



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

MONOGRAFÍA FINAL DE GRADO

**Reforma de la atención a la salud mental en Uruguay y procesos
de externación: la experiencia de “Casa Buceo”**

**GUZMAN BACINO PELÁEZ
TUTORA: MARÍA JOSÉ BELTRÁN**

2022

Resumen:

El presente documento brinda una reflexión acerca del proceso de reforma de la atención de la salud mental en Uruguay, el análisis del mismo se realiza teniendo de referencia las dimensiones aportadas por Amarante (2009) para la comprensión del mismo y también prestando especial atención en “Casa Buceo”, dispositivo alternativo creado mediante la reglamentación de Ley N°19.529.

La metodología llevada a cabo se basa principalmente en el análisis de documentos de referencia y entrevistas semiestructuradas ejecutadas hacia trabajadoras de la institución.

Para analizar y comprender el contenido del documento se brinda sustento teórico que permite dar cuenta de un breve recorrido de la historia de la locura en relación con el contexto socio histórico y algunas experiencias relevantes de procesos de reforma. Para finalizar se profundiza en el estudio del proceso de reforma de la atención dirigida hacia la salud mental y la gestación del mismo, especialmente en Uruguay.

La reglamentación de la Ley N°19.529 consolida un proceso que comienza en los años post dictadura cívico-militar, y es a partir de dicha legislación que se busca un cambio de paradigma que conlleva a la creación y fortalecimiento de dispositivos alternativos de atención hacia la salud mental. El recorrido del documento tiene la finalidad de comprender la conformación del mismo, sus singularidades a partir del estudio de las dimensiones proporcionadas por Amarante y la influencia del rol de Trabajo Social como partícipe de un abordaje interdisciplinario orientado hacia la construcción de una salud mental comunitaria.

Palabras clave: proceso de reforma; salud mental comunitaria; interdisciplina; dispositivos alternativos.

ÍNDICE

Introducción.....	4
Capítulo 1. Procesos históricos y distintos abordajes de la locura; desde el encierro, describiendo experiencias de desinstitucionalización.....	12
1.1 Un breve recorrido de las primeras concepciones y abordajes de la locura.....	12
1.2 Desarrollo de experiencias de reformas psiquiátricas italianas.....	17
1.3 Experiencias de Desinstitucionalización desarrolladas en Brasil y en Argentina.....	19
Capítulo 2. Recorrido de la atención hacia la salud mental en el Uruguay posdictadura (1973-1985) hasta la creación de la Ley N°19.529.....	27
2.1 Primeros impulsos de transformación del abordaje de la salud mental en Uruguay	27
2.2 Proceso de conformación de la nueva ley de Salud Mental N° 19.529.....	30
Capítulo 3. Descripción de las particularidades de Casa Buceo y análisis del mismo como dispositivo alternativo del proceso de reforma.....	35
3.1 Información general del funcionamiento del dispositivo.....	36
3.2 El rol de Trabajo social en la institución y los desafíos de la profesión en el proceso de trabajo.....	38
Consideraciones finales.....	44
Referencias.....	47
Fuentes.....	49
Anexos.....	52

INTRODUCCIÓN

El presente documento se constituye como la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, plan 2009, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Objeto de estudio

El tema a abordar refiere a la descripción de una experiencia en particular, la creación de una residencia con apoyo en Montevideo (Casa Buceo); pero esta experiencia no sólo se analiza como tal, sino en el marco de los procesos incipientes de externación a partir de la ley N° 19.529.

Justificación

La preferencia para trabajar este tema surge al estar en contacto directo con situaciones de distinta complejidad en el Hospital Vilardebó, lugar de inserción pre-profesional, en el marco del Proyecto Integral Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional.

Dicho interés se contextualiza dada la aprobación de la Ley N°19.529 en el año 2017, donde comienza a desarrollarse paulatinamente en Uruguay un proceso de reforma de la atención de la salud mental, que presta central importancia en la creación de dispositivos alternativos enfocados hacia un abordaje comunitario, para así respetar los derechos humanos a través del trabajo desarrollado por equipos interdisciplinarios e intersectoriales.

Por lo tanto, pensar la experiencia de Casa Buceo en el marco del proceso de reforma de la atención de la salud mental permite describir el funcionamiento de un nuevo dispositivo que tiene como finalidad plantear la posibilidad de un nuevo vínculo entre las personas que allí habitan y la sociedad, basado en la externación, la inclusión y el acceso al derecho a la vivienda.

De León (2013) sostiene que en el campo de la salud mental se vinculan: relaciones de poder, definiciones de la locura y regulaciones jurídicas, constituyendo así modalidades de tratamiento que son pertenecientes y emergentes de un contexto sociohistórico y político.

En base a esto destaca que principalmente desde la Declaración de Caracas en la década de los años 90 del siglo XX en América Latina, comienzan a surgir procesos de reformas que van a reformarla atención de la salud mental, procurando abandonar lógicas manicomiales y dando lugar a una atención integral basada en el contacto con la comunidad.

Como contextualización regional, las principales reformas de la atención en salud mental a considerar como referencias se dan en Brasil en el año 1990 con la aprobación de la ley N°8.080 y en Argentina precisamente en la provincia de Río Negro a partir de la Ley N°2.040 en el año 1991. Posteriormente, en diciembre de 2010, se promulgó en este mismo país, la ley nacional de salud mental N° 26.657. Ambas realizan una transformación en la atención de salud mental que tiene como finalidad sustituir las prácticas manicomiales para dar lugar a la promoción del tratamiento comunitario, estimulando así procesos de externación.

Tanto las experiencias anteriormente nombradas como otros impulsos de reforma a nivel regional sufren consecuencias de las dictaduras cívico-militares en cada país respectivamente, significando o una ruptura en un proceso de reforma o un atraso en el mismo.

Marco teórico

A continuación se describen algunas conceptualizaciones específicas que más adelante en el recorrido de la monografía se abordarán con mayor profundidad y que serán parte del marco teórico.

Para comenzar se considera preciso definir qué se entiende por un proceso de reforma en salud mental para describir posteriormente al contexto actual de la atención de la salud mental en Uruguay, en vigencia de la Ley N°19.529. Al proceso de reforma Amarante (2006) lo define como un evento histórico donde a partir de la generación de conciencia crítica se busca reformular las prácticas, y así trascender el modelo de atención creado por el paradigma impuesto desde la psiquiatría clásica.

Dicho autor especifica que los procesos de reformas en la atención de la salud mental pueden limitarse a la creación de nuevos servicios, como también se puede gestar a través de modificaciones en el funcionamiento del hospital, reorientando el mismo hacia fines terapéuticos. Plantea entonces que el punto inicial para trascender lo anteriormente planteado es definir el campo de la salud mental y atención psicosocial como un proceso social complejo donde se entrecruzan dimensiones simultáneas (Amarante, 2006).

En el presente documento se propone analizar el proceso de reforma en la atención de la salud mental en Uruguay. Amarante (2009) afirma que un proceso de reforma se describe

mediante cuatro dimensiones que influyen y se vinculan entre sí: la Teórico Conceptual (o epistemológica), la dimensión Jurídico-política, la Asistencial, y la Sociocultural.

Se inicia con la primera, como lo es el abordaje Teórico Conceptual o epistemológico, y mediante esta dimensión se explican los distintos abordajes que tiene la salud y la enfermedad mental en distintos momentos históricos¹. Es posible afirmar que históricamente, ha habido una apropiación del tratamiento de la salud mental por parte de la psiquiatría clásica, asociando la misma a la noción de enfermedad mental, anormalidad y peligrosidad.

La discusión predominante en esta dimensión es la forma en que se interpreta el fenómeno de la locura y cómo abordarlo. Históricamente, a comienzos del siglo XX surgen las primeras experiencias de movimientos reformistas en Francia, Inglaterra e Italia donde se cuestiona el encierro como método de atención e impulsan distintas experiencias de atención orientadas hacia la comunidad.

Techera y Ramírez (2021) afirman que es imprescindible trascender el modelo objetivo-natural que reduce el abordaje de la salud mental al diagnóstico de una enfermedad a tratar de manera particular, para comenzar a trabajar desde la perspectiva subjetiva-social/histórica y así comprender a la persona con cada uno de los determinantes sociales que conforman su vida.

La Ley N°19.529 promulgada el año 2017 estimula un relevante cambio de paradigma para abordar la salud mental, a la cual se la considera determinada por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y también psicológicos. Tal concepción integral busca modificar el lugar social de las personas en sufrimiento psíquico, y esto conlleva a que desde las relaciones sociales se habilite una transformación que oriente la inclusión y cese la exclusión.

El cambio de paradigma brinda un abordaje que considera la incidencia de distintos factores en la salud mental de las personas, y ello se relaciona directamente con un nuevo modo de

¹ Se desarrolla desde la Edad Media, y posteriormente se expande en la Modernidad con las ideas de Philippe Pinel (1745-1826), quien desempeñó funciones de director médico del Asilo de La Bicêtre y de La Salpêtrière en París. Amarante (2006) sostiene que su figura tiene relevancia a partir de 1793, el mismo desarrolla la “técnica Pineliana” retomando a Castel, manifiesta que el objeto estudio de dicha reforma se centra en la enfermedad mental como problema de orden moral el cual habría que aislar para poder observar sus comportamientos, describirlos y clasificarlos. Consolida un espacio específico para imponer un tratamiento moral a la locura, fundador del hospital psiquiátrico y la psiquiatría como saber específico para tratar la locura.

atención desde la dimensión técnico asistencial. La ley plantea un proceso de progresivo cierre de estructuras asilares y monovalentes e impulsa la sustitución de las mismas por estructuras alternativas; las mismas no podrán reproducir procedimientos y/o métodos cuyo fin sea el control, encierro o disciplinamiento. Los nuevos dispositivos están orientados al respeto de los derechos humanos, a mayor contacto con la comunidad, con el entorno, con cada familia, respetando el proyecto de vida elegido por cada persona. Esto significa que hay una ruptura en cuanto a la asociación de la locura como sinónimo de incapacidad, para dar lugar a un nuevo posicionamiento que les caracteriza como personas con derecho a vivir en comunidad.

Otra dimensión relevante es la Jurídico-política vinculada a la legislación vigente y su impacto en la sociedad en un momento histórico dado. Considero pertinente contextualizar la importancia que tiene en la historia reciente del Uruguay la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Es un hito en la salud uruguaya, a partir de la Ley N° 18.211 (2007) se crea un instrumento con principios a cumplir, tales como: la descentralización de la atención, la intersectorialidad y la asistencia universal. Se garantiza la cercanía de las instituciones de salud con la población desde el establecimiento de dispositivos del primer nivel de atención.

Para trabajar de manera articulada con distintos servicios zonales, permitiendo el acceso a la salud a toda la sociedad uruguaya, también desde ellas se promueve el desarrollo de actividades integradas y dirigidas a mejorar la calidad de vida, tal lo establece el artículo n°4 de la Ley N°18.211 (2007). Esta genera las condiciones para continuar construyendo y expandiendo servicios a la totalidad de la sociedad, brindando una atención integral como lo plantea la Ley N°19.529 en sus bases.

En relación a tal dimensión en Uruguay en el año 2017 al aprobar la Ley N° 19.529 se tiene como prioridad modificar el abordaje hacia una salud mental comunitaria, teniendo como objetivo la reducción de las hospitalizaciones prolongadas, el cierre de estructuras asilares y monovalentes previsto por la misma para el año 2025. Para ello es fundamental la creación de estructuras alternativas, comunitarias, de calidad adecuada y accesibles de acuerdo al grado de autonomía de cada persona.

Con el objetivo de promover la integración familiar, laboral y comunitaria se crea el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), por parte del Ministerio de Salud para lograr el

cumplimiento de la Ley. Ambos documentos mantienen una línea argumentativa al definir que la salud mental no puede mantenerse excluida y marginada sino todo lo contrario, contribuyendo desde una visión intersectorial e interdisciplinaria promueven el bienestar de la persona, la cual consciente de sus capacidades puede afrontar las responsabilidades de un trabajo, soportar las tensiones de la vida, y realizar aportes productivos a la comunidad.

De acuerdo al PNSM (2020) se define a las estructuras alternativas mismas como: centros de atención comunitaria, dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial, los cuales no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro que afecte directamente el contacto directo con la sociedad y afecte sus potencialidades individuales.

Finalizando las dimensiones aportadas por Amarante (2009), la Sociocultural aporta a comprender las construcciones sociales que se establecen en torno a la locura, las cuales generan estigmatización y la ubican en un lugar específico de encierro. Luego ocurren nuevos movimientos reformistas que establecen un vínculo con la comunidad, centrando la importancia en la persona; en sus aprendizajes, a contemplar sus experiencias, inquietudes, sus vivencias desde la contención afectiva por parte de la sociedad, y se crea un marco que habilita la conexión entre la sociedad y nuevos dispositivos que desarrollen con la misma espacios terapéuticos.

Techera y Ramírez (2021) describen que para modificar el lugar social de las personas en sufrimiento psíquico es necesario que desde las relaciones sociales se habilite una transformación orientada hacia la inclusión y el cese de la exclusión. Para que esto suceda es indispensable la reorganización de los servicios de salud mental, afín a la creación de una red social que permita considerar las distintas necesidades que tienen las personas según el grado de sufrimiento psíquico. Según la Ordenanza N°1046 del Ministerio de Salud Pública estos dispositivos serían las casas de medio camino, residencias con apoyo, hogares protegidos y viviendas supervisadas.

La finalidad es ofrecer distintas características de hogares contemplando las diversas necesidades, en búsqueda de que las personas en su vida cotidiana tengan mayor contacto con la sociedad, y que esto sea un medio para lograr mayores niveles de autonomía. A través de las mismas se hace énfasis en la articulación con redes territoriales y recursos zonales

para lograr contacto directo con la comunidad, para así aportar a la inclusión, promoción y prevención de la salud mental en contacto directo con la sociedad.

Palacios e Iglesias (2017) aportan que el cambio de paradigma de salud mental orientado hacia un modelo de atención comunitaria significa una verdadera inclusión social para las personas en situación de discapacidad. A partir de la coordinación de prácticas sociales, profesionales y recursos aportados por la política pública se crean las condiciones para lograr procesos de transformación social que permitan a dichas personas ejercer sus derechos humanos, sin discriminación.

La perspectiva de trabajo en clave de salud mental comunitaria requiere un posicionamiento que contemple la complejidad del proceso y sus determinantes, con un horizonte de derechos humanos. Díaz y Ramirez (2017) afirman que dicho horizonte se debe elaborar y plasmar en la vida cotidiana de las personas. Tienen derecho “a saber, el derecho a una participación activa en sus comunidades, al bienestar colectivo, y a la vida digna, al trabajo y vivienda de calidad, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la convivencia, al ocio y el disfrute, entre otros” (p.207). Tales autores sostienen que la concepción de salud requiere distintas profesiones ya que la misma es influenciada por distintos factores, es decir, se necesita un amplio marco epistemológico para ser abordada integralmente y relacionan a la salud mental comunitaria directamente con la interdisciplina.

Como se explicita en páginas precedentes, con la aprobación de la Ley N° 19.529 se concreta en el año 2019 la creación de una residencia con apoyo, tal es el caso de Casa Buceo. Este dispositivo alternativo de vivienda emplea una modalidad que permite obtener el derecho a habitar una vivienda digna con el objetivo de contemplar las necesidades que cada autonomía requiera, y al mismo tiempo brindar protección a través del equipo interdisciplinario a modo de guía en la vida cotidiana.

La anteriormente mencionada ley en su artículo n°22 establece la creación de nuevos dispositivos dirigidos hacia la atención de la salud mental en Uruguay , los cuales están orientados a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de un trabajo en conjunto entre el residente y el equipo interdisciplinario para lograr cambios progresivos en su autonomía que le permitan mayor integración a la comunidad.

El plan de trabajo pactado a futuro contiene una serie de objetivos, a corto y largo plazo para cambiar un modo de vida acostumbrado a lógicas manicomiales, el cual debe estar orientado

al aprendizaje constante; cambio de hábitos, mayor independencia y contacto con la comunidad. De esta manera ocurre un cambio en el abordaje de la atención de la salud mental abandonando lo estrictamente sanitario para darle mayor preponderancia a lo social.

Objetivos

La finalidad del trabajo consiste en reflejar sobre qué bases se asienta una experiencia de referencia como lo es Casa Buceo, en el marco de un proceso de reforma de la atención en salud mental en Uruguay, correspondiente a la creación de una Residencia con Apoyo, como nuevo dispositivo de abordaje a la salud mental acordado en la Ley N°19.529. También es de gran interés conocer el estado actual y cuáles son las perspectivas a futuro en cuanto al rol de Trabajo Social como una profesión partícipe en el equipo interdisciplinario.

Considerando lo expresado anteriormente, el objetivo general de este estudio es el siguiente: describir la experiencia de creación de la residencia con apoyo “Casa Buceo” y analizarla en el marco del proceso de desinstitucionalización establecido en la ley N° 19.529.

Los objetivos específicos son,

- Investigar el desarrollo del proceso de transición desde la institución asilar hacia la residencia con apoyo, poniendo énfasis en el trabajo que lleva a cabo el equipo interdisciplinario en contacto con la comunidad y/o distintos actores de la misma.
- Indagar qué aspectos del funcionamiento de la casa y/o actividades de la vida cotidiana se le otorga mayor importancia en la búsqueda de ampliar la autonomía.
- Conocer cuáles son los desafíos para Trabajo Social en cuanto a su rol a nivel intra e interinstitucional y su importancia en la implementación de la Ley N°19.529, en función de su inserción en este dispositivo.

Estrategia metodológica

En función de las características del objeto de estudio, la estrategia metodológica se basa en un estudio de tipo cualitativo, con base en las siguientes técnicas: en primer lugar, una

revisión bibliográfica con respecto a experiencias de reforma de la salud mental de alcance regional y en otros continentes.

Posteriormente y para conocer la experiencia concreta que se busca analizar, se realizan entrevistas semi-estructuradas a profesionales calificados de referencia de Casa Buceo como lo son la coordinadora del mismo y la trabajadora social. Estas entrevistas están orientadas a recoger información detallada del funcionamiento del dispositivo, que permitan describir sobre qué pilares se trabaja en él, en un contexto de cambio de perspectiva aportado por el proceso de reforma de la atención según lo estipulado en la Ley N°19.529.

Organización del documento

El mismo se estructura en tres capítulos. El primero tiene como finalidad describir las definiciones de locura en distintos momentos históricos. También se describen experiencias de procesos de reforma de la atención en salud mental relevantes a nivel regional, ocurridos en Brasil en Argentina, precisamente en la provincia de Río Negro y a nivel internacional en Trieste y Gorizia en Italia.

El segundo capítulo está destinado a realizar un recorrido en la historia reciente de las regulaciones de la Atención en Salud Mental en Uruguay desde la posdictadura (año 1985), teniendo en cuenta su influencia en la misma en dicho contexto socio histórico y político, acuerdos regionales e internacionales en torno a la salud mental hasta alcanzar regulaciones actuales.

El tercer capítulo se basa en el desarrollo de la experiencia de Casa Buceo, describiendo precisamente desde la información obtenida, cuáles son los pilares fundamentales de su funcionamiento, ya que se consolida como un dispositivo de referencia en el cambio de paradigma de atención de la salud mental. Se entiende que su cometido es iniciar un proceso de cambio de paradigma que abandone el modelo de atención de la salud mental reducido a un espacio de abordaje sanitarista, para implementar un modelo que aborde la salud mental desde una perspectiva comunitaria.

Finalmente, se realizan algunas consideraciones para concluir.

Capítulo 1. Procesos históricos y distintos abordajes de la locura; desde el encierro, describiendo experiencias de desinstitucionalización

1.1 Un breve recorrido de las primeras concepciones y abordajes de la locura

Es posible afirmar, señala Amarante (2006) que la psiquiatría se constituye como la profesión encargada de abordar el fenómeno de la locura. También, establece al hospital como dispositivo referencial en búsqueda de la cura. La psiquiatría clásica define al hospital como lugar de cuidado hacia personas marginadas: pobres, locas, vagabundas entre otras clasificaciones. Dicho criterio de agrupación se delimita de acuerdo a la ausencia de razón, principio imperante que la Modernidad establece.

A partir de la revolución francesa con ideas que formula Philippe Pinel, tiene en el “alienismo” según Amarante (1994b) una corriente que trascendió por la importancia en las transformaciones económicas, sociales y políticas para el área de la medicina y la salud.

A las personas “alienadas” se les atribuye un estado excepcional caracterizado por no poder mantener el control de sí, tal como un desorden eventual de la razón. El discurso y las acciones están orientadas a señalar a las personas alienadas vinculadas al peligro y miedo hacia el resto de la sociedad.

Este contexto consolida la relación entre medicina y hospital, dado que en la Edad Media los hospitales son creados como lugares de hospedaje para personas pobres donde se les brinda asistencia de cuidados; alimentación, abrigo. El Hospital comienza un proceso de metamorfosis de sus funciones, y el hospital se convierte en la institución médica por excelencia. Amarante (2009) afirma que el mismo adquiere “una nueva finalidad; la de tratar a los enfermos” (p.26). De esta manera se agrupa a las personas en un determinado lugar, para observar el desarrollo de sus comportamientos y así clasificar las enfermedades. Este proceder es característico de lo que Goffman (2001, p.13) define como “institución total”, “donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo comparten en el encierro una rutina diaria administrada formalmente”. La mencionada institución absorbe la vida de las personas, la interacción social se minimiza y se transforma radicalmente hacia una estructuración temporoespacial de su vida cotidiana donde surgen nuevos obstáculos simbólicos y materiales impuestos.

La Primera Guerra Mundial inserta un nuevo contexto² que genera tanto en la sociedad e incluso en la psiquiatría posiciones críticas hacia las condiciones en que viven las personas en los hospitales, como también a su capacidad terapéutica. Se cuestiona en la época el crecimiento exponencial de las internaciones, los efectos que produce el encierro en las personas que allí residen, y su impacto en la reiteración de las internaciones.

Hacia 1920 surge la “terapia activa” como primera experiencia para el surgimiento de la comunidad terapéutica y la psicoterapia institucional francesa, a partir de que Hermann Simon pone a disposición del trabajo a internos crónicos como forma de brindar tranquilidad y armonía.

Amarante (2006) cita a Birman y Costa para brindar repercusión también a la experiencia de Sullivan³, la cual genera cambios en la estructura interna del hospital psiquiátrico hacia el año 1930, trasladando el enfoque que deja de ser individual para contemplar una perspectiva de funcionamiento que entiende a la persona siendo parte de una serie de grupos inter relacionados.

Posterior a la Segunda Guerra Mundial surge el primer movimiento reformista de la psiquiatría, perteneciente a lo que Amarante (2006) menciona en expresiones de Rotelli como “psiquiatría reformada”. Dicho movimiento conformado por la psicoterapia institucional y las comunidades terapéuticas van cuestionar las prácticas de la institución asilar. Ambas comparten la convicción de mejorar el funcionamiento interno del hospital psiquiátrico para buscar transformarlo en una institución terapéutica.

Desde el año 1959 se desarrolla en Inglaterra la experiencia de comunidad terapéutica, llevada a cabo por Maxwell Jones como principal exponente de un abordaje diferente que se basa en la promoción de la función terapéutica⁴ asumida y comprometida desde la

² Los factores económicos y sociales de la época demandan mano de obra para recuperar lo que la guerra había destruido, esto conlleva a una reforma de las instituciones asilares que en vez de generar pasividad podrían brindar productividad desde el aporte de mano de obra.

En este periodo se crean las colonias agrícolas, como la solución “científica” que se encuentra en la época para no concentrar población en el hospital. Se afirma que el contacto con la naturaleza y el trabajo en la tierra aislado de las ciudades sería curativo. En Uruguay las Colonias Santin Carlos Rossi y Bernardo Etchepare son creadas en 1912 y 1913 respectivamente.

³ Harry Stack Sullivan (1892-1949) fue un psiquiatra estadounidense que desarrolló una corriente de la psiquiatría basada en la importancia del estudio de las interacciones personales. Amarante (2006) señala la importancia de Sullivan porque transforma el enfoque terapéutico dejando de lado el abordaje individual, considerando aspectos sociales que conforman la vida de las personas, formando parte de distintos grupos que se relacionan entre sí.

⁴ Los tipos de actitudes que contribuyen para una cultura terapéutica son, resumidamente el énfasis en la rehabilitación activa, contra la “custodia” y la “segregación”: la “democratización”, en contraste con viejas jerarquías y formalidades en la diferenciación de status; la “permisividad” como preferencia a las costumbres ideales limitadas de lo que se debe decir o hacer; y el “comunalismo”, en oposición al énfasis en el papel terapéutico especializado y original del médico (Amarante, 2006, p.29).

participación activa de las personas internadas, familiares y personal de la institución. El ejercicio de dicho modelo se caracteriza por la participación de todas las personas desde distintos roles, es decir, se establecen distintos grupos donde las personas “líderes” intercambian el rol con otras para alternar continuamente, y así generar una estructura que derive a ser cada vez más horizontal y no vertical.

En Francia luego de la Segunda Guerra Mundial, se distingue que las consecuencias sociales del conflicto bélico denota un estado crítico, y ello se intensifica en las instituciones asilares, las cuales estaban en condiciones totalmente degradantes. Teniendo dicho punto de partida Tosquelles comienza a trabajar en una reforma en el Hospital Saint Alban⁵, con el fin de salvar de la muerte a las personas que allí viven, comienza un proceso de lucha y denuncias contra la condición segregativa y totalizadora que desarrolla la psiquiatría. Estos discursos tienen como principal argumento la cura de la enfermedad, problematiza y critica explícitamente que el hospital psiquiátrico no puede tener como finalidad el encierro Amarante (2009).

Amarante (2006) cita a Daumezon y Koechelin quienes denominan “psicoterapia institucional” al trabajo realizado por Tosquelles, precursor de los cuestionamientos en su momento hacia las instituciones asilares, al considerarlas portadoras de enfermedades que son necesarias tratar. Bajo dicha corriente prima la comunidad como objeto de autodeterminación bajo la aprehensión de sus propias reglas, en oposición al modelo tradicional donde las jerarquías imponen su poder desde la verticalidad y potencian así las desigualdades de decisión.

Continuando con los distintos procesos de reforma, es necesario continuar con las experiencias aportadas por la Psiquiatría Preventiva y la Psiquiatría de Sector, desarrolladas entre los años 50 y 60 del siglo XX. Para Amarante (2009, p.46) se impuso “la necesidad de un trabajo externo al manicomio”. Expresa la importancia de la continuidad en el tratamiento terapéutico posteriormente al alta para evitar rupturas en el seguimiento que puedan causar futuras reinternaciones. Esto se materializa con la creación de los Centros de Salud Mental (CSM), los cuales están divididos en distintas regiones para tratar a las

⁵ El hospital de Saint-Alban está ubicado en el sur de Francia, el mismo reflejó una de las experiencias de las reformas psiquiátricas más exitosas. A partir del involucramiento de las personas que lo habitaban transformaron el mismo en un club terapéutico en donde prima la comunidad ante todo y la lucha contra las jerarquías

personas que vivían cerca entre sí en búsqueda de mayor afinidad, y así garantizar cercanía y continuidad del vínculo en el proceso dentro y fuera de la institución. Este punto es un elemento sustancial con respecto al acompañamiento ya que el mismo no es exclusivamente de la medicina, sino que el trabajo es compartido por un equipo de profesionales de diversas áreas.

La Psiquiatría Preventiva contemporánea tiene su lugar en la experiencia desarrollada en Estados Unidos, en un contexto donde el conflicto de la Guerra de Vietnam ocasiona graves consecuencias en la sociedad de dicho país, daños físicos y también dificultades en la salud mental de las personas al vivir momentos de extrema violencia. Así surge dicho tipo de psiquiatría apoyada por el presidente Kennedy, la Organización Mundial de la Salud y por la Organización Panamericana de la Salud y concentra su finalidad en la promoción y prevención ante las posibles causas de surgimiento de enfermedades mentales (Amarante, 2009).

Según Amarante (2006, p.35) “representa así la demarcación de un nuevo territorio para la psiquiatría donde la terapéutica de las enfermedades mentales da lugar a un nuevo objeto, la salud mental”. El “preventivismo norteamericano” considera poder solucionar los problemas de las personas desde la medicina y clasificación de conductas asociadas a la normalidad. Reduce la enfermedad mental relacionándola directamente a la noción de disturbio emocional o crisis, la cual tratada en el momento exacto se puede erradicar y así también los problemas sociales. Se construye una relación entre la psiquiatría y la normalización de la sociedad, que apunta a la búsqueda de posibles sospechas de desvíos.

Amarante (2006) brinda importancia a Caplan⁶ quien considera necesario penetrar la vida íntima de las personas para conocer hábitos fuera de toda norma, identificar a la persona “desviada” en cuanto a sus acciones, sentimientos o pensamiento reflejan desadaptación de las normas establecidas socialmente, objeto a tratar por un psiquiatra. Llegando al mismo bajo su propia voluntad o de terceros, se construye la primera experiencia de política nacional norteamericana⁷ vinculada a los cuidados comunitarios de la salud mental, mediante la participación de la sociedad.

⁶ Gerald Caplan nació en el año 1921, considerado fundador y principal autor de la Psiquiatría Preventiva por Amarante(1994b), dicho autor presupone una relación salud/enfermedad y una evolución de la misma a-histórica. De acuerdo a ello, afirma la posibilidad de prevenir y erradicar los males de la sociedad aplicando un tratamiento psiquiátrico.

⁷ Consiste en la entrega de cuestionarios de reconocimiento, donde el resultado describe posibles personas candidatas a tratamiento psiquiátrico.

Desde entonces la psiquiatría acepta que no se puede interpretar la enfermedad mental únicamente desde las ciencias naturales, por lo tanto tiende a buscar soluciones en otras teorías no médicas. La relación entre los conceptos de la misma, la sociología y los aportes de la psicología behaviorista que tiene como objeto de estudio analizar los comportamientos, permiten redefinir y analizar a la persona integralmente desde una perspectiva bio-psico-social. La estrategia de los equipos de salud mental es ejercer un rol de cercanía a la comunidad con el fin de identificar e intervenir las crisis, es decir, encauzar conductas socialmente desadaptadas desde las intervenciones comunitarias.

Este proceso es desarrollado en Estados Unidos y tiene una orientación de política pública en salud mental que propicia el surgimiento del concepto de desinstitucionalización, Amarante (2009) dirá que el mismo se describe como “reducción del ingreso de pacientes en hospitales psiquiátricos o del tiempo de permanencia hospitalaria, o aún de promoción de altas hospitalarias.”(p.51). Se crean servicios comunitarios de salud mental, talleres protegidos, hogares, camas en hospitales generales, centros de salud mental, entre otros dispositivos alternativos para tratar a las enfermedades mentales fuera de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, en esta experiencia se consolida un “proyecto medicalizador de la sociedad”, ya que los dispositivos comunitarios terminan funcionando como captadores de posibles desvíos y así aumenta la demanda en todos los servicios, inclusive en los hospitales psiquiátricos (Amarante, 2009).

Por último, la Antipsiquiatría, corriente nacida entre los años 50 y 60 del siglo XX en Inglaterra refleja el claro desacuerdo con la teoría psiquiátrica clásica, la cual se limita al tratamiento estrictamente a la enfermedad. Esta corriente se posiciona de manera crítica al marco teórico-conceptual biologicista y en contraposición propone entender la expresión de la persona en relación con su ambiente social cercano desde el acompañamiento terapéutico, con el fin de buscar una reorganización interior a partir de su experiencia vivida, libre de violencia institucional. Existe influencia de la Lógica de las Comunicaciones de la Escuela de Palo Alto⁸ considerada parte de un movimiento contestatario y revolucionario asociado a modelos que culminaron en el año 1968 con el conocido Mayo Francés (Amarante, 2006).

⁸ La misma basa sus principios en considerar la importancia de las interacciones sociales, donde a partir de la comunicación pueden interpretarse las relaciones personales.

La Antipsiquiatría busca conciliar la relación entre razón y locura, considerando la existencia de esta última como emergente entre las interacciones de las personas y no como mera enfermedad individual. Denuncia que la institución asilar contribuye a la cronificación y es generadora de una exclusión impuesta por el mercado al no tener acceso equitativo con respecto al resto de la sociedad.

1.2 Desarrollo de experiencias de reformas psiquiátricas italianas

Franco Basaglia⁹ es el máximo exponente de dos experiencias de reformas italianas. La primera en la localidad de Gorizia, donde, desde los años 60 el hospital psiquiátrico allí ubicado le abre las puertas del mismo a la cultura, siendo ésta una destacada decisión para impulsar la reforma de la atención.

Inicialmente sus fundamentos son inspirados en sus propias vivencias, influenciado por las experiencias de la Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional, hasta que reconoce la necesidad de combatir a la psiquiatría como ideología para superar el “aparato manicomial”. De acuerdo a Amarante (2009) Basaglia formula un pensamiento y una práctica institucional propia donde apunta a superar no sólo la estructura física sino también “el conjunto de saberes y prácticas, científicas, sociales, legislativas y jurídicas que fundamentan la existencia de un lugar de aislamiento, segregación y patologización de la experiencia humana”(p.56).

Amarante (2015) describe que Basaglia modifica el abordaje simplista realizado por la psiquiatría clásica, reduciendo el “disturbio psíquico” a la enfermedad. Dicho autor define que en las instituciones asilares hay una renuncia a las posibilidades de transformación de las personas. Realiza una ruptura fenomenológica- existencial al considerar la locura como sufrimiento psíquico, manifestación que tiene relación con el medio social en el que se vincula. Critica la exclusividad de la psiquiatría en un campo de saber e intervención social y plantea democratizar su poder con los distintos actores involucrados; familiares, la persona involucrada, la sociedad y el equipo de la institución.

⁹ Franco Basaglia (1924-1980) fue un psiquiatra italiano que tras conocer las condiciones deplorables en las que vivían las personas en instituciones psiquiátricas de encierro las denuncia públicamente y lidera un movimiento intelectual y político contra dichas instituciones. Hasta concretar desde 1978 una Ley sin precedentes: la Ley 180 que prohíbe la internación de las personas en contra de su voluntad en Italia. Su legado es trascendental a nivel mundial.

La segunda experiencia surge en los años 70 en Trieste, allí según relata Amarante (1994a) tiene a Basaglia y a gran parte del equipo consolidado anteriormente en Gorizia logrando la mayor transformación radical de la psiquiatría, la cual es considerada como un ejemplo de referencia a posteriori en distintos países del mundo y también en Latinoamérica. Cimenta sus bases en la constitución de “servicios sustitutivos”, definidos como Centros de Salud Mental territoriales cuya función se basa en el tratamiento asumiendo la responsabilidad y no delegando la misma hacia el manicomio, de esta manera la locura obtiene su lugar social en la comunidad. Aquí dicho autor retoma la influencia de la Psiquiatría de Sector al sostener la relevancia de la territorialidad.

Según Amarante (2006), la estrategia a concretar como pilar fundamental es la *desinstitucionalización*. Su concreción lleva a que personas internadas en hospitales psiquiátricos puedan abandonarlo, participar activamente en la vida social, y así ejercer sus derechos civiles, políticos y sociales.

De este modo se concreta el acceso al trabajo remunerado, lo que hasta entonces tenía exclusivamente finalidad terapéutica. La articulación entre los servicios de salud mental con distintas cooperativas sociales permite adquirir el derecho a percibir un ingreso, Amarante(2009) enfatiza en la importancia de las políticas de salud mental dirigidas hacia personas con “desventaja social”, ya que incentivan la creación de proyectos generadores de rentas de apoyo hacia las personas organizadas en redes de acompañamiento.

Tras el fallecimiento de Basaglia en 1980, Rotelli¹⁰ lo reemplaza y destaca las experiencias realizadas al deconstruir al paradigma hegemónico dentro de la psiquiatría italiana, el cual se basa en tratar exclusivamente la relación enfermedad-solución. Por lo tanto, dicho cambio es radical y es una sobresaliente experiencia referida a la desinstitucionalización, porque se trabaja mediante la interacción y comunicación entre todas las partes involucradas en pos de buscar la efectiva inclusión de la persona en la comunidad. Bajo esta concepción se involucra a los Centros de Salud Mental y a las distintas partes a trabajar en conjunto, teniendo en cuenta las necesidades sociales de la persona.

¹⁰ Franco Rotelli nació en 1942, es un psiquiatra italiano que conjuntamente con Franco Basaglia consolidaron la “psiquiatría democrática”, proceso de transformación y cierre del manicomio de Trieste. Es un crítico de la relación entre la psiquiatría y la locura, planteando la necesidad de un cambio de perspectiva para tratar a la misma no exclusivamente hacia la enfermedad, sino hacia el acompañamiento de la misma con la comunidad, y así construir evidencias de desinstitucionalización.

1.3 Experiencias de Desinstitucionalización desarrolladas en Brasil y en Argentina

Brasil comienza un período de transformación en salud desde mediados de los 90 del siglo XX el cual se destaca por la amplia participación de distintos actores de la sociedad: sindicatos, autoridades privadas, organizaciones de usuarios/as, trabajadores y trabajadoras de la salud, familiares, la sociedad civil y las autoridades del Estado. Las reivindicaciones se plasmaron en conferencias, y fueron ocho las que precedieron a la Constitución de 1988, donde a partir de la misma se gesta un nuevo modelo de atención en salud que va a repercutir posteriormente en lo que será el nuevo abordaje de la salud mental. Las políticas públicas referidas a salud mental tendrán como eje central la conformación de una red de atención integral con distintas áreas pero con un fin común; sustituir el modelo hospitalocéntrico (Centro Cultural del Ministerio de Salud, 2019).

Según Amarante (2009) en Brasil hasta la década del 90 predomina el abordaje desde el modelo clásico de la psiquiatría, el cual centra su objeto exclusivamente a la contención de la crisis. Dicho autor brinda importancia a la publicación de la Portaria MS/407/93 donde se comienzan a controlar y a visualizar las condiciones de funcionamiento de los hospitales psiquiátricos¹¹. En dicho período comienza un proceso que conlleva una serie de cambios significativos; al interpretar la crisis como resultado de la influencia de distintos factores sociales. De acuerdo a ello se reasignan recursos para que el proceso asistencial se realice en contacto con la sociedad.

Desde la aprobación de la Ley N°8.080 en 1990 la salud en Brasil tiene un cambio radical, ya que dicha ley consolida la creación del Sistema Único de Saúde (SUS), estructurado con la articulación del sector público y también privado y tiene como objetivo “garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social” (1990, art.3).

Amarante (2009) describe al SUS enfatizando en la relevancia del mismo al asegurar el derecho al acceso a la salud de manera universal e igualitaria, construyendo un nuevo modelo asistencial distribuido en la totalidad del territorio del país con gran sustento territorial e intersectorial. Se comienza a desarrollar a partir del mismo la descentralización

¹¹ A partir de entonces se revela que más de la mitad de los mismos no cumplen con los estándares mínimos requeridos. Se reconocen las violaciones a los derechos humanos de las personas allí alojadas, lo cual se divulga masivamente entre la sociedad, generando grandes repercusiones y estupor.

de la atención en distintos niveles de complejidad, por consiguiente, los recursos son reasignados hacia dispositivos alternativos.

El modelo asistencial de salud mental, de acuerdo a lo que plantea Amarante (2009) encuentra en los servicios de atención psicosocial un cambio con respecto a la contención y acompañamiento de las personas en crisis. Otorgan participación activa a la persona como agente de cambio, mientras tanto los profesionales deben crear las condiciones desde el compromiso y la dedicación brindando apoyo para que realmente se sienta respaldada y cuidada. La finalidad consiste en crear una red de vínculos entre las distintas partes involucradas, la persona “usuaria”¹², profesionales de la salud, familiares, y la sociedad.

El principal objetivo es la inclusión de la persona en todas las instancias del proceso, los servicios de atención psicosocial deben ser flexibles para contemplar las distintas complejidades y necesidades que tenga una persona. Amarante (2009) describe que:

En Brasil, los decretos ministeriales 189/91 y 224/92 instituyeron varias modalidades de atención¹³, entre las cuales están el hospital de día, los talleres terapéuticos y los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), que fueron reestructurados por los decretos n.336/2 y 189/2 estableciendo varias modalidades de CAPS (p.83)

Los mismos están conformados por profesionales de diversas áreas externas a la medicina, relacionadas a la cultura, deporte, arte, la música entre otras. Están distribuidas en todo el territorio y el desafío de su funcionamiento es no limitarse estrictamente al lugar físico sino que debe desarrollarse en contacto continuo con la comunidad, creando en el espacio social distintas alianzas con organizaciones y/o clubes, aportando mayor sociabilidad al acompañamiento conjuntamente con los servicios de atención psicosocial.

¹² Es desde entonces que comienza a utilizarse el término “usuario/a”, definición introducida en la legislación del SUS haciendo referencia al involucramiento que comienza a tener la persona en el proceso, donde anteriormente el término para utilizado era “paciente” y está vinculado hacia la pasividad presentada hasta entonces siendo exclusivamente objeto de intervención. Amarante(2009) detalla el inicio de dicha terminología aunque es objeto de críticas porque el mismo se remite a una relación entre la persona que hace uso del servicio brindado por el sistema de salud.

¹³ Las modalidades de CAPS son distintas según: la cantidad de personas vivan en un municipio (CAPS I, II, III), a qué población esté destinada, como por ejemplo niños/as y adolescentes (CAPSi) o un grupo conformado por personas con dependencia a sustancias que generan adicción (CAPSad).

Las políticas públicas de Brasil tienen en los CAPS espacios fundamentales para canalizar las distintas necesidades y demandas de las personas, y es así que se reafirma en la Ley N° 10.216 del año 2001, donde en el año 2002 eran 342, 2021 se incrementan a 2.742 según datos del gobierno de Brasil¹⁴. El nuevo modelo de atención se basa en las Redes de Atención Psicosocial (RAPS)¹⁵ y está conformado por distintas unidades que articuladas entre sí tienen como finalidad asumir la responsabilidad del Estado en la protección y cumplimiento de los derechos de las personas usuarias. La política en salud mental a partir de dicha ley se orienta hacia la promoción y asistencia de las mismas, las cuales tienen que ser tratadas con el procedimiento menos invasivo posible, promoviendo el derecho de participación en la comunidad, en el trabajo y en su familia.

Amarante (2009) le otorga un valor trascendente a la participación de la persona en su proceso de deconstrucción de prácticas de encierro aprehendidas. Conjuntamente con profesionales de distintas disciplinas, el proceso busca lograr mayores niveles de autonomía e independencia incorporando nuevos hábitos y desafíos de relacionamiento social. Las unidades constitutivas de la RAPS¹⁶ contemplan distintos grados de autonomía, y es mediante la Estrategia Salud de la Familia (ESF) que el equipo de agentes de salud actúan desde la cercanía del territorio educando a la comunidad y promocionando hábitos de salud. Esto anticipa y evita que gran parte de los problemas de salud se agraven y puedan repercutir directamente en derivaciones a otras unidades de mayor complejidad.

La estrategia de desinstitucionalización desarrollada por la RAPS tiene en los Servicios Residenciales Terapéuticos casas caracterizadas por la poca cantidad de integrantes. Siendo un servicio con estrecho contacto con los CAPS, el mismo debe estar brindado a contemplar las necesidades, hábitos y gustos de las personas que allí habitan. Ya que las mismas suelen tener altos niveles de vulnerabilidad socioeconómica, disminuída autonomía, y es aquí el espacio preferencial para que aquellas personas que han tenido internaciones prolongadas

¹⁴ Ver Anexo.

¹⁵ Es constituída por cooperación de unidades tales como: CAPS, centros comunitarios, hospitales generales, Programa de Salud Familiar, vecinos/as, familia, escuela, trabajo, clubes deportivos, asociaciones y cooperativas, entre otras. Ver Anexo

¹⁶ La estrategia de desinstitucionalización desarrollada por la RAPS, tienen en los Servicios Residenciales Terapéuticos casas caracterizadas por la poca cantidad de integrantes. Siendo un servicio con estrecho contacto con los CAPS, el mismo debe estar brindado a contemplar las necesidades, hábitos y gustos de las personas que allí habitan. Ya que las mismas suelen tener altos niveles de vulnerabilidad socioeconómica, disminuída autonomía, y es aquí el espacio preferencial para que aquellas personas que han tenido internaciones prolongadas abandonen prácticas de encierro y comiencen a trabajar conjuntamente con profesionales otro estilo de vida asociado al contacto con la comunidad, la cultura, la música, el arte, en fin.

abandonen prácticas de encierro y comiencen a trabajar conjuntamente con profesionales otro estilo de vida asociado al contacto con la comunidad¹⁷, la cultura, la música, el arte¹⁸.

La segunda experiencia de desinstitucionalización mencionada tiene origen en la provincia de Río Negro, ubicada en la región patagónica de Argentina. Cohen y Natella (1995) exponen sobre la experiencia y relatan que hasta la finalización de la dictadura la mayor cantidad de personas que padecían alteraciones mentales eran derivadas hacia el Hospital Neuropsiquiátrico de Allen¹⁹, mientras tanto el resto eran ubicadas en hospitales lejos de su lugar de origen durante períodos extensos, aplicando tratamientos de carácter individual.

El cambio en la atención en salud mental en la provincia se da de acuerdo a un proceso posterior que inicia con el regreso del país a la democracia en el año 1983. A partir del año 1984 se realizan Encuentros de Salud Mental tanto a nivel provincial como también regional en la Patagonia que repercuten en nuevas modalidades de trabajo en equipo, impulsado por la gestión que tuvo al Dr. Hugo Cohen al mando del Programa de Salud Mental de Río Negro.

El nuevo abordaje de la Salud Mental dispone establecer una nueva relación entre las instituciones y la comunidad, otorgando importancia a la participación de la misma en el sostenimiento de las crisis. El cambio en la modalidad de tratar a las personas con sufrimiento mental se comienza a concretar; se crean camas en hospitales generales específicas para dicha población, las crisis son contenidas en su hogar habitual, esto causa que las derivaciones a Allen sean cada vez menos. La despoblación es tal, que las

¹⁷ Mientras tanto el Programa “De Volta Para Casa” se constituye desde la Ley N°10.708 del año 2003 en un sostén para aquellas personas que han transcurrido al menos 2 años en hospitales psiquiátricos. De acuerdo a los datos emitidos en 2021 por el Ministerio de Salud, desde el año 2013 al 2021, las personas alcanzadas con dicho beneficio oscilan de manera constante en dichos años entre los 4.000 y 4.500 (Amarante,2009) Tal apoyo es económico, de acuerdo a datos otorgados por el Ministerio de Salud de Brasil tiene actualmente un valor de \$500 reales y se orienta a “favorecer a ampliação da rede de relações destas pessoas e o seu bem-estar global, estimular o exercício pleno dos seus direitos civis, políticos e de cidadania, fora da unidade hospitalar” (p.19, 2021). Ver anexo.

¹⁸ Amarante (2009) sostiene que la Ley 9.867 establecida en el año 1999, instituye a las cooperativas sociales otro medio de acceso al trabajo y así a la integración social, como una alternativa hacia el colectivo que se encuentra por fuera del mercado laboral.

Con respecto a las cooperativas de trabajo, la Ley 12.690 del año 2012 crea un nuevo marco legal a partir de la participación entre la sociedad civil y el gobierno, donde se establece que las mismas son una manera particular de actividad económica basada en la autonomía y autogestión en búsqueda de mejor situación socioeconómica y condiciones generales de trabajo para el conjunto.

¹⁹ La creación del mismo data del año 1906, y en sus inicios se inaugura como el hospital general de referencia para la Patagonia. Pero es reconstruido como un moderno hospital psiquiátrico en el transcurso de la dictadura argentina (1976-1986), que abarca más de 2000 metros cuadrados (Maldonado, E y Semprini, C, 2019).

autoridades desde 1983 evalúan la posibilidad que el mismo tenga otra finalidad, proceso que se concreta en el año 1988 con la reconversión del mismo a un Hospital General.

La relevante decisión política en considerar viable otra modalidad de tratamiento es posible de acuerdo a un estrecho vínculo de trabajo que asume el equipo de trabajadores de Salud Mental conjuntamente con la comunidad, el cual hay que sostener en la práctica, y es por ello que se llevan a cabo distintas estrategias que Cohen y Natella (1995) destacan, tales como:

el progresivo aumento de los recursos humanos; la formación de agentes y equipos multiplicadores de la tarea; designación de personas recuperadas para integrarse a los Equipos; trabajo interinstitucional y comunitario; creación de guardias pasivas; organización de actividades precooperativas con los pacientes; permanente trabajo social (gestión de alimentos, viviendas, pensiones, trabajos, seguridad social) (p.24).

El esfuerzo en cambiar el paradigma de atención en salud mental adquiere gran relevancia porque refleja resultados satisfactorios, y esto conlleva a trascender y consolidar jurídicamente prácticas que se venían realizando. A partir del año 1989 comienza un período de elaboración del anteproyecto exponiendo los resultados hasta ahora logrados, en el año 1991 de la Ley N° 2440 es aprobada, y desde el año 1992 comienza su aplicación.

Desarrollo algunas puntualizaciones de la misma que considero sin precedentes en el marco del proceso de desmanicomialización transcurrido en la provincia de Rio Negro: se define que el tratamiento debe ser lo más cercano a su lugar social de pertenencia, se prohíbe la internación compulsiva en manicomios si su finalidad no es la pronta externación de las personas y/o tratamiento ambulatorio. Se considera que las personas son portadoras de distintas capacidades a potenciar, sin excepciones y/o distinciones discriminatorias, la salud mental es entendida como una totalidad constituida por un proceso de vida compuesto por factores históricos, biológicos, socioeconómicos, culturales y psicológicos.

Su aplicación aporta un nuevo enfoque innovador de promoción sanitaria y social de atención hacia las personas con sufrimiento mental. Es un hito tan importante como el cierre de Allen para la provincia, ya que mediante dicha ley la atención sanitaria promueve y

garantiza el tratamiento y rehabilitación desde un abordaje integral de las personas teniendo como eje fundamental la reinserción comunitaria contemplando las singularidades de sus distintos momentos de la vida, orientando los esfuerzos a construir mayor autonomía, recuperar su identidad y el respeto de sí misma (art.1, Ley N° 2.440).

Los derechos de las personas con sufrimiento mental son reconocidos por parte del Estado²⁰ y es éste desde la Ley N°2.440 tiene la responsabilidad del cumplimiento de la misma en fin de garantizar el goce de una vida digna respetando sus derechos e intervenir desde el organismo que corresponda;

cuando no pueda procurárselo por sí mismo, a la vivienda, educación y capacitación laboral, beneficios previsionales, salud, medicamentos y todo otro elemento necesario a estos fines, como modo de garantizar la promoción humana y condiciones de vida digna a el tratamiento en contacto con los lazos familiares, comunitarios (art.7, 1991).

Otro aspecto relevante de la Ley a ser considerado es el cambio en la modalidad de trabajo: el equipo asume involucrarse en el proceso de tratamiento de la salud mental comunitaria. Cohen y Natella (1995) describen que la misma se conforma de los siguientes ejes estructurantes, como lo son: la descentralización; el equipo terapéutico al evaluar la mejor opción para tratar la crisis puede optar como lugar la internación hospitalaria o la internación domiciliaria, como alternativa para sostener el acercamiento a su lugar social y así también establecer un vínculo con el entorno familiar.

²⁰ El Estado tiene la responsabilidad a partir de la Ley N° 2.440 de hacer cumplir su función garantista de derechos de las personas con sufrimiento mental, tales como: el acceso a una atención sanitaria y social equitativa y gratuita para asegurar y preservar su estado de salud; recibir el tratamiento terapéutico mas conveniente, enfocado en mantener vínculos familiares, comunitarios y laborales, el mismo debe ser personalizado y en un ambiente que respete la intimidad de su vida privada; no ser discriminado por su diagnóstico, el cual debe entenderse como modificable; y percibir una justa compensación por el trabajo que realice.

Cohen y Natella (1995) plantean que tanto la comunidad como las instituciones deben modificar sus actitudes hacia las personas en crisis, abandonar hábitos, prejuicios y prácticas discriminatorias para entender el proceso como social²¹.

El proceso de recuperación, y posterior inclusión en la sociedad de acuerdo a la Ley N°2.440 conlleva a tener en cuenta distintos factores de la vida en sociedad que permiten garantizar la autonomía y abandonar criterios de marginalidad, uno muy importante es el acceso al mercado laboral. La misma en su artículo 6 proporciona que:

La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la presente, constituyen un derecho y un recurso terapéutico, por ende la provincia garantiza la implementación de los medios adecuados para el acceso al trabajo, como uno de los factores esenciales tendientes a la recuperación de las personas con padecimiento mental (1991).

Conclusiones finales del capítulo

Desde la psiquiatría clásica se construyó un relato sobre la enfermedad mental como condición individual asociada a la no racionalidad, vinculada al peligro, ello conlleva a la materialización de la exclusión social a partir de la creación de las primeras instituciones asilares, lugar donde se legitima la intervención del poder médico sobre su objeto.

Posteriormente las distintas corrientes de la “psiquiatría reformada” comienzan a problematizar a las instituciones asilares planteando la necesidad de un funcionamiento interno distinto, con participación de distintos actores de la sociedad orientado a la externación de las personas. Por su parte, el movimiento de la Antipsiquiatría define a la locura como un hecho de liberación ante la alienación del conjunto de la sociedad, la cual tiene que ser acompañada y protegida desde centros territoriales cercanos, aportando así a la transformación de la asistencia psiquiátrica hacia la deconstrucción del concepto de desinstitucionalización expandido por la tradición basagliana y la psiquiatría democrática

²¹ En las localidades donde no hay servicios de salud mental, aquí trabajan las patrullas en contacto con el entorno cercano de la persona para tratar la crisis. Brindan un apoyo constante, seguimiento y comprensión a todas las partes involucradas mediante reuniones con la finalidad de buscar un relacionamiento directo con la comunidad, involucrando a la misma en un proceso que crea un espacio de expresión y transformación social. El compromiso de todos los actores comunitarios crea una conciencia colectiva que posibilita el desarrollo del tratamiento de la persona en crisis dentro de la misma, la cual oficia de sostén por la solidaridad comunitaria para que no sea marginada.

italiana²². Sus ideas y fundamentos tienen gran impulso crítico, proclamando la necesidad de superar la reducción impuesta por la psiquiatría clásica al limitar su objeto a la enfermedad mental, olvidándose de la integridad social de la persona.

Las experiencias de procesos de reformas de la atención hacia la salud mental abordadas en este capítulo problematizan el enfoque reduccionista y simplista orientado hacia la “cura” que se lleva a cabo en los hospitales psiquiátricos donde se define a la persona en un estado de pasividad. Las mismas plantean distintas alternativas de tratamiento no limitándose al análisis de la enfermedad sino que se dirige hacia un proceso de transformación donde la persona asuma un rol activo para integrar la vida en comunidad.

Las críticas de cada experiencia reside en la centralidad que se le brinda exclusivamente a la enfermedad, por lo tanto de las mismas emergen propuestas de nuevas dinámicas de trabajo con el objetivo de establecer una nueva relación con la sociedad, es decir, modificar el lugar social de la locura.

El abordaje de la atención de la salud mental se refleja en las leyes y a partir de las mismas se define el trabajo a desarrollar por el equipo profesional, como también el rol que se le brinda a la persona en el proceso asistencial. En cada contexto socio-histórico y cultural las prácticas relacionadas al tratamiento de atención de la salud mental instituye el vínculo entre la persona y la comunidad.

²² Fue un movimiento antimanicomial que tiene como fundador a Franco Basaglia, quien problematiza concepciones y prácticas que sustentan el encierro para poder abolirlo y otorgarle importancia a la libertad y a una vida en comunidad en acompañamiento mutuo(La Diaria, 2018).

Capítulo 2. Recorrido de la atención hacia la salud mental en el Uruguay pos-dictadura (1973-1985) hasta la creación de la Ley N°19.529.

Según De León y Morosi (2021) los procesos de reforma de la atención hacia la salud mental en América Latina se ven interferidos por las dictaduras cívico-militares. Si bien cada experiencia tiene singularidades, las mismas tienen el rasgo distintivo de comenzar un proceso de cambio a partir de las reaperturas democráticas, con la participación activa de la sociedad civil organizada.

Es preciso abordar desde dicho acontecimiento porque el mismo como momento histórico es un punto de inflexión en cuanto al agotamiento de un modelo y la apertura al comienzo de políticas públicas relacionadas a la concepción y abordaje de la salud mental hacia la conformación de un proceso de cambio en la atención (De León, 2013).

2.1 Primeros impulsos de transformación del abordaje de la salud mental en Uruguay

El puntapié inicial es el informe crítico realizado por Pierre Chanoit²³ en 1966 y los primeros impulsos de procesos de reforma de la atención hacia la salud mental en Uruguay que datan de los años ochenta. Estos se vieron interrumpidos una década debido a la dictadura cívico-militar. En el marco de un nuevo contexto al regresar a la democracia se comienzan a desarrollar movimientos en pro de las reformas de atención a la salud mental, compartiendo misma posición que las declaraciones de la OMS y OPS (De León y Morosi, 2021).

Dichos movimientos y posiciones van a ir en la misma línea argumentativa que plasma en el año 1986 el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), el cual remarca una postura de denuncia y crítica a la situación de la atención a la salud mental y propone una urgente transformación.

A nivel regional, en el año 1990 se desarrolla la Declaración de Caracas, un hito a nivel regional ya que cuenta con la participación de organismos internacionales reconocidos y representación de muchos países, incluido Uruguay. En dicha conferencia se señala el agotamiento de la atención psiquiátrica convencional, y se promueve la utilización de modelos alternativos comunitarios, descentralizados, participativos, con una perspectiva integral y preventiva.

²³ El mismo, consultor de la OPS desarrolla un diagnóstico que cuestiona el modelo de atención a la salud mental, el cual tiene al Manicomio como principal institución del modelo asilar. Plantea la necesidad de avanzar hacia una transformación de la atención.(De León,2013)

Los años posteriores ocurren distintos cambios que más adelante se profundizan, propiciados por sugerencias internacionales como lo son la mencionada Declaración de Caracas y Alma Ata, y a nivel Nacional el PNSM del año 1985.

Desde distintos colectivos de familiares, movimientos sociales reformistas, usuarias/usuarios familiares, trabajadores y la academia denuncian la violación de los derechos humanos de las personas en hospitales psiquiátricos (Rayadx estamos todxs, 2017). Esto desemboca en un transcurso de varios años de intercambio de posiciones con el Ministerio de Salud Pública y con la Sociedad de Psiquiatría. concluyendo con la aprobación de la actual Ley de Salud Mental N°19.529²⁴ y el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027.

En el año 1985 el entonces Ministro de Salud Pública Raúl Ugarte constituye una Comisión Nacional con el fin de elaborar el Plan de Salud Mental (PNSM), la participación en la misma tiene a distintos actores de la salud relacionados; la academia, sindicatos, profesionales y organizaciones de la sociedad civil.

El contenido del plan describe una situación crítica con respecto a la atención de la salud mental, también deteriorada profundamente debido a los planes ejecutados erróneamente y con criterios obsoletos en el período de la dictadura cívico-militar 1973-1984.

El diagnóstico que brinda el PNSM (1986) está en consonancia con lo expuesto en la Declaración de Alma Ata²⁵ en el año 1978; refleja la falta de una red de contención que conlleva a la sobreutilización del hospital, el uso abusivo de fármacos recetados por médicos generales, inexistencia de planes de prevención, escasos recursos para la rehabilitación y la pérdida de contemplación de las necesidades específicas que cada persona tiene.

²⁴ La Ley N°9.581 denominada “Asistencia a Psicópatas” del año 1936 fue hasta 2017 el marco regulatorio en cuanto al tratamiento de la salud mental en Uruguay. La referida ley determinaba que la gestión del espacio manicomial tiene hegemonía de la práctica médica, ya que establece que dichas instituciones deben estar a cargo de un médico o médico-psiquiatra y el funcionamiento de los mismos están basados bajo los principios de tal profesión. Su artículo 41 establece la creación de la “Inspección General”, la cual dependiendo del Ministerio de Salud Pública comienza a desempeñar funciones de control sobre las condiciones de los establecimientos y de los tratamientos que allí se aplican. Es la principal instancia donde el Estado supervisaba las condiciones en las que viven las personas consideradas “alienadas mentales” (De León, 2013).

²⁵ A través de tal Conferencia Internacional se denuncia la grave desigualdad en el estado de salud de la población en distintos países, entendiéndose como tal a un “bienestar físico, mental y social”. Llama a destinar recursos para su mejora, otorgándole prioridad al primer nivel de atención.(Ottonelli,2013)

A partir de ello el PNSM recomienda importantes propuestas a llevar a cabo, como por ejemplo designar al Ministerio de Salud Pública como órgano normativo de Salud Mental que garantice un cambio en la atención que abandone el enfoque individualista y se oriente hacia a la búsqueda de mayor vínculo con la comunidad.

El plan busca una transformación en la atención de la salud mental, por lo cual propone una “perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a individuos, grupos y medio ambiente, enfatizándose las acciones de promoción y prevención” (PNSM,1986, p.10).

Nin, Regina y Porciúncula (2004) describieron que las principales iniciativas para que el cambio asistencial se produzca fueron; realizar la transferencia de los recursos dados al Hospital hacia el primer nivel de atención manera paulatina para priorizar el mismo, crear una estructura administrativa que brinda la herramienta de recolección de datos que tiene la finalidad de controlar y monitorear los cambios deseados, la gran herramienta de trabajo para el cambio es la conformación del equipo interdisciplinario que establece la presencia de psiquiatría para personas adultas y niños/as, asistentes sociales, psicólogos/as, auxiliares de enfermería, administrativos/as.

Los objetivos del mismo brindan relevancia a la creación de una red articulada de instituciones, que distribuidas en distintas regiones geográficas garanticen el acceso universal desde la coordinación público-privada.

Tales autores manifiestan que desde el año 1986 al 1995 se realizan inversiones preparatorias; en cuanto a mejoras en lo edilicio, es creado desde el año 1991 el Centro Diurno dentro del Hospital Vilardebó.

En el año 1992 se consolida una red comunitaria interinstitucional organizada en distintos niveles de atención. En el primer nivel se encuentran las policlínicas de Facultad de Medicina, Hospital Vilardebó, Musto y en el Maciel funcionan dos equipos de Asistencia externa. En el segundo nivel se brinda atención en los Hospitales Generales, tales como Maciel y Pasteur, y en el tercer nivel en los Hospitales Musto y Vilardebó. Esta conformación en red fue la primera integración de servicios asistenciales de salud mental, la misma años posteriores se desmantela ya que desde ASSE no se crea una figura formal responsable que sostenga dicho funcionamiento.

A partir de la aprobación de la Ley N°18.211 en el año 2007, se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Dicha legislación es un hito para la salud uruguaya y se constituye como un gran instrumento con respecto a la descentralización de la atención, la intersectorialidad y la asistencia universal organizada en distintos niveles de complejidad.

La organización de la atención crea las condiciones para recorrer un camino de aprobación de distintas leyes específicas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población, como por ejemplo la posterior Ley Nacional de Protección integral a los derechos de las personas con discapacidad (Ley N°18.651)²⁶.

El SNIS contribuye en una diversificación de servicios con un “Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental”, teniendo como principales características la prevención, promoción y detección prematura brindando énfasis en la rehabilitación. Argumenta que debe superarse el modelo asilar y las largas hospitalizaciones, dándole prioridad al primer nivel de asistencia para mantener a la persona en su lugar de residencia (Ottonelli, 2013).

2.2 Proceso de conformación de la nueva ley de Salud Mental N° 19.529

Desde el año 2012 surge un colectivo²⁷ definido como Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (AI) para trabajar con el propósito de dar visibilidad a las vulneraciones de los derechos humanos de las personas al sufrir las consecuencias del encierro constante y de las prácticas psiquiátricas, las cuales centran la atención en definir la enfermedad y su tratamiento y no en las condiciones de sus vidas.

La AI participa en la organización de marchas cada octubre para conmemorar y reivindicar el día mundial de la salud mental desde 2012 hasta 2017. En el año 2013 se crea el primer espacio de reflexión en cuanto a la salud mental, definido como “Encuentro Antimanicomial”, donde se comienza a interpelar desde la producción de conocimiento distintos aspectos como; la vivienda, los dispositivos alternativos a los manicomios, el trabajo, derechos humanos, entre otros.

²⁶ Dicha Ley es un hito porque establece un sistema de protección especial e integral hacia las personas con discapacidad física o mental para garantizarles el derecho a la educación, el trabajo, atención médica, educación, rehabilitación, protección social. A partir de la misma se reconoce que la población necesita condiciones que adapten sus especificidades, por lo tanto se promueve y crea las condiciones para que puedan realizar un rol activo en la comunidad. Se consolidan derechos sin precedentes, como por ejemplo; la atención psicológica, el Programa de Asistentes Personales, integración en aulas educativas y en cuanto al trabajo se solicita que en los organismos públicos exista un cupo de 4% para personas con discapacidad.

²⁷ Se conforma por organizaciones y agrupaciones de usuarias y usuarios, familiares, trabajadoras y trabajadores y estudiantes vinculados con la salud mental y los derechos humanos (Rayadx estamos todxs, 2015).

Desde el año 2015 la discusión se centra en la legislación en salud mental, con participación de actores políticos debido a que comienza un proceso de coyuntura histórica de acuerdo a una nueva ley en salud mental.

Mediante la convocatoria de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Ministerio de Salud, se crean plenarios y grupos de trabajo para aportar a la incorporación de lineamientos para un anteproyecto de ley. En junio una campaña de firmas por una ley de salud mental en perspectiva de derechos humanos logra recaudar 9400 firmas, las cuales fueron entregadas al senador Carámbula, al finalizar la cuarta marcha (Rayadx estamos todxs, 2015).

En mencionado año ingresaron dos anteproyectos de ley de salud mental al Parlamento, uno de ellos por parte de la Comisión Nacional por una ley de salud mental en clave de derechos humanos (CNLSM)²⁸ apoyada por la AI y otro por parte del Ministerio de Salud Pública en conjunto con la Sociedad de Psiquiatría.

A partir del debate dado en diputados se le brinda media sanción a un proyecto de ley que no tiene en cuenta las posiciones expresadas por las organizaciones sociales y la academia²⁹.

De León y Techera (2017) afirman que el proyecto de ley evidencia dos posturas contradictorias en cuanto a concepciones, prioridades y rumbo que debe adquirir la atención a la salud mental. Dicha tensión se caracteriza por tener en un lado a un modelo basado en el paradigma de salud mental en clave de derechos humanos sustentado por Tratados y Pactos internacionales de las personas con discapacidad y por otro lado se plantea la continuación de una perspectiva basada en la definición de trastorno y la noción de enfermedad mental.

Luego de un proceso con varios intercambios en la Cámara de Salud del Senado, en el año 2017 se aprueba en el Parlamento la nueva Ley N°19.529. Considero oportuno brindar relevancia a ciertos componentes de la misma en cuanto a sus aportes como nuevo marco regulatorio de la Salud Mental en Uruguay:

²⁸ La misma participa e interviene activamente durante el año 2017, es constituida por diversas organizaciones sociales y colectivos de usuarias y usuarios, familiares, organizaciones por los derechos de distintas poblaciones históricamente vulneradas; personas con discapacidad, mujeres, colectivos afrodescendientes, trans. Como también agrupaciones de la Academia, profesionales, gremios estudiantiles, sindicatos, federaciones de funcionarios, centros de estudio, entre otras (Rayadx estamos todxs, 2015).

²⁹ Se critican varios aspectos del mismo por parte de la CNLSM (2016), y sugiere las siguientes recomendaciones: identifica la necesidad de la creación un Órgano de supervisión y contralor exclusivamente autónomo que ampare y garantice los derechos humanos, que se efectúe el cumplimiento de un cronograma y plan de cierre para las instituciones asilares y monovalentes, públicos y privados en todo el territorio nacional, que se brinden garantías para el cumplimiento de plazos de internaciones involuntarias y además reveer las prácticas de tratamientos coercitivos como el uso abusivo de electroshocks, medicación, medidas de inmovilización.

A partir de la misma se define a la salud mental como un estado determinado por componentes biológicos, históricos, socioeconómicos, culturales y psicológicos. Afirma que las personas tienen derecho a ser tratadas desde un abordaje que respete sus derechos humanos, contemple la alternativa terapéutica más indicada para cada situación, y promueva siempre la integración familiar, laboral y comunitaria.

Se considera que las personas pueden superar un estado que le afecte su salud mental, siendo el objetivo de cada tratamiento siempre asegurar el efectivo derecho al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable (Ley N°19.529, 2017).

Como lo especifica la ley en su artículo n° 8, en el año 2020 se crea el Plan Nacional de Salud Mental³⁰ por un período de 7 años, su cometido fue hacer cumplir la misma en el desarrollo de un cambio de paradigma orientado hacia la comunidad.

En el artículo n°37 se establece el cierre de las estructuras asilares y monovalentes, siendo sustituidas por dispositivos alternativos que no reproduzcan lógicas de encierro, exclusión y/o pérdida de contacto con la sociedad.

Casa Buceo es un residencial con apoyo orientado al mejoramiento de la calidad de vida e integración social, procediendo a restituir progresivamente distintos grados de autonomía, de acuerdo a la singularidad de cada persona y del establecimiento de un plan acordado. El abordaje desde el modelo comunitario que se propone debe ser interdisciplinario e intersectorial con una coordinación hacia los niveles de mayor complejidad cuando esto sea necesario. Es imprescindible la articulación entre los distintos dispositivos, niveles de atención y sectores, para garantizar la integralidad y continuidad de los procesos asistenciales (Ley N° 19.529).

Con respecto a ello, la legislación vigente plantea un abordaje integral en relación a la protección hacia la salud mental, y es mediante el SNIS que se van a cumplir acciones orientadas hacia una atención descentralizada organizada en distintos niveles de

³⁰ El PNSM (2020) sostiene que será exitoso si cumple con ser realmente transformador, participativo, inclusivo, intersectorial, interdisciplinario, integrador con respecto a saberes y actores y además se adecúe a las particularidades de cada situación.

complejidad, garantizando a partir de la de intersectorialidad la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación³¹.

De acuerdo al PNSM (2020), se retoma la definición de “Proceso Asistencial Integrado” de la Junta de Andalucía donde se procura la continuidad en el proceso asistencial llevado a cabo por el conjunto de actividades que realizan los servicios de atención sanitaria, posicionando a la persona como el centro de atención.

En el transcurso de construcción de la ley hay participación de profesionales de la Fundación Manantial³² de España, por lo tanto hay aportes provenientes del funcionamiento de la misma. La influencia de su participación incorpora la experiencia de un abordaje alternativo dirigido hacia la salud mental que sustituye los hospitales psiquiátricos a partir de un proceso de externalización hacia la comunidad. El mismo se sostiene desde la creación de distintos dispositivos de alcance comunitario, que requieren menor cantidad de fármacos y más contención psicológica y social. La idea de los dispositivos es trabajar organizados en niveles de atención y en redes, según la especificidad que se presente para disponer así de distintos tratamientos posibles orientados hacia la rehabilitación (La Diaria, 2018).

La conformación de redes de servicios contempla una fuente de recursos para el mejoramiento de la salud y el estímulo necesario para buscar la inclusión de las personas a la comunidad.

La mencionada ley vigente traslada el objetivo de la salud mental ya que la residencia con apoyo como dispositivo alternativo ya no busca la “cura” sino que se trabaja en conjunto con la persona para crear las condiciones para poder superarse y desarrollar su vida en comunidad. Para ello es necesario restituir lazos sociales, familiares, conductas y/o significados, valores, formas de convivir en sociedad que se pierden debido a los efectos de la segregación y la pasividad, generados por métodos tradicionales como lo son los aplicados en las instituciones asilares y monovalentes.

³¹ Las estrategias y objetivos se posicionan para buscar en cada momento la adaptación a las diferentes etapas y necesidades de la persona, con el fin de desarrollar su autonomía y favorecer la inclusión educativa, social, laboral y cultural.

³² Es una Fundación sin fines de lucro, que participó en el proceso de reforma de la atención de la salud mental en España. Se dedica a la gestión de servicios brindados para contener los primeros episodios psicóticos, y así atender las necesidades que se presenten para que las personas logren una vida comunitaria(ASSE,2018).

Conclusiones finales del capítulo

Históricamente, los contenidos de este capítulo refieren al período pos-dictadura cívico-militar, debido a que el contexto socio histórico agudizó las condiciones de la atención dirigida hacia la salud mental en Uruguay. En los años siguientes surgen a nivel mundial y regional importantes declaraciones que impactan a nivel nacional con respecto a la denuncia de las condiciones de la atención brindada en el hospital psiquiátrico, vulnerando los derechos humanos de las personas. Esto conlleva a que distintas agrupaciones consoliden una posición crítica, planteando recomendaciones de abordajes alternativos orientados hacia la comunidad.

El PNSM del año 1986 ya evidencia en su contenido un estado crítico de la atención en salud mental, y en la misma línea argumentativa que a nivel internacional Alma Ata, incentivan un cambio hacia una asistencia de la salud basada en una red de servicios organizada en distintos niveles de complejidad respetando el vínculo de la persona con su territorio, como integrante de la comunidad.

También la Declaración de Caracas teniendo a Uruguay como país firmante, es crítico con la atención brindada hacia la salud mental por la psiquiatría clásica y plantea la reestructuración de la misma hacia una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. De este modo Uruguay transcurre varios años de aproximaciones a un cambio en la atención, lo cual se concreta en el año 2007 a partir de la aprobación de la Ley N°18.211, creando así el Sistema Nacional Integrado de Salud, su trascendencia consolida una estructura de atención que crea las condiciones para que posteriormente se desarrollen distintas leyes concernientes a dimensiones específicas de la salud. Es el caso de la Ley N° 19.529, que luego de un amplio debate llevado a cabo por distintas agrupaciones de la sociedad se aprueba en el año 2017. La misma va a establecer una perspectiva de salud mental orientada hacia la comunidad, y es posible en el marco del SNIS que la atención tiene principios que se desarrollan en redes, como la integralidad del proceso de trabajo y la intersectorialidad del mismo para garantizar el efectivo ejercicio de los derechos humanos. Al mismo tiempo la ley establece la sustitución del hospital psiquiátrico por una red de dispositivos alternativos que, organizados de acuerdo al grado de autonomía de las personas tienen la finalidad de buscar un nuevo vínculo con la comunidad.

Capítulo 3

Descripción de las particularidades de Casa Buceo y análisis del mismo como dispositivo alternativo del proceso de reforma

El presente capítulo describe la experiencia de Casa Buceo como dispositivo de referencia que surge en el marco del proceso de reforma de la atención de la salud mental en Uruguay, según lo establece la Ley N°19.529. Esta experiencia se analiza en base a las dimensiones trabajadas por Amarante para comprender los procesos de reforma y la importancia que adquiere la interdisciplina para garantizar una “externación sustentable”. Tal término refiere al mantenimiento del vínculo entre la comunidad y la persona, ya sea construir o sostener las redes que posibilitan la formulación de un proyecto vital basado en la inclusión social, y el efectivo goce de los derechos humanos (Silva, De Pena, Batalla, Pedra, 2019, p.88).

En el actual contexto socio histórico concerniente a la conformación del proceso de reforma de la atención de la salud mental en Uruguay, la legislación recientemente aprobada aporta cambios significativos con respecto a la dimensión jurídico- política. La ley N°19.529 contempla un enfoque social, intersectorial e interdisciplinario para garantizar un abordaje comunitario desarrollado a partir de dispositivos alternativos. Los mismos tienen la finalidad de respetar los derechos humanos de aquellas personas que involucra la ley, la cual busca establecer un nuevo vínculo entre la salud mental y la sociedad.

La Ley N°19.529 (2017) en su artículo N°16 plantea que el abordaje a la atención de la salud mental se organiza a partir de una red de servicios de distintos niveles de complejidad, para garantizar la integridad y continuidad en el seguimiento del proceso asistencial de la persona. Casa Buceo se consolida en el transcurso de la implementación de la ley como referencia nacional por llevar a cabo un cambio en el abordaje de trabajo, el cual destacan tanto residentes como quienes trabajan allí.

Dicha institución se crea como dispositivo alternativo impulsado por la mencionada ley como marco normativo que impulsa un proceso orientado a la “externación”, entendido como la articulación multifactorial que desplaza el foco de lo individual a lo social, trabajando con distintos sectores del Estado para intervenir directamente desde el origen y también en constante sostenimiento de nuevas condiciones de vida (De León, De Pena, Silva, 2020).

Precisamente en el artículo N°22 establece a los residenciales con apoyo como dispositivos de gran trascendencia para conformar un cambio de perspectiva hacia lo social, respetando la autonomía de cada persona pero fomentando un proceso de trabajo que busque el desarrollo individual.

La información obtenida de las entrevistas detallan aspectos relevantes del funcionamiento, de cada etapa del proceso de trabajo en constante relación con los objetivos acordados entre la persona y el equipo de trabajo.

3.1 Información general del funcionamiento del dispositivo

En la entrevista 1 la profesional encargada del funcionamiento de Casa Buceo detalla que el ingreso a la casa lo estipula la Dirección de Salud Mental, el equipo de desinstitucionalización es quien coordina el futuro ingreso, y luego inicia un proceso de trabajo en conjunto entre el equipo de trabajadores/as con la persona en su proyecto de vida, respetando sus decisiones y los tiempos que requiera cada uno/una.

La trabajadora describe que en los primeros pasos de la institución fue importante la orientación y capacitación del equipo interdisciplinario y describe que:

Se mantuvo contacto a través de reuniones con Castejón³³ desde España, quien brindó capacitaciones para todo el equipo las primeras semanas de creada la casa, el relacionamiento fue constante (entrevistada 1)

Desde la coordinación se informa claramente las reglas de funcionamiento de la casa al momento que ingresan, que van en consonancia con un cambio importante orientado hacia la búsqueda de ampliar los niveles de autonomía, para iniciar un proceso que implique tener siempre poder de decisión, y afirma que:

Las reglas internas se acuerdan mediante asamblea; se distribuyen y organizan las tareas a realizar todos los días, como también se programan eventos especiales como

³³ Miguel Castejón es un psicólogo español, Director de la Fundación Manantial. Institución que orienta su trabajo hacia la gestión de los recursos para atender las diversas necesidades que conlleva el sostenimiento de una vida en comunidad. Es por ello que es de referencia su aporte en la creación de la Ley N°19.529, y también al poseer experiencia en la participación en el proceso de reforma de la atención de la salud mental en España (ASSE, 2018).

hacer una comida específica, o realizar alguna festividad que crean pertinente (entrevistada 1)

Desde cada profesional que es parte del equipo se busca modificar gradualmente la manera de vivir de las personas desde que ingresan, se le brinda importancia a los cambios diarios en el proceso de aprendizaje, reflejando así el cambio de paradigma, lo cual implica afrontar diariamente diversos desafíos, como por ejemplo:

Tener que adaptarse a desarrollar de manera gradual actividades para el funcionamiento de una casa, la complejidad de la toma de decisiones diarias, proyectarse día a día. Actualmente trabajan en ello, la autogestión. Comenzar a visibilizar servicios, interpretar objetos o actividades que tenían normalizadas de otra manera (entrevistada 1).

El equipo que trabaja en la casa está debidamente capacitado y formado desde una perspectiva comunitaria, como lo establece el artículo N°9 de la Ley N°19.529³⁴.

Se refleja una transformación en relación a la perspectiva y las prácticas a desarrollar a partir de la ley vigente, la cual propone una serie de dispositivos alternativos para abordar a la salud mental. En Casa Buceo, perteneciente a uno de ellos, se trabaja en conjunto desde distintas disciplinas, modificación pertinente a la referida dimensión técnico asistencial aportada por Amarante.

El mismo está integrado por: cinco Acompañantes Terapéuticos, siete Enfermeros, Trabajadora Social, dos residentes de Psicología, un Cocinero, y una Auxiliar de servicio. La filosofía del equipo técnico es no limitar sus funciones a la especificidad sino que se aporta en distintas tareas inherentes a algún cargo. La casa tiene personal las 24 horas.

Desde la coordinación se considera fundamental una línea de trabajo organizada y debidamente capacitada, por lo tanto se guía a trabajadores que arriban al dispositivo sin experiencia en lo que respecta a salud mental comunitaria. Menciona la entrevistada que frecuentemente es hacia acompañantes terapéuticos, debido a la cercanía que tienen para enfocar el trabajo hacia el contacto con la comunidad y también hacer énfasis en la construcción del proyecto individual.

³⁴ Desde el Ministerio de Salud Pública se instruye al equipo interdisciplinario a partir de capacitaciones y actualizaciones constantes para cumplir el cometido de la presente Ley desde una perspectiva de DDHH.

En cuanto a la finalidad que tiene Casa Buceo, los objetivos especificados son los siguientes; tener un lugar digno para vivir, socializar, buscar la inserción en distintos espacios de la sociedad, tener acceso a la educación y la cultura, es decir, gozar derechos que anteriormente estuvieron limitados ya que son personas que han tenido internaciones muy prolongadas. Al habitar lugares de encierro durante un período de tiempo bastante extenso, sus posibilidades de acción estuvieron limitadas, y a partir de ahora tienen que re-incorporar nuevos procedimientos en el día a día. Transcurre un proceso de aprendizaje donde se busca que adquieran nuevos hábitos para crear las condiciones que van a guiar a futuro su proyecto de vida como por ejemplo; manejar dinero, tomarse un ómnibus, aprender a relacionarse con la comunidad en cuanto a cuestiones de su proceder cotidiano, entre otras. Se manifiesta que es un proceso de re-educación o comenzar a practicar nuevos hábitos para vivir una vida cada vez más autónoma, la cual tiene reglas ya sea dentro de la institución como también fuera de la misma.

3.2 El rol de Trabajo Social en la institución y los desafíos de la profesión en el proceso de trabajo

La segunda entrevistada, Trabajadora Social de Casa Buceo le brinda relevancia al trabajo realizado entre el equipo de profesionales en conjunto con la persona en un proceso que tiene como finalidad ampliar los márgenes de autonomía, por lo tanto se fomenta la realización de actividades respetando la voluntad de la persona a querer realizar las mismas. Se promocionan redes intersectoriales³⁵ coordinadas por el equipo, por ejemplo con el CCZ, INEFOP, la IMM, la Policlínica, liceos, escuelas.

También subraya la importancia del trabajo en conjunto realizado por el equipo donde cada disciplina aporta desde su especificidad hacia una comprensión integral y complementaria desde una perspectiva de derechos humanos.

Se concibe el rol de la persona como un rol activo, definiendo a la misma con la capacidad de construir su propio futuro. Este modo de abordar la salud mental refiere a lo que Ramirez y Techera (2021) denominan la perspectiva subjetiva-social/histórica, como modo de entender a la salud de las personas a partir de determinantes sociales de cierta coyuntura

³⁵ La ley N°19.529, en todo su texto establece la importancia de la coordinación entre distintas esferas del Estado para garantizar un abordaje integral que entienda la complejidad de la salud mental e impulse políticas específicas orientadas hacia la inclusión de las personas. (Techera y Ramirez,2021).

histórica, para abandonar un paradigma objetivo-natural que se caracteriza por ser simplista al reducir la salud mental a la descripción del sufrimiento de las personas.

Aquí se evidencia el cambio en la dimensión teórico-conceptual o epistemológica, si bien la Ley N°19.529 habla de trastorno o desviación social, es decir, continúa con la noción de enfermedad, al mismo tiempo la legislación reconoce la salud mental como un estado determinado por aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Esta perspectiva integral afirma que dicho estado es modificable y las personas tienen la capacidad de realizar un aporte a la comunidad, siendo parte de la misma³⁶.

La profesional aporta que el mayor desafío es la integración a la comunidad de residencia y también a la sociedad en general. Consolidar y mantener la inclusión social y familiar de personas que han vivido muchos años bajo estructuras tutelares asistenciales, donde opacaban sus derechos humanos tan básicos como la libertad de elección en asuntos cotidianos (alimentación, higiene, recreación, gustos personales). Menciona las secuelas iatrogénicas que generan las prácticas asistencialistas en instituciones donde colocan al sujeto en “un lugar pasivo, objeto de intervención, asistido, tutelado y obediente”, en palabras de Ramirez y Techera (2021, p.45).

Ambos autores problematizan sobre los efectos de las prácticas al generar un estado “zombi” en las personas, se preguntan de manera retórica, sobre la base de que las personas se conforman de prácticas aprehendidas, cual es el aporte de las prácticas tutelares en las personas. Plantean la necesidad de posicionarse de manera crítica desde una perspectiva social, ética y política con los contenidos que sustentan las prácticas desarrolladas en instituciones.

Continuando con las especificaciones del trabajo desarrollado diariamente desde trabajo social como también por el resto del equipo de trabajo de Casa Buceo, el mismo tiene un posicionamiento de trabajo desde la perspectiva de Derechos, coordinada y llevada a cabo por cada profesional. Además la trabajadora social le brinda gran relevancia a la comunicación para no reproducir lenguajes y/o conductas que corresponden al modelo asilar. En este proceso afirma la trabajadora que hay que centrar los esfuerzos en un progresivo cambio que tiene a la persona como centro de atención y agente de su propio cambio, a la cual hay que empoderar, es decir, buscar impulsar sus cualidades y gustos personales; constituyendo un vínculo en el proceso de trabajo entre cada persona y el

³⁶ La ley N°19.529 (2017) en su artículo N° 3 establece que la salud mental está vinculada al ejercicio efectivo de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.

equipo, que cumple funciones referidas a ser un/a agente de apoyo, articulación, acompañamiento, comprensión, para afrontar distintos avatares como pueden ser: dificultades, aprendizajes constantes, frustraciones por todas las partes involucradas y cambios profundos en sus vidas cotidianas.

El relacionamiento entre el equipo y las personas que habitan la casa es constante, con ellas se establecen objetivos a corto, mediano y largo plazo de acuerdo a sus gustos y a lo que desde el equipo se le plantea y acepte. Lo principal es el respeto a la elección de su proyecto de vida y también a las normas generales de la institución elegidas por todas las personas que la habitan.

El proyecto a futuro puede ser a través de MIDES a casas estipuladas para 2 o 3 personas en la zona cercana a la cual se atienden. El procedimiento consta en que se elijan entre sí a gusto para habitarlas, o también pueden optar por un proyecto de vida particular.

En cuanto al trabajo desarrollado por la trabajadora social, la misma plantea que:

Desde Trabajo social se trabaja abiertamente compartiendo el ejercicio de la labor con otras profesiones de manera conjunta desde distintas perspectivas (...) y es así como trabajan, ya que cada residente tiene una persona del equipo designada como referente, pero el relacionamiento con todo el equipo es constante y complementario (entrevistada 2)

Sostiene la importancia desde la profesión en cuanto al carácter mediador en el proceso que vive el/la residente, en el cual hay que respetar cada decisión, contemplar la autonomía y los tiempos de aprendizaje. En el día a día se busca articular con distintos organismos del Estado para restituir derechos que han sido quitados.

Al trasladar el rol de la persona hacia un rol activo, se define a la misma como un agente con la capacidad de construir su propio futuro. Davidson y Gonzalez (2017) plantean que el objetivo debe estar orientado hacia la recuperación³⁷, quienes describen que el mismo

³⁷ Tales autores sostienen que la definición de recuperación dista de estar curado ya que el mismo se entiende como “un proceso profundamente personal y único de cambiar nuestras actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y activa, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad”(p.193).

conlleva a transcurrir la vida reconociendo la existencia de la enfermedad, aprendiendo a convivir con la misma desarrollando un rol activo en un proceso de aprendizaje.

La definición de cura según describen los autores anteriormente nombrados se modifica. El objetivo, describen, se orienta hacia la búsqueda de un papel activo centrado en la persona para que supere la discapacidad y adquiera un nuevo sentido de su vida. Dicho aporte radica en entender la recuperación no como una cuestión individual, sino en la importancia que tiene el entorno, como factores que influyen para fomentar o impedir el proceso de recuperación de la persona. De este modo deben entenderse las limitaciones y potencialidades de la misma como agente de cambio donde varios factores influyen en el desarrollo de su vida, como su entorno familiar, económico, social, laboral, cultural y político (Davidson y Gonzalez, 2017).

Otro aspecto relevante es el vínculo con la sociedad. La dimensión sociocultural (Amarante, 2009) para entender la producción de un proceso de reforma, la cual conlleva a problematizar las construcciones sociales establecidas en relación a la locura en cuanto a mayor o menor grado de receptividad por parte de la comunidad. En este proceso de transitar un modelo de atención hacia la salud mental enfocado hacia lo social, el entorno es parte fundamental, porque el vínculo con el mismo puede representar un impulso o un obstáculo a vencer.

En esta ocasión, la trabajadora relata que ocurren ambas, e indica la importancia de trascender las barreras por parte de la sociedad y la importancia de un Estado presente para continuar trabajando en romper con el estigma en todos los ámbitos. Propone como necesario problematizar comportamientos, trascender hacia la creación de una nueva visión crítica-constructiva y que sea adoptada por la sociedad para aportar hacia la construcción de una cultura inclusiva con respecto hacia la salud mental. Tiene el deseo que se desarrollen campañas masivas de información para que las mismas impacten en la opinión de la sociedad.

Se extraen en relación al mismo datos como; el vínculo con el entorno cercano, el relacionamiento con el barrio es muy bueno ya que desde el inicio fue el mismo se mostró receptivo. En el año de creación de la casa distintos vecinos y vecinas se acercaron para conocer y presentarse. También en las fiestas de fin de año las personas que residen en la

casa compartieron un buen momento con la vecindad, se realizaron algunas cantadas con guitarra, hubo regalos en un entorno de festividad y alegría.

Pero también han ocurrido algunas experiencias no tan receptivas, como por ejemplo, según describe la trabajadora social; se vivió una situación de distinto trato hacia una persona que reside en la casa. Al participar en una actividad se la discrimina y tuvo que intervenir a pedido de las autoridades, quienes consultan sobre la posibilidad de que la persona asista en otro horario, ya que tiene mayor dificultad de aprendizaje que el resto del grupo, la cual no se le contempla y respeta. Entonces es considerada un obstáculo al desarrollo de las actividades a realizar por el resto del grupo. La Trabajadora social según relata accedió a dicho pedido porque quien asiste a la actividad acordó eso en mutuo con ella, también describe que es un acto de cuidado hacia la persona y asegura que continúa participando pero en un horario acotado. Por último reflexiona sobre la posibilidad a futuro de la existencia de mayor cantidad de políticas asistenciales que contemplen distintas complejidades, es decir, que sean heterogéneas en cuanto a la inclusión

Conclusiones finales del capítulo

La información recabada describe el funcionamiento de Casa Buceo como dispositivo que traslada el rol que lleva a cabo la persona en el mismo, siendo parte de una reconstrucción de varios aspectos de su vida en conjunto con el equipo de trabajo. La creación del plan de trabajo en conjunto entre la persona que ingresa al dispositivo y el equipo de trabajadores/as es fundamental que se desarrolle de manera gradual, respetando las decisiones de la misma según lo establecido por el cambio de paradigma definido por la Ley N°19.529.

Las trabajadoras entrevistadas le dan importancia a la no diferenciación entre las personas que allí viven y las personas que trabajan, al no usar uniforme de distintivo, por ejemplo, se busca establecer una nueva relación más armónica donde no prime la desigualdad de poder en las decisiones.

El espíritu de la casa es de buen augurio para continuar e impulsar la reglamentación de la nueva ley, y así lo viven las personas residentes quienes construyen día a día un gran cambio en sus vidas, como también lo expresan los/as trabajadores/as, se sienten parte de los cambios que logran las personas que allí residen y ello les genera gran satisfacción.

El trabajo como plantea la trabajadora social tiene como objetivo restituir los derechos que han estado ausentes, mediante un intercambio de estrategias de acción y vínculo, considerando las características particulares, historia de vida, redes familiares o sociales y recursos existentes.

En el proceso de trabajo se realizan reuniones de coordinación para asesorar y apoyar la línea de acción en el área laboral, educativa, recreativa con la finalidad de no reproducir lógicas manicomiales.

Las profesionales entrevistadas tienen experiencia en distintos dispositivos de salud mental y su formación está orientada hacia un enfoque psicosocial y comunitario.

Pensando en el trabajo a futuro en salud mental las trabajadoras entrevistadas reflejan una situación actual donde tienen limitado su margen de acción ya que los recursos brindados son acotados. Por lo tanto, esperan que se concreten nuevos dispositivos, heterogéneos en su funcionamiento, que contengan la adecuada formación y capacitación para lograr una red de sostén que no abandone a ninguna persona.

Consideraciones finales

Este trabajo inicia con la premisa de investigar acerca del proceso de reforma de la atención de la salud mental en Uruguay, establecido por la Ley N°19.529 y cómo distintos factores influyen en su construcción. La misma establece un cambio de paradigma sustancial que difiere del método hospitalo-céntrico, y en sustitución plantea la creación de dispositivos alternativos.

Es por ello que centro especial atención en un dispositivo de referencia a nivel nacional como lo es Casa Buceo, para evidenciar cambios en cuanto a externación de personas que tienen una larga estadía en instituciones monovalentes y/o asilares en Uruguay.

En el presente documento se realiza un recorrido histórico de distintas perspectivas aportadas por experiencias relacionadas a la asistencia brindada hacia la salud mental en distintos momentos históricos. Planteando así alternativas al clásico modelo hospitalo céntrico, el cual desde el inicio centra la atención en describir, comprender y definir como enfermedades mentales aquellos comportamientos que representan un vínculo problemático con la sociedad, por lo tanto se llevan a cabo distintas técnicas en búsqueda de un estado de curación.

El encierro en estructuras asilares y monovalentes materializa el proceder terapéutico de la psiquiatría clásica que focaliza su análisis estrictamente en la enfermedad asociado a la peligrosidad y marginación. Luego surgen diversas experiencias que cuestionan dicho posicionamiento conceptual individualizante, el funcionamiento de las instituciones y sus efectos en las personas debido a la prolongada inactividad y la rígida estructuración de sus vidas cotidianas.

Las mismas ofrecen distintas técnicas que tienen como finalidad una alternativa que contemple la incidencia de otros factores en la salud mental de las personas. De este modo surgen varias profesiones no médicas que brindan su especialización para entender la salud mental de las personas desde una perspectiva bio-psico-social.

Desde los llamados “movimientos reformistas”; las experiencias italianas, tanto la de Brasil y la ocurrida en Rio Negro (Argentina), proporcionan paradigmas alternativos para abordar la atención hacia la salud mental, cuestionando las prácticas de la institución asilar, posicionándose hacia una perspectiva de derechos humanos y otorgándole un rol activo-participativo a la persona en su relación con la comunidad.

En Uruguay, a partir del año 2017 con la aprobación de la Ley N°19.529 se plantea un nuevo escenario para la salud mental, la misma afirma que el objetivo de la rehabilitación para desarrollar una vida digna debe ser adaptada a las etapas y necesidades que cada persona requiera. En el artículo n°21 especifica que la misma debe tender hacia una mejora de su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural.

Como proceso de reforma, considero relevante la importancia que tiene en el mismo ser comprendido en su constitución y desarrollo a partir de las cuatro dimensiones aportadas por Amarante (2009) , influyentes y vinculantes entre sí.

Dicha ley establece que las estructuras asilares y monovalentes serán sustituidas por dispositivos alternativos. En este caso, Casa Buceo como residencia con apoyo, de acuerdo a la información brindada en las entrevistadas, tiene la finalidad de orientar el trabajo interdisciplinario hacia un proceso de trabajo que abandone prácticas sanitarias y se oriente hacia lo social, reconociendo a la persona como agente de su propio cambio.

El equipo de trabajo de Casa Buceo desarrolla una postura consolidada y coordinada desde una perspectiva de derechos, llevada a cabo por cada profesional en el proceso individual, con el propósito de modificar hábitos correspondientes al encierro, desarrollando en el día a día actividades para lograr mayores niveles de autonomía.

El rol desarrollado por Trabajo Social se lleva adelante intrainstitucionalmente e interinstitucionalmente realizando aportes significativos en lo que respecta a la dimensión técnico asistencial. La finalidad del trabajo diario es articular con distintos organismos del Estado para restituir derechos que han sido quitados y que cada persona tenga la posibilidad de realizar una transformación en su vida de acuerdo a su elección, que le permita ampliar sus márgenes de autonomía. Se destaca el rol de mediador en el proceso que vive el/la residente, respetando cada decisión y los tiempos de aprendizaje.

El mayor desafío para nuestra profesión en el dispositivo es encontrar en la política socioasistencial³⁸ una herramienta fundamental según relata la profesional para conquistar y mantener la inclusión social y familiar de personas que han vivido muchos años bajo

³⁸ Vecinday(2019) la describe como al repertorio de intervenciones sociopolíticas con el objetivo de garantizar la protección social. Para el desarrollo de la misma, la autora le brinda importancia al vínculo entre la institución, saberes científico-técnico y agentes profesionales que actúan como soportes en la búsqueda de la efectiva participación de los procesos de producción y reproducción de la vida social de las personas.

estructuras tutelares asistenciales, donde no se respetaban sus derechos humanos tan básicos como la libertad de elección en asuntos cotidianos.

La trabajadora social de Casa Buceo tiene la expectativa de tener próximamente un abanico más amplio de políticas que contemplen distintas singularidades, ante esto Vecinday (2019) detalla la importancia de las políticas de inserción³⁹ para gestionar la ausencia de espacio social hacia aquellas personas que no se las considera útiles en términos de funcionalidad con respecto al resto de la sociedad.

³⁹ La autora relata que la inserción se diferencia de la integración al promover diversas formas de circuitos protegidos que se adapten el funcionamiento a la singularidad de cada persona y no se administren bajo el “natural” funcionamiento.

REFERENCIAS

Amarante, P. (2015). Saúde mental, formação e crítica- organizado por Paulo Amarante e Leandra Brasil da Cruz - Río de Janeiro: LAPS

Amarante, P. (2006). Locos por la vida: trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil.- la ed.- Asociación de las Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires

Amarante, P. (2009). Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial.- la ed.- Buenos Aires: Topía Editorial.

Amarante, Paulo (1994a). Uma aventura no manicômio: a trajetória do Franco Basaglia. História, Ciências, Saúde- Manguinhos, I:61-77.

Amarante, P (1994b). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Comisión Nacional Ley de Salud Mental. (2016) Comunicado a la opinión pública, 10 de Octubre. En: Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida digna. (2015). Rayadx estamos todxs. Montevideo, Uruguay. Pez en el hielo Ediciones.

Cohen, H. y Natella, G. (2013). La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro, la ed.- Buenos Aires, Lugar Editorial.

Comisión Nacional Ley de Salud Mental. (2016) Comunicado a la opinión pública, 10 de Octubre.

Davidson, L. y González, Á. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicancias en salud mental.Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq: 189-205

De León, N. Procesos de Reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario. De León, N. (Coord) (2013). Salud mental en debate. Universidad de la República. CSIC: Psicolibros-Waslala.

Ottonelli, J. Marco Jurídico: Salud Mental y Derechos Humanos. En: De León, N. (Coord) (2013). Salud mental en debate. Universidad de la República. CSIC: Psicolibros-Waslala.

De León, N. De Pena, L., Silva, C. (2020). Intersectorialidad en las políticas de salud mental: sus características para la externación sustentable en el marco de la desinstitucionalización psiquiátrica en el Uruguay. Revista Uruguaya de Enfermería.

Nin, J., Regina, R. y Porciúncula, H.. Implementación y desarrollo del programa de salud mental en el ámbito del MSP. En: Garrido, G (Comp).(2004). Equipos comunitarios de salud mental: un modelo en movimiento. Montevideo, GEGA.

Goffman, Erving (2001) Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortu.

De León, N. Techera, A. Reformas de atención en Salud Mental de Uruguay y la Región. En: Grupo de trabajo en Salud Mental. (2017). Salud mental, comunidad y derechos humanos. Montevideo, Psicolibros Universitario.

Iglesias, G. Palacios, A. La convención de los derechos de las personas con discapacidad. La Salud Mental y los Derechos humanos. ¿Logros para mañana? En: Grupo de trabajo en Salud Mental (2017). Salud mental, comunidad y derechos humanos. Montevideo, Psicolibros Universitario.

Díaz, A., Ramírez, R.. Interdisciplinariedad y salud mental comunitaria. En: Grupo de trabajo en Salud Mental (2017). Salud mental, comunidad y derechos humanos. Montevideo, Psicolibros Universitario.

Maldonado, E y Semprini, C. (2019). Modelos de atención en la Salud Mental. Dispositivos Comunitarios en la Provincia de Río Negro. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

La Diaria (2018). 40 años de la Ley Basaglia: la salud mental comunitaria como derecho. Montevideo, Uruguay. Recuperado de:

<https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2018/7/40-anos-de-la-ley-basaglia-la-salud-comunitaria-como-derecho/>

Silva, C., de Pena, L.; Batalla, M.; Pedra, M. (2019). La variable interdisciplinar en los procesos de externación sustentable para el campo de la salud mental. Una aproximación descriptiva en contextos de vulnerabilidad social. *Revista Fronteras*, 13: 83-97

De León, N. Morosi, C. Organizaciones y movimientos sociales en el campo de la salud mental: contextos de participación e incidencia en los procesos de reforma y desmanicomialización. En: Silva, C.; De León, N (coord.) (2021). *Modificaciones normativas y política asistencial para el campo de la salud mental del Uruguay en el siglo XXI : tensiones y énfasis en la gestión sociosanitaria*. Universidad de la República, CSIC.

Vecinday, L. Algunas claves para interpretar el papel y los sentidos de la política socioasistencial en el siglo XXI. En: Vecinday, L., Bentura, P. (coord.) (2019). *Entre la asistencia y la activación. Intervenciones sobre la pobreza en el Uruguay progresista: Tomo II* [en línea] Montevideo : Udelar. FCS.

FUENTES

Ley N° 9581. Psicópata . Montevideo, Uruguay, 1936. Recuperado de:

https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/URY/INT_CAT_ADR_URY_16764_S.pdf

Plan Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública. Uruguay, 1986.

Recuperado de:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>

Declaración de Caracas,1990.

Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Ley N° 19.529. Ley de Salud Mental. Montevideo, Uruguay, 2017.

Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Ley N°18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay, 2007. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Junta de Andalucía (2011) Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Recuperado de:

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c9e750_04_descripcion.pdf

ASSE, Nueva Ley de Salud Mental: Directorio recibió al experto español Miguel Castejón, Director de la Fundación Manantial,2018.

Recuperado de:

<https://www.asse.com.uy/contenido/Nueva-Ley-de-Salud-Mental-Directorio-recibio-al-experto-espanol-Miguel-Castejon-Director-de-la-Fundacion-Manantial-11002>

Decreto N°305/011, Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, 2011

Recuperado de:

<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/305-2011/1>

Conferências Nacionais de Saúde: contribuições para a construção do SUS.Centro Cultural do Ministério da Saúde. Recuperado de:

<http://www.ccms.saude.gov.br/conferencias-nacionais-de-saude-contribuicoes-para-construcao-do-sus>

La Diaria. Miguel Castejón: “Se trata de abrir alternativas y los hospitales dejarán de existir cuando no sean necesarios”. 2018

Recuperado de:

<https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2018/9/miguel-castejon-se-trata-de-abrir-alternativas-y-los-hospitales-dejaran-de-existir-cuando-no-sean-necesarios/>

Ley N° 2.440. Salud Mental, tratamiento y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental. Provincia de Río Negro,1991. Recuperado de:

<https://defensoriarionegro.gov.ar/drn/wp-content/uploads/2019/12/Ley-N%C2%BA-2.440-Salud-Mental-Rio-Negro.pdf>

Ley N°8.080. Lei saúde mental. Brasil, 1990.

Recuperado de : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Ley N°10.216. Lei saúde mental. Brasil,2001.

Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

Ley N° 12.690. Lei das cooperativas do trabalho. Brasil,2001.

Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112690.htm

Ley N°10.708. Lei “Volta pra Casa”. Brasil,2003.

Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm

Organización Mundial de la Salud. Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra,2001(hoja informativa, N°220). Recuperado de :

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>

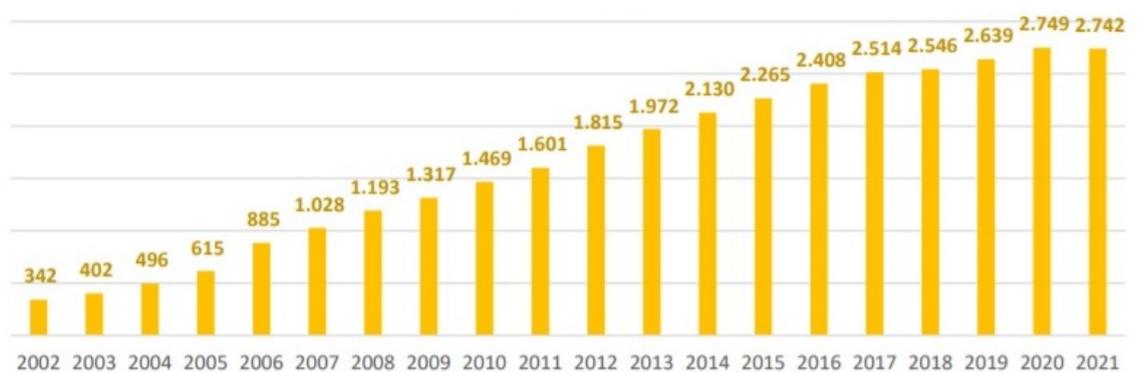
Rede de atenção Psicossocial (RAPS).Brasil, 2021. Recuperado de:

https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/rede_raps_2021_modelo_saps_julho_2021.pdf

ANEXOS

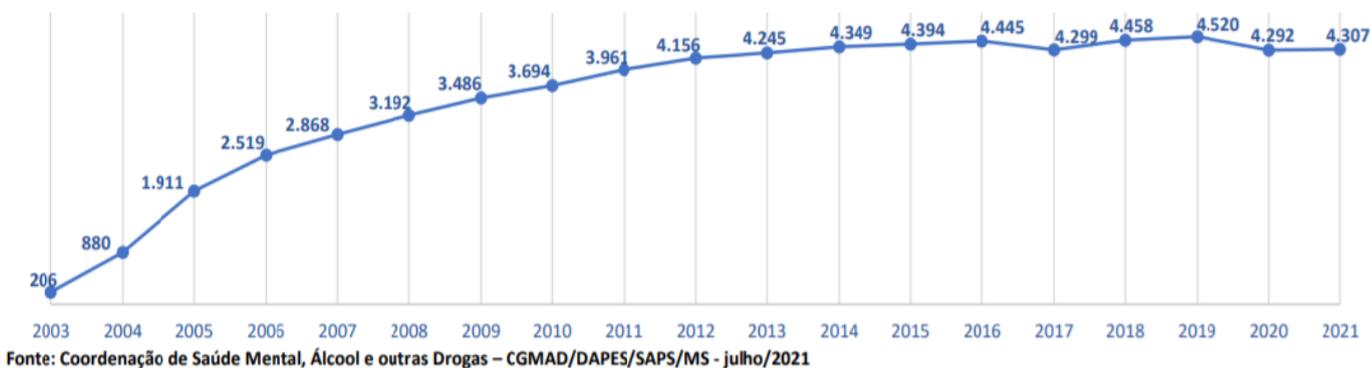
Anexo 1

Gráfico 1. Cuantificación de creación de CAPS en Brasil en el período comprendido entre los años 2002-2021.



Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

Gráfico 2. Representación de personas beneficiarias de Programa “De Volta para Casa” desde el año 2003 hasta el año 2021



Fuente: Ministerio de Salud de Brasil

Anexo 2. Pautas de entrevistas a trabajadoras de Casa Buceo.

1.1 Entrevista realizada a la coordinadora de Casa Buceo.

La entrevista es realizada el día 29 /03 /2022 dirigida hacia la Coordinadora de Casa Buceo con el fin de obtener información específica del funcionamiento de la misma.

Con su autorización previa voy a grabar la misma para obtener mejor calidad de datos. Se reserva el uso exclusivamente a la realización del documento, garantizando de esta manera la confidencialidad de datos y/o identidades. No se publicarán en la monografía ningún tipo de datos personales.

Presentación: mi nombre es Guzmán Bacino, estudiante de Trabajo Social y estoy realizando entrevistas en el marco de mi monografía final de grado.

Objetivos de la monografía:

El objetivo general busca describir la experiencia de creación de la residencia con apoyo “Casa Buceo” y analizarla en el marco del proceso de desinstitucionalización establecido en la ley N° 19.529.

Mientras tanto los específicos tienen la finalidad de:

Investigar el proceso de transición desde la institución asilar hacia la residencia con apoyo, poniendo énfasis en el trabajo que lleva a cabo el equipo interdisciplinario en contacto con la comunidad y/o distintos actores de la misma.

Indagar a qué aspectos del funcionamiento de la casa y/o actividades de la vida cotidiana se le otorga mayor importancia en la búsqueda de mayor autonomía.

Conocer cuáles son los nuevos desafíos para Trabajo Social en cuanto a su rol a nivel intra e interinstitucional y su importancia en la implementación de la Ley N°19.529.

Objetivos de la entrevista:

Realizar la misma permite recabar información de manera precisa del funcionamiento de Casa Buceo en cuanto a; el plan de trabajo en dicha institución, el trabajo en equipo que se realiza, la vida cotidiana y la autonomía de las personas que allí conviven y el proceso de desinstitucionalización

Datos de la entrevistada.

¿Cuál es su formación?

¿Cuál es su rol en Casa Buceo y qué implica el mismo?

¿Tuvo en la carrera o en el desempeño profesional, formación específica para trabajar en salud mental?

¿Alguna vez trabajó en otros dispositivos vinculados a salud mental?

¿Qué fue lo que le motivó a trabajar en Casa Buceo?

Acerca de Casa Buceo: generalidades.

¿Cuáles son los objetivos de la Casa?

¿Existen reglas generales de funcionamiento?

¿Cuáles son sus orientaciones de trabajo en la residencia con apoyo?

¿Qué diferencias sustanciales encuentras con otros dispositivos en los que trabajaste?

Trabajo en equipo.

¿Cómo está conformado el equipo de trabajo?

¿Cuáles son los lineamientos generales del trabajo en equipo?

¿Cómo funciona el equipo semanalmente?

¿Cuál es la relación entre el equipo de Casa Buceo y otras instituciones, por ejemplo, el Programa de Salud Mental y poblaciones vulnerables de ASSE? ¿Reciben pautas generales de funcionamiento?

¿Se realizan coordinaciones con redes territoriales? ¿con cuáles?

¿Existe coordinación con equipos de otros dispositivos de S.M?

¿Cuál es la incidencia de las personas que viven en Casa Buceo respecto de las decisiones del equipo?

Plan de trabajo para el ingreso/egreso.

¿Cómo es el proceso de ingreso de personas a Casa Buceo?

¿Las personas que viven en la casa tienen etapas a cumplir en la misma?

¿Están establecidos los tiempos para el egreso y/o cambio de dispositivo?

¿Cuáles son los ejes a los cuales le brindan mayor importancia desde el ingreso?

¿Cómo es el proceso de egreso?

En caso de egresar a otra manera de vivir, existe un seguimiento? ¿Quiénes lo realizan?

¿Dónde comienza el seguimiento?

Vida cotidiana ¿Cuáles son las actividades que realizan las personas a diario?

¿Qué factores influyen en la concreción de las mismas o no entre las distintas personas?
(habilidades o destrezas personales, elección por una tarea en particular, trabajo, estudio)

Autonomía. De acuerdo a su experiencia vivida trabajando en la casa, ¿cuáles son los cambios más significativos que aporta la misma en la vida de las personas? ¿Cuáles son los mayores desafíos que las personas deben superar ante tal cambio en la forma de vivir?

Proceso de desinstitucionalización. En su experiencia de trabajo en el campo de la salud mental, ¿cómo cree que se inserta este dispositivo en el proceso de desinstitucionalización previsto en la ley 19.529?

Para finalizar ¿Algún dato o comentario que consideres oportuno agregar?

Agradezco la dedicación y tiempo brindado por su participación en la entrevista de la monografía de grado correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social (UdelaR).

1.2 Pauta de entrevista hacia la Trabajadora Social de Casa Buceo.

La entrevista es realizada el día 08 /04 /2022 dirigida hacia la Trabajadora Social de Casa Buceo con el fin de obtener información específica del funcionamiento de la misma y conocer la labor desarrollada por Trabajo Social en Casa Buceo.

Con su autorización previa voy a grabar la misma para obtener mejor calidad de datos. Se reserva el uso exclusivamente a la realización del documento, garantizando de esta manera la confidencialidad de datos y/o identidades. No se publicarán en la monografía ningún tipo de datos personales.

Presentación: mi nombre es Guzmán Bacino, estudiante de Trabajo Social y estoy realizando entrevistas en el marco de mi monografía final de grado.

Objetivos de la monografía:

El objetivo general busca describir la experiencia de creación de la residencia con apoyo “Casa Buceo” y analizarla en el marco del proceso de desinstitucionalización establecido en la ley N° 19.529.

Mientras tanto los específicos tienen la finalidad de:

Investigar el proceso de transición desde la institución asilar hacia la residencia con apoyo, poniendo énfasis en el trabajo que lleva a cabo el equipo interdisciplinario en contacto con la comunidad y/o distintos actores de la misma.

Indagar a qué aspectos del funcionamiento de la casa y/o actividades de la vida cotidiana se le otorga mayor importancia en la búsqueda de mayor autonomía.

Conocer cuales son los nuevos desafíos para Trabajo Social en cuanto a su rol a nivel intra e interinstitucional y su importancia en la implementación de la Ley N°19.529.

Objetivos de la entrevista: Realizar la misma permite recabar información de manera precisa del funcionamiento de Casa Buceo en cuanto a; el plan de trabajo en dicha institución, el trabajo en equipo que se realiza y el enfoque en el mismo de Trabajo social, la

vida cotidiana y la autonomía de las personas que allí conviven y el proceso de desinstitucionalización.

Preguntas orientadas hacia la Trabajadora Social de Casa Buceo.

Formación y orientación de trabajo. ¿Has trabajado en otros dispositivos de Salud Mental? ¿en cuales? ¿Cuáles son los cambios con respecto a la orientación del trabajo en equipo en este nuevo dispositivo?

Desafíos de Trabajo Social en el nuevo dispositivo.

¿Cuáles consideras que son los desafíos para Trabajo Social en este nuevo dispositivo?

¿Cómo es el proceso de planificación con el equipo de trabajo para posteriormente actuar desde Trabajo Social ?

En cuanto al abordaje de la Salud Mental desde tu experiencia, ¿has apreciado cambios significativos? ¿Podrías mencionar los mismos y las causas que los hicieron posible?

Ley N°19.529 y su relación con Trabajo Social.

¿Qué cambios aporta la Ley N° 19.529 para Trabajo Social?

¿Sobre qué pilares consideras que son fundamentales trabajar a futuro?

En cuanto al proceso de Desinstitucionalización y al cambio de paradigma impulsado por la Ley N° 19.529, ¿cuales son los principales desafíos para lograr el cometido de la misma?

¿Cuál consideras que debe ser el rol que debe tener Trabajo Social como parte del proceso?

Para finalizar, ¿algún aporte o comentario que consideres oportuno agregar?

Agradezco la dedicación y el tiempo brindado por su participación en la entrevista para la monografía de grado de la Licenciatura en Trabajo Social (UDELAR).