.2.7 Sufrimiento/malestar psíquico	1
1.2.8 Trastorno mental	5
1.3 Entrecruce problemáticas psicológicas/médicas	
1.3.1 Comunicación	1

1.3.2 Discriminaciones	2
1.3.3 Dolor	1
1.3.4 Afrontamiento psicológico de la enfermedad	4
1.3.5 Ansiedad/depresión/angustia/estrés	6
1.3.6 Ciclos vitales, evolutiva	14
1.3.7 Comunidad LGTBIQ+	0
1.3.8 Cuidados paliativos	1
1.3.9 Discapacidad	0
1.3.10 Enfermedades raras	0
1.3.11 Estructuras psicóticas	0
1.3.12 Farmacología	4
1.3.13 Gestión	7
1.3.14 Intervenciones	2
1.3.15 Neuropsicología	1
1.3.16 Paradigmas de salud	0
1.3.17 Problemas con más frecuencias	1
1.3.18 Procedimientos diagnósticos	7
1.3.19 Psicoinmuno	2
1.3.20 Psicología y promoción de la salud	1
1.3.21 Psicología y prevención	3
1.3.22 Psicología y enfermedad médica	1
1.3.23 Salud laboral	5
1.3.24 Sexualidad	5
1.3.25 Situaciones de crisis, emergencia, desastres y catástrofes	3
1.3.26 Uso de drogas	2
1.3.27 Violencias	7
1.4 Dispositivos alternativos	
1.5 Comunidad y Red	30

2- Sistema de códigos y subcódigos completos documentos UDA

1 Académico UDA

1.1 Instancias académicas

1.1.1 Actividad en el Medio/Extensión	2
---------------------------------------	---

1.1.2 Jornadas, encuentros	6
1.1.3 Cursos	3
1.1.4 Congresos	3
1.1.5 Seminarios	8
1.1.6 Ateneos	0
1.2 Temas	
1.2.1 PNA y Salud Mental	17
1.2.2 Desmanicomialización	10
1.2.3 Ansiedad, angustia, suicidio	1
1.2.4 Comunidad	2
1.2.5 Crisis subjetivas	2
1.2.6 Emergencias, desastres y catástrofes	1
1.2.7 Modelo de abordaje	6
1.2.8 Promoción de la salud mental	11
1.2.9 Salud laboral	2
1.2.10 Primeros auxilios psicológicos	1
1.2.11 Derechos Humanos	3
1.2.12 Violencias	2
1.2.13 Psicología de la Salud	5
1.2.14 Terapia grupal	1

3- Sistema de códigos y subcódigos Entrevistas

1 Enfoque clínico desde el PNA

1.1 Competencias clínicas necesarias para el abordaje	1
1.1.1 Conocimientos	0
1.1.1.1 Perspectiva de género	1
1.1.1.2 Enfoque de derechos	1
1.1.1.3 Práctico	1
1.1.1.4 Complejos en pna	1
1.1.1.5 Sobre las diferencias y singularidades	3
1.1.1.6 Abordaje integral	6
1.1.1.7 Patologías más prevementes en SM en pna	1
1.1.1.8 Longitudinalidad	3

1.1.1.9 Abordaje comunitario	3
1.1.1.10 Abordaje grupal	1
1.1.1.11 Intervención en crisis	1
1.1.1.12 Acompañamiento	1
1.1.1.13 Farmacología	1
1.1.1.14 Interdisciplina	4
1.1.2 Actitudes	0
1.1.2.1 Vocación humanista	1
1.1.2.2 Enfoque humanitario	1
1.1.2.3 Tolerante	2
1.1.2.4 Escucha	2
1.1.2.5 Autonomía con el tiempo	0
1.1.2.6 Trabajo en equipo	4
1.1.2.7 Respeto	2
1.1.2.8 Afecto	1
1.1.2.9 Crítica y ética	4
1.1.2.10 Empatía	3
1.1.2.11 Resiliencia	2
1.1.3 Habilidades	0
1.1.3.1 Contención	1
1.1.3.2 Entrevista	1
1.1.3.3 Distancia óptima	2
1.1.3.4 Empatía	2
1.1.3.5 Para trabajar en equipo	1
1.1.3.6 Escucha activa	3
1.1.3.7 Comunicacionales	2
1.1.3.8 Examen psiquiátrico	1
1.2 Formación profesional	
1.2.1 Procesos colectivos de aprendizaje	1
1.2.2 Ciencias Sociales	3
1.2.2.1 Práctica	1
1.2.2.2 Algo en la residencia	1
1.2.2.3 Optativas	0
1.2.3 Comunidad	0
1.2.3.1 Educación para la salud	1

1.2.3.2 Trabajo de campo	1
1.2.3.3 Practica interinstitucional	1
1.2.3.4 Cursos de posgrado	5
1.2.3.5 Tutoría de posgrado	1
1.2.4 Salud Mental Comunitaria	1
1.2.4.1 Práctica	3
1.2.4.2 Desmanicomialización	1
1.2.4.3 Arte y salud en congresos	1
1.2.4.4 Práctica	4
1.2.5 Psiquiatría	7
1.2.5.1 Práctica	2
1.2.6 Psicopatología	2
1.2.7 Psicología	2
1.2.8 Psicología médica	1
1.2.9 Salud	2
1.3 Significado y sentido de las intervenciones	
1.3.1 Abogar	1
1.3.2 Antidiscriminación	1
1.3.3 Construcción en varios sentidos	1
1.3.4 Sentimiento de confianza	1
1.3.5 Continuidad en el sistema	4
1.3.6 Accesibilidad	4
1.3.7 Mejora en la red social	2
1.3.8 Modelo pionero	1
1.3.9 Adaptación del dispositivo	1
1.3.10 Mejorar la calidad de atención	3
1.3.11 Libertad de ser	1
1.3.12 Ciudadanía	1
1.3.13 Singularidades	1
1.3.14 Enfoque de derechos	3
1.3.15 Salud mental integral	4
1.3.16 Trabajo en equipo	5
1.3.17 Herramientas propias	1
1.4 Dispositivos de intervención	
1.4.1 Teléfono personal	1

1.4.2 Reuniones interprofesionales	0
1.4.3 Casos complejos	0
1.4.4 Espacios individuales	0
1.4.4.1 Seguimiento	1
1.4.4.2 Conserjería	1
1.4.4.3 Problemas abordados	0
1.4.4.3.1 IAEs	1
1.4.4.3.2 Psicosis	1
1.4.4.3.3 Depresión	1
1.4.4.3.4 Intervención en crisis	1
1.4.4.3.5 Laboral	1
1.4.4.3.6 Soledad	1
1.4.4.3.7 Discriminación	1
1.4.4.3.8 Violencia	1
1.4.4.4 Intersectorial	2
1.4.4.5 Acceso rápido	4
1.4.4.6 Multi e interdisciplina	5
1.4.4.7 Acompañamiento	1
1.4.4.8 Abordaje en los caminos	1
1.4.4.9 Abordaje colectivo	3
1.4.4.10 Para las personas	2
1.4.5 Espacios grupales	1
1.4.5.1 Enfoque interdisciplinario	0
1.4.5.2 Enfoque de proceso	2
1.4.5.3 Libre	1
1.4.5.4 Abierto y con invitación	3
1.4.5.5 Abordaje de varios temas	1
1.4.6 Espacios interprofesionales	0
1.4.6.1 Casos complejos	1
1.4.6.2 Accesibilidad	1
1.4.6.3 Seguimiento	0
1.4.6.4 Espacios académicos	1

2 Enfoque comunitario

2.1 Formación en nociones sobre comunidad

2.2 Tipo de actividades

2.2.1 Desmanicomializador	1
2.2.2 Sala de espera	1
2.2.3 Desde la educación popular	1
2.2.4 Desde la promoción de salud	1
2.2.5 Con organizaciones sociales	1
2.2.6 Talleres	1
2.2.7 Enfoque de derechos	2
2.2.7.1 Aceptado	1
2.2.7.2 Integrado	1
2.2.7.3 Ser visto	1
2.2.8 Reconocen el potencial del otro	1
2.2.9 Colectivas	1
2.2.10 Creativas	1
2.2.11 Son procesos	1
2.3 Temas abordados	
2.3.1 Discriminación	0
2.3.2 Salud sexual y reproductiva	2
2.3.3 Cuidados en pandemia	1
2.3.4 Salud mental y atención	1
2.3.5 Violencia/doméstica	2
2.3.6 Salud	1
2.3.7 Ley salud mental	2
2.3.8 Derechos	2
2.4 Significado y sentido de las intervenciones	
2.4.1 Cambiar la mirada profesional	1
2.4.2 Empoderamiento	1
2.4.3 Cuidados	1
2.4.4 Contención	1
2.4.5 Espacio para ser	1
2.4.6 Contemplar derechos de las personas	1
2.4.6.1 Apoderamiento	1
2.4.6.2 Respeto como vive una persona	1
2.4.6.3 Autonomía sobre sus problemas	1
2.4.7 Abiente real de la vida de las personas	1
2.4.8 Centrado donde la persona vive	1

2.4.9 Centrado en las persona	2
3 Acciones académicas	
3.1 Instancias formativas	
3.1.1 Ateneos	1
3.1.2 Seminario con residentes	1
3.1.3 Seminarios	1
3.1.4 Congresos	1
3.1.5 Act. académicas con residentes	0
3.1.6 Casos Complejos	1
3.1.7 Optativas	4
3.1.8 En revisión constante	1
3.1.9 Práctica incorporada	2
3.2 Temas abordados	
3.2.1 Ansiedad	1
3.2.2 ECNT	2
3.2.3 Cuidadores	1
3.2.4 Diferentes ciclos vitales	1
3.2.5 Angustia	1
3.2.6 Soledad	1
3.2.7 Uso de drogas	1
3.2.8 Pandemia, emergencia	1
3.2.9 Pobreza, exclusión	1
3.2.10 Violencia	2
3.2.11 Crisis subjetivas en el PNA	1
3.2.12 Derechos, derechos humanos	3
3.2.13 El modelo de abordaje	1
3.3 Significado y sentido de las intervenciones	
3.3.1 Promoción de salud mental	1
3.3.2 Apoderamiento	1
3.3.3 Singularidades territoriales	1
3.3.4 Modelizar la experiencia	1
4 Académico UDA	
4.1 Instancias académicas	
4.1.1 Actividad en el Medio/Extensión	2
4.1.2 Jornadas, encuentros	6

4.1.3 Cursos	3
4.1.4 Congresos	3
4.1.5 Seminarios	8
4.1.6 Ateneos	0
4.2 Temas	
4.2.1 PNAy Salud Mental	17
4.2.2 Desmanicomialización	10
4.2.3 Ansiedad, angustia, suicidio	1
4.2.4 Comunidad	2
4.2.5 Crisis subjetivas	2
4.2.6 Emergencias, desastres y catástrofes	1
4.2.7 Modelo de abordaje	6
4.2.8 Promoción de la salud mental	11
4.2.9 Salud laboral	2
4.2.10 Primeros auxilios psicológicos	1
4.2.11 Derechos Humanos	3
4.2.12 Violencias	2
4.2.13 Psicología de la Salud	5
4.2.14 Terapia grupal	1

- Preguntas de la entrevista semiestructuradas

1 Enfoque clínico desde el PNA

Características de la práctica clínica que son excluyentes para el PNA

1.1 Competencias clínicas necesarias para el abordaje

Herramientas que el profesional pone en juego para abordar el sufrimiento/malestar psicológico en el Primer Nivel de Atención

1.1.1 Conocimientos

Podría describir:

¿Cuáles conocimientos académicos favorecen el abordaje clínico de los temas de salud psicológica y salud mental en la UDA?

Por ejemplo, sobre psicología, problemas psicológicos, tipos de intervenciones; individuales/grupales/comunitarias. Saber relacionado a la intersección psicología/medicina, proceso salud-enfermedad-atención y PNA

1.1.2 Actitudes

Podría describir:

¿Cuáles actitudes del profesional favorecen el abordaje clínico de los temas de salud psicológica y salud mental en la UDA?

Por ejemplo, la precisión, integridad, autocrítica, obligaciones, responsabilidad, respeto, tolerancia, conciencia ética, orientación de servicio del profesional

1.1.3 Habilidades

Podría describir:

¿Cuáles habilidades del profesional favorecen el abordaje clínico de los temas de salud psicológica y salud mental en la UDA?

Por ejemplo, la posibilidad de trabajar en equipo, abordar las situaciones de las personas/familias/grupos/comunidad, habilidades comunicativas, relacionales, entre otras

1.2 Formación profesional

Tránsito y conocimientos que el profesional ha adquirido en su formación para abordar el sufrimiento/malestar psicológico en el Primer Nivel de Atención

1.2.1 Ciencias Sociales

Podría describir:

¿Qué formación de grado/posgrado ha recibido en cuanto a ciencias sociales que le hayan sido útiles al momento de abordar la salud psicológica/mental en la UDA?

Por ejemplo, teorías de grupo sociales, clases sociales, sociología, exclusión social, vulnerabilidad social, movimientos migratorios humanos

1.2.2 Comunidad

Podría describir:

¿Qué formación de grado/posgrado ha recibido en cuanto a Comunidad que le hayan sido útil al momento de abordar la salud psicológica/mental en la UDA?

Por ejemplo, manejo de noción de comunidad, colectivo, agrupamiento, racionalidades comunitarias, gestión de las racionalidades

1.2.3 Salud Mental Comunitaria

Podría describir:

¿Qué formación de grado/posgrado ha recibido en cuanto a Salud Mental Comunitaria que le hayan sido útil al momento de abordar la salud psicológica/mental en la UDA?

Por ejemplo, manejo de noción de salud mental en/con la comunidad, colectivo, agrupamiento, racionalidades comunitarias en cuanto a Salud Mental, gestión de las racionalidades...intervenciones de Salud Mental en/con la comunidad. Discriminación/derecho a vivir en comunidad

1.2.4 Psiquiatría

Podría describir:

¿Qué formación de grado/posgrado ha recibido en cuanto a Psiquiatría que le hayan sido útiles al momento de abordar la salud psicológica/mental en la UDA?

Por ejemplo, la característica de la disciplina, pero también psiquiatría de enlace, psiquiatría comunitaria, psiquiatría del PNA

1.2.5 Psicopatología

Podría describir:

¿Qué formación de grado/posgrado ha recibido en cuanto a Psicopatología que le hayan sido útiles al momento de abordar la salud psicológica/mental en la UDA?

Por ejemplo, corrientes y vertientes psicopatológicas, DSM IV - V, CIE 10-11 y, Manuales alternativos de comprensión como ser El Marco Poder, Amenaza y Significado de la BPS

1.2.6 Psicología

Podría describir:

¿Qué formación de grado/posgrado ha recibido en cuanto a Psicología que le hayan sido útiles al momento de abordar la salud psicológica/mental en la UDA?

Por ejemplo, las características de las psicologías, espacios y marcos de intervención, especialmente la Psicología de la Salud

1.2.7 Salud

Podría describir:

¿Qué formación de grado/posgrado ha recibido en cuanto a la noción salud que le hayan sido útiles al momento de abordar la salud psicológica/mental en la UDA?

Por ejemplo, nociones de salud que permitan realizar análisis crítico del término y en consecuencia de la praxis

1.3 Significado y sentido de las intervenciones

Podría describir:

¿Qué tipo de situaciones de salud mental/psicológica que se abordan en la UDA?

¿Podría describir cómo es en general el abordaje? ¿El funcionamiento de la atención a la salud mental en la UDA en las dimensiones clínica, grupal, comunitaria e intraequipo?

¿Cómo se ingresa a este tipo de abordajes?

¿Cómo se trabaja la salud mental con los usuarios/as, con las familias? ¿Acceso, seguimiento, acompañamiento ... Podría dar un ejemplo de alguna/s situación/es?

¿Con quienes se abordan las situaciones de salud mental? ¿Qué opina del/os resultado/s obtenidos?

¿Puede describir el relacionamiento de trabajo con otras instituciones en lo que respecta al abordaje en salud mental en territorio?

¿Cuál es a su entender el entrenamiento específico en abordaje psicosocial, abordaje psicofarmacológico para intervenir en salud mental desde un enfoque comunitario y de primer nivel de atención?

¿Qué sentido, significado, motivación tienen las intervenciones que se realizan desde la UDA?

¿Para qué? ¿Porqué?

¿Qué filosofía sostiene esta forma de trabajo? ¿Cuáles son los objetivos y los resultados esperados?

¿Estos aspectos que hacen al abordaje en salud psicológica y mental desde la UDA han ayudado a contener la otra epidemia, la de salud mental, en el marco de la emergencia sanitaria por coronavirus? ¿En qué sentido? ¿Qué ha aportado este enfoque?

Por ejemplo, motivación, objetivos y resultados esperados que el profesional busca con sus intervenciones

¿En qué medida estos aspectos clínicos y formativos aportan a un cambio de modelo de atención en salud mental, teniendo en cuenta la nueva ley de salud mental de Uruguay?

1.4 Dispositivos de intervención

Espacios de trabajo creados para abordar los temas de sufrimiento/malestar psíquico (salud mental)

1.4.1 Espacios individuales

Podría describir:

¿Qué características tienen los espacios individuales de atención? ¿Como se accede, cual es el procedimiento? Esperas. Seguimientos

¿Qué resultados se han obtenidos con las intervenciones?

Por ejemplo, características de los espacios individuales de atención. Como se accede, cual es el procedimiento. Esperas. Seguimientos. Intercambios. Que resultados se han obtenidos con las intervenciones

1.4.2 Espacios grupales

Podría describir:

¿Qué características tienen los espacios grupales de atención? ¿Como se accede, cual es el procedimiento? Esperas. Seguimientos

¿Qué resultados se han obtenidos con las intervenciones?

Por ejemplo, características de los espacios grupales de atención. Como se accede, cual es el procedimiento. Esperas. Seguimientos. Intercambios. Que resultados se han obtenidos con las intervenciones

1.4.3 Espacios interprofesionales

Podría describir:

¿Qué características tienen los espacios interprofesionales? ¿Como se accede, cual es el procedimiento? Esperas. Seguimientos

¿Qué resultados se han obtenidos con las intervenciones?

Por ejemplo, características de los espacios de Intercambios. Que resultados se han obtenidos con las intervenciones

¿En qué medida estos dispositivos aportan a un cambio de modelo de atención en salud mental, teniendo en cuenta la nueva ley de salud mental de Uruguay?

2 Enfoque comunitario

Características de la práctica que son excluyentes en cuanto a un pienso comunitario

2.1 Tipo de actividades

Podría describir:

¿Qué características tienen las actividades realizadas en comunidad, el marco teórico, como se acceden, cómo surgen, que temas se trabajan, para qué, que resultados se han obtenido?

Por ejemplo: las actividades realizadas en comunidad, el marco teórico, como se acceden a las mismas por parte de la población, cómo surgen, que temas se trabajan, para qué, que resultados se han obtenido.

2.2 Temas abordados

Podría describir:

¿Qué características tienen los temas trabajados en/con la comunidad, el marco teórico, como se acceden, cómo surgen, que temas se trabajan, para qué, que resultados se han obtenido?

Los temas trabajados en/con la comunidad, el marco teórico, como se acceden, cómo surgen, que temas se trabajan, para qué, que resultados se han obtenido

2.3 Significado y sentido del enfoque comunitario

Podría describir:

¿Qué sentido, significado, motivación tiene posicionarse desde un enfoque comunitario desde la UDA? ¿Para qué? ¿Porqué?

¿Qué filosofía sostiene esta forma de trabajo? ¿Cuáles son los objetivos y los resultados esperados? ¿Cómo las evalúa?

¿Estos aspectos que hacen al abordaje comunitario en salud psicológica y mental desde la UDA han ayudado a contener la otra epidemia, la de salud mental, en el marco de la emergencia sanitaria por coronavirus? ¿En qué sentido? ¿Qué ha aportado este enfoque?

¿Para qué se hicieron las intervenciones comunitarias? ¿Qué resultados se han obtenido? ¿Cómo las evalúa?

¿En qué medida estos aspectos comunitarios aportan a un cambio de modelo de atención en salud mental, teniendo en cuenta la nueva ley de salud mental de Uruguay?

3 Acciones académicas

Momentos formativos generados por la UDA o en los que ha participado

3.1 Instancias formativas

Podría describir:

¿Qué instancias formativas en la UDA se han desarrollado para trabajar salud mental/psicológica, considerando la impronta de la UDA en este tema? seminarios, cursos, pasantías, ateneos, asistencia a congresos, charlas

3.2 Temas abordados

Podría describir:

¿Cuáles han sido las características de estas instancias? ¿Cómo surgen, que temas se trabajan, para qué, que resultados se han obtenido?

¿Qué temáticas se han trabajado en las instancias académicas?

3.3 Significado y sentido de las instancias académicas

Podría describir:

¿Qué sentido, significado, motivación tienen las instancias formativas que se realizan desde la UDA? ¿Para qué? ¿Porqué?

¿Qué filosofía sostiene esta forma de trabajo? ¿Cuáles son los objetivos y los resultados esperados? ¿Cómo las evalúa?

¿Estos aspectos que hacen a la producción e intercambio de conocimiento en salud psicológica y mental desde la UDA, han ayudado a contener la otra epidemia, la de salud mental, en el marco de la emergencia sanitaria por coronavirus? ¿En qué sentido?

Para que se hicieron las instancias formativas. ¿Qué resultados se han obtenido? ¿Cómo las evalúa?

- Aspectos éticos

La presente investigación parte del respeto por los derechos humanos, en donde la participación en el mismo será voluntaria, no remunerada y confidencial en relación a los datos obtenidos a través de las distintas técnicas de recolección de datos empleadas, así como la confidencial en torno a la identidad de los participantes.

La Unidad Docente Asistencial Canelones estuvo debidamente informada sobre los objetivos de este estudio, las metodologías y técnicas que se han utilizado, así como del manejo que se realizó de los datos, resultados y conclusiones.

Se ha realizado un consentimiento informado a los efectos de recabar la autorización de aquellas personas participantes del estudio. El mismo fué explicado y se solicitó que el/la participante lo firme como forma de expresar su voluntad, respetando así el principio de autonomía y beneficencia especificado en el artículo 4 del capítulo II y el capítulo III en todos sus artículos y literales del decreto nº 379/008 sobre Investigación con Seres Humanos de la República Oriental del Uruguay. Cumpliendo de esta forma con las exigencias y rigurosidad ética que se espera para un proyecto de investigación con seres humanos.

A todos los participantes se informó sobre el manejo de la confidencialidad de la información que proporcionaron manteniendo el carácter privado de sus identidades, pudiendo decidir si participaban o no del estudio, decisión que fue respetada en el entendido de que su participación era absolutamente voluntaria y no remunerada.

Realizando un análisis de los riesgos y beneficios de las técnicas a emplear, consideramos que las mismas no generaron riesgos.

La información recogida tuvo un destino puramente científico, respondiendo a los objetivos de la investigación y en ningún caso pondrá en cuestión a los participantes de la misma, cumpliendo así con los resguardos éticos que garantizan el anonimato.

Las anteriores consideraciones éticas permiten afirmar que este estudio se enmarca en la reglamentación vigente de la República Oriental del Uruguay en torno a la investigación con seres humanos (Decreto CM/515 del Poder Ejecutivo).

Consentimiento informado

Título del proyecto: Modelo de atención comunitario en Salud Mental desde el Primer Nivel de Atención. Caso: Unidad Docente Asistencial Canelones al Este. Barros Blancos, Uruguay.

Investigador responsable: Lic. Psic. Fabián Cabrera, maestrando en Psicología de la Salud (Psicología Clínica y de la Salud). Especialización en Psicología Clínica. Especialización en Psicología de la Salud. **Contacto:** 098 513032 (Uruguay)

Responsable civil del proyecto: Lic. Psic. Fabián Cabrera.

Ámbito institucional en que se desarrollará: El presente estudio es solventado en su totalidad por el investigador responsable. No se cuenta con financiación externa. El estudio forma parte del Trabajo Final de Grado (tesis) para acceder al título de Postgrado Maestría en Psicología de la Salud (Psicología Clínica y de la Salud). Especialización en Psicología Clínica. Especialización en Psicología de la Salud, Universidad Europea del Atlántico y, se realiza en la Unidad Docente Asistencial Canelones Este, Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Lugar físico en que se practicarán los procedimientos que requiera la presencia de la persona: el lugar donde realizar las entrevistas será acordado con la/s persona/s a entrevistar. Las entrevistas tendrán una duración de entre 45 a 60 minutos y su audio será grabado.

Identidad del técnico responsable de proporcionar al interesado la información complementaria que éste requiera, antes, durante o después del estudio: Lic. Psic. Fabián Cabrera, maestrando en Psicología de la Salud (Psicología Clínica y de la Salud). Especialización en Psicología Clínica. Especialización en Psicología de la Salud. Nro. de celular: 098 513032, dirección: Guaycurú MH1 S6 El Pinar - Canelones, email: lic.psic.cabrera@gmail.com

Objetivo del estudio: Diseñar un modelo de atención comunitario en salud mental en la Unidad Docente Asistencial Canelones al Este del Primer Nivel de Atención, Barros Blancos, Uruguay entre 2018-2020. Para ello es de suma importancia recoger lo que sienten y piensan los profesionales con relación a nuestro estudio. Motivo por lo cual se le solicita su participación voluntaria en este estudio, mediante la realización de una entrevista.

Metodología: la presente es una investigación cualitativa que busca ordenar, dar sentido y generar conocimiento con relación a las prácticas en salud mental, en el marco de la Ley de Salud Mental nro. 19.529, desarrolladas en la UDA Canelones al Este entre 2018 -2020. No es una investigación terapéutica.

Información de los beneficiarios para el investigado: el trabajo en Salud Mental con enfoque comunitario y Primer Nivel de Atención llevado adelante por la UDA Canelones al Este es una experiencia académica y asistencial única a nivel nacional. En este sentido, considerando que es necesario para el Sistema Nacional Integrado de Salud y, para el país, generar estrategias de abordaje de la Salud Mental focalizadas en el Primer Nivel de Atención, la presente investigación resultará en beneficios para la población usuaria de servicios de salud mental dado que proporcionará conocimiento sobre un proyecto en funcionamiento en salud mental y su articulación con el Primer Nivel de Atención.

Información de probabilidad de riesgos físicos, emocionales o sociales, daños, molestias, nro. de exámenes, visitas, etc. No existe ningún tipo de riesgo para los/las participantes. No obstante, si fuera solicitado por el/la participante (profesional del equipo de salud) y comprobado fehacientemente que la entrevista ha ocasionado algún tipo de daño/molestia, se realizarán las coordinaciones pertinentes para asistencia psicológica y/o médica, siendo asumido el costo por el investigador responsable.

Su participación en esta instancia será libre, voluntaria y no remunerada, pudiendo abandonar la misma en cualquier momento sin que ello conlleve riesgo alguno. No hay incentivos con créditos u otro beneficio por participar, más allá de la devolución de los resultados. Los resultados serán publicados en revistas de salud, salud mental, psicología y medicina. Se proporcionará a cada participante una copia digital del estudio finalizado.

Es derecho del/la eventual participante consultar con quien considere pertinente sobre su participación en la presente investigación, para lo cual solicitamos tomar un tiempo de 2 días para responder si acepta o no, realizar la entrevista solicitada.

Procedimientos mediante los cuales se le protegerá de riesgos, daños o consecuencias adversas (estudios, medicación, etc)

La información será analizada exclusivamente para este estudio, se garantiza la confidencialidad y reserva en el manejo de los datos que se obtengan, así como de su identidad. Todos los datos serán analizados en forma anónima.

Respetaremos en todos sus términos la protección de datos personales y acción de “Habeas data”, Ley N° 18.331.

Las grabaciones estarán a resguardo del investigador responsable del estudio asumiendo la responsabilidad legal pertinente.

Institución que se hará cargo de la atención médica y del tratamiento en caso de que la persona sometida al estudio sufra algún perjuicio en su salud como consecuencia de someterse al mismo:

En caso de sufrir algún perjuicio en su salud que sea comprobado fehacientemente que ha sido ocasionado por la presente entrevista, el/la participante (profesional del equipo de salud) se asistirá en su prestador de salud, asumiendo el investigador responsable todos los costos que puedan devenir del problema de salud generado por la entrevista y que el prestador de salud no cubra. No existe seguro proporcionado por el investigador.

He leído y comprendo este consentimiento y, habiendo tomado el tiempo de consultas propuesto, acuerdo en participar en el estudio.
Firma
Aclaración
Fecha
Se entrega copia del consentimiento informado.

Comités de ética



EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL IBEROAMERICANA

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación titulado **"Modelo de atención comunitario en Salud Mental desde el Primer Nivel de Atención. Caso: Unidad Docente Asistencial Canelones al Este, Barros Blancos, Uruguay"** el cual forma parte del programa **Maestría en Psicología de la Salud**, cuyo Autor es **Nelson Fabián Cabrera Martínez** y cuyo Director de Tesis es **Laura Pérez** fue evaluado y aprobado por parte del Comité de Ética de la **Universidad Internacional Iberoamericana**, en su sesión del **12 de Marzo de 2021**.

El consentimiento informado elaborado para este proyecto incluye los aspectos requeridos para proveer la información necesaria a las personas que se incluyan en el estudio y el investigador principal debe garantizar la obtención del documento firmado por cada uno de los participantes en el estudio.

El Comité de Ética conceptúa que el proyecto cumple con los requisitos de calidad exigidos y en consecuencia otorga su aprobación; el respectivo concepto se consigna en el acta **N° CR-102** de la correspondiente sesión.

Se expide este certificado el **12 de Marzo de 2021**.

Dr. Antonio Pantoja Vallejo
Presidente
Comité de Revisión Ética





Para su conocimiento y demás efectos que puedan corresponder, se remite la siguiente Resolución del Consejo de Facultad de Medicina adoptada en la pasada sesión ordinaria.

EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA EN SESIÓN ORDINARIA DE FECHA 3 DE MARZO DE 2021, ADOPTO LA SIGUIENTE RESOLUCIÓN:

10.
(Exp. N° 070153-000689-20) - Tomar conocimiento que el Comité de Ética que estudia los Proyectos de Investigación aprobó el Proyecto titulado: "Modelo de atención comunitario en Salud Mental desde el Primer Nivel de Atención. Caso: Unidad Docente Asistencial Canelones al Este: Barros Blancos, Uruguay " cuyo investigador responsable es el Lic. Fabián Cabrera.- (10 en 10)

Comunicado N° 46-21

Atentamente,
Sección Consejo.