

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

**Políticas de salud mental:
¿Omisión del Estado uruguayo?**

Natalia Guedes

Tutor: Celmira Bentura

2012

Mujica visitó el Hospital Vilardebó, donde un grupo de pacientes le regaló una mesa tallada a mano con el escudo nacional. En la primera visita que un presidente realiza a este nosocomio, el mandatario recordó parte de su historia como preso político y evocó lo que provoca el encierro.

"No pierdan la esperanza de salir de acá y estar mejor. No se entreguen, no bajen los brazos. Siempre se puede, se lo dice uno de ustedes".

"Conozco lo que es eso (el encierro) y lamento que en nuestras sociedades no miren estas cosas, hasta que un golpe familiar o las vueltas de la vida las hace mirar", resaltó Mujica en su visita al Hospital Vilardebó.

"Me tocó correr parte de mi vida en calabozos peores que los que tienen ustedes. Tuve una suerte bárbara porque estoy vivo. Se puede salir y se puede seguir andando. Nunca hay que perder la esperanza", subrayó.

José "Pepe" Mujica.

Primer visita de un Presidente de la República al Hospital Vilardebó, viernes 23 de diciembre de 2011.

Fuente: www.presidencia.gub.uy

DEDICADO A:

A mi madre, por haberme enseñado valores y transmitido su capacidad de lucha;

A Leo, por su gran amor e infinita paciencia;

A mis amigas de la vida, por su confianza y lealtad;

A mis amigas de convivencia, por todos los momentos vividos;

A mis amigos de facultad, por haber sido un gran equipo;

y muy especialmente,

A Lara, por hacerme sentir amor incondicional y hacer mi vida más feliz...

AGRADECIMIENTOS:

A mi tutora, por su dedicación e incentivar me en la elaboración de este trabajo;

A las entrevistadas de esta tesina, por haber compartido sus conocimientos y experiencias;

A todas las personas que de alguna manera vivieron conmigo este proceso;

A todas las instituciones que me dieron la posibilidad de estudiar;

A todos ellos...

¡Muchas gracias!

ÍNDICE

Introducción.....pág. 1

Capítulo I

Discutiendo el binomio salud-enfermedad mental desde una perspectiva histórica para comprender cómo ha sido su abordaje.....pág. 6

Capítulo II

Racconto del proceso histórico de políticas en salud mental en Uruguay.....pág. 19

Capítulo III

De la teoría a la práctica en salud mental: entrevistas a trabajadoras sociales.....pág. 42

A modo de reflexión.....pág. 49

Bibliografía.....pág. 53

Anexos

INTRODUCCIÓN

El presente documento constituye el trabajo de monografía final requerido curricularmente para la obtención del título universitario de Licenciado en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

La temática que se desarrollará a lo largo de este documento versa sobre un estudio histórico en el campo de la salud mental trazado por la implementación de ciertas políticas sociales¹ que han tenido lugar en el Uruguay.

El motivo que dio lugar a escoger este tema tiene base en la práctica curricular pre-profesional de la asignatura Metodología de la Intervención Profesional nivel III del Plan 1992 realizada por la estudiante en el año 2007 en el Hospital Vilardebó concretamente.

Es a partir de allí que se comienza a interiorizar con el tema, antes desconocido para nosotros como área de campo de intervención para el Trabajo Social, pero se extrae desde la revisión bibliográfica realizada para elaborar esta tesina que la salud y el Trabajo Social como disciplina, tienen una

¹ Entenderemos políticas sociales en el sentido planteado por los autores Andrenacci y Repetto (2006:2) quienes definen a las políticas sociales como aquellas políticas públicas que tienen por objeto de intervención común los problemas "sociales". Las políticas públicas que suelen ser presentadas como sociales, en la mayor parte del mundo capitalista contemporáneo, incluyen a todas aquellas intervenciones públicas que regulan las formas en que la población se reproduce y socializa (sobrevive físicamente y se inserta en el mundo del trabajo y en los espacios socioculturales) y que, además, protegen a la población de situaciones que ponen en riesgo esos procesos o neutralizan los efectos "no deseados" a los mismos. Suelen entenderse así los ámbitos del empleo, la educación, la salud, los sistemas de seguridad social y la asistencia social (entendida esta última como conjunto de intervenciones en las problemáticas que afectan a la población más vulnerable).

Complementando esta definición se colocan aportes de Claudia Serrano (2005:11-12) quien plantea que la política social consiste en el conjunto más o menos coherente de principios y acciones gestionadas por el Estado, que determinan la distribución y el control social del bienestar de una población por vía política. Entre sus objetivos se cuentan: la asistencia y protección social por lo que se genera mecanismos que permiten hacer frente a situaciones que amenazan la sobrevivencia y reproducción humana de acuerdo a determinadas estándares que la sociedad acepta como legítimos; la política social actúa como articuladora y proveedora del bienestar y como balanza de ajuste y redistribución de cuotas de protección social, generación de oportunidades y mecanismos de movilidad social.

estrecha vinculación desde la génesis de esta profesión como lo investigó Luis Acosta (1997) en su documento "Modernidad y Servicio Social".

El autor deja planteado que entre los inspectores del Uruguay del 900', luego visitadoras sociales y posteriormente asistentes sociales, existe una clara línea de continuidad en su acción. En cualquier instancia, se trataba de profesionales que visitaban los domicilios de los enfermos acompañados por un médico y una enfermera, y realizaban una evaluación socio-económica de las familias para otorgarles beneficios e impugnarles conductas de comportamiento.

Actualmente, es de común acuerdo, que la intervención en salud y por ende, en salud mental, debe abordarse desde una mirada interdisciplinaria, ya que, las patologías mentales de los individuos tienen una explicación multicausal de factores intervinientes (tales como elementos sociológicos, culturales, económicos, psico-sociales, políticos, entre otros) y no sólo a partir del binomio salud-enfermedad remitidos estrictamente a aspectos biológicos. Es por ello, que se considera que desde el Trabajo Social se puede contribuir al abordaje del área mental a través de las dimensiones asistencial² y educativa-promocional³ para mejorar la calidad de vida de las personas, ya sea desde la implementación como en el propio diseño de estas políticas.

Como fue planteado más arriba, el objeto de estudio de este trabajo consiste en presentar los principales lineamientos trazados en salud mental en nuestro país. Previo a ello, consideramos pertinente desarrollar, en un primer capítulo, una revisión bibliográfica de cómo ha sido percibida y/o sentida la

² Adriana García Espíndola (1999:5) explica que la dimensión asistencial de intervención del Trabajo Social no debe asociarse solamente a la prestación y acceso de servicios y recursos sino que dicha dimensión adquiere un nuevo significado cuando rompe con el pragmatismo acrítico de las acciones y las convierte en procesos que amplían la capacidad de injerencia de los sujetos beneficiarios de los servicios; cuando atiende a la calidad y mejoramiento de los programas sociales; cuando adquiere un tratamiento teórico, metodológico y hasta político articulado con la interpretación política del contexto social, el análisis coyuntural en el que éste se expresa y el respeto a valores y formas de vida de los sujetos que involucra.

³ Implica por definición intervenir en el desarrollo de potencialidades y capacidades intelectuales, organizativas y afectivas de los sujetos, con la finalidad de que éstos puedan detectar y movilizar recursos generando así movimientos de aprendizaje socialmente compartidos por sujetos capaces de analizar su realidad, plantear alternativas de cambio, participar en procesos de negociación y gestión de soluciones de sus propios problemas (GARCÍA ESPÍNDOLA;1999).

enfermedad mental a lo largo de la historia, con la finalidad de que dicha revisión pueda aportar elementos que permitan consumir (o no) un paralelismo de esas percepciones con lo sucedido en Uruguay.

Es loable plantear que discutiremos el binomio salud-enfermedad mental posicionándonos desde una perspectiva dialéctica definiendo la salud como la manifestación plena en las diferentes etapas de la vida del individuo, de su potencial capacidad de desarrollo y madurez, y no como la mera ausencia de enfermedad.

La salud y la enfermedad no son estados aislados y diferentes, sino categorías biológicas y sociales que coexisten en unidad dialéctica; partes constitutivas de un proceso, integrado dentro del proceso económico social que es su determinante, que varían históricamente con éste, pero a la vez influyen sobre él. Por este motivo se afirma que debería ser posible comprobar diferencias en los perfiles patológicos a lo largo del tiempo como resultado de las transformaciones en la sociedad (MUÑOZ; AAVV;1987:13). Esta idea es colocada aquí a modo de introducción a la temática, pues será profundizada en el primer capítulo de la presente monografía.

En una segunda parte, se intenta reconstruir el abordaje histórico en el área de la salud mental en Uruguay partiendo de una revisión bibliográfica y documental (programas, planes, revistas, afiches, informes internacionales, entre otros) que fueron parte constitutiva de estos procesos.

Debemos dejar en claro que este trabajo hará referencia a aquellas políticas dirigidas principalmente a población en edad adulta que padecen trastornos psiquiátricos enmarcados en un contexto de vulnerabilidad social⁴,

⁴ "La vulnerabilidad social es entendida como una predisposición a descender de cierto nivel de bienestar a causa de una configuración negativa de atributos contrarios al logro de beneficios no sólo materiales, sino también simbólicos. Se trata de un conciente entre la posesión, control y administración de recursos materiales y simbólicos que posibilitan el funcionamiento social y las condiciones que ofrece el mercado, el Estado, la sociedad y los hogares. Esta ecuación afecta el nivel micro mediante la existencia o no de mecanismos comunitarios asociativos, organizaciones colectivas, estructuras familiares extendidas, comunidades con vínculos solidarios fuertes.

económica y cultural, no abordando población infantil, ya que se considera esta última tiene ciertas particularidades que no se estudiarán en este documento.

En el tercer capítulo, se presentan diversas posturas, opiniones y/o comentarios obtenidos a partir de entrevistas cualitativas⁵ realizadas a informantes calificados, es decir, profesionales que se desempeñan en el ámbito de la salud mental en distintos niveles de atención, con el objetivo de poder visualizar si lo recogido en fuentes documentales ha podido o pudo plasmarse en la realidad concreta o sólo se remite al plano del discurso.

Asimismo, este capítulo tiene como objetivo intentar una aproximación del abordaje desde la especificidad del Trabajo Social como disciplina en el ámbito de la salud mental.

Se debe mencionar que la metodología utilizada para llevar a cabo dichas entrevistas se basó en la búsqueda de centros de salud por nivel de atención que tengan cierto arraigo en la salud mental con profesionales con vasta experiencia en el campo. De esta manera, se contactó con trabajadoras sociales calificadas y, en ciertos casos, fueron recomendadas por profesionales de distintas disciplinas de los mismos centros de salud.

Para ello se elaboró una guía de conversación como organizador para informarnos, a rasgos generales, sobre una reseña de la salud mental en el Uruguay, los programas que han sido aplicados en los distintos niveles de atención y para conocer cuáles son los principales lineamientos del trabajo social en el campo de la salud mental hoy.

Se hace necesario entonces articular las perspectivas micro, concentradas en las estrategias de movilización de recursos, y los enfoques macro que atienden a la formalización de políticas sociales y las consecuentes estructuras de oportunidades" (FERNÁNDEZ;2003:498).

⁵ Citaremos a Miguel Valles para definir cómo entendemos entrevista cualitativa: "La entrevista semiestructurada es guiada por un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado.

Este proceso abierto e informal de entrevista es similar y sin embargo diferente de una conversación informal. El entrevistador y el entrevistado dialogan de una forma que es una mezcla de conversación y preguntas insertadas" (VALLES;1997:179).

Por último, en el capítulo final de esta tesis, se plantean las reflexiones a las que se arriba, con la intención de que este trabajo contribuya un humilde aporte a la discusión desde el Trabajo Social en el campo de la salud mental.

CAPÍTULO I

DISCUTIENDO EL BINOMIO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA PARA COMPRENDER CÓMO HA SIDO SU ABORDAJE.

Para comenzar a desarrollar este capítulo se considera fundamental plantear aquí la idea de que el binomio salud-enfermedad mental no se pueden determinar el uno sin el otro cuando se intenta llegar a una aproximación de ambas concepciones.

En este sentido podemos afirmar, basándonos en el material consultado para la elaboración de este capítulo, que no existe aún un consenso para delimitar qué se entiende por cada acepción.

Como plantean Castellanos y otros autores:

→ *“La locura constituye el resultado de un intento de integración a la realidad, fenómeno relacional, próximo a los condicionamientos socio-políticos y culturales, antes que a procesos del orden de lo biológico”*
(CASTELLANOS; MARTÍN; MOLEDDA; TAUCAR; 1998:24-25).

Agregamos a lo anteriormente expuesto aportes de Emiliano Galende (1990) quien explica que el objeto de la salud mental no es un objeto natural sino un objeto social-histórico, que no se restringe a la producción de enfermedades mentales sino a los valores positivos de salud mental, en que las mismas enfermedades pueden ser pensadas y explicadas.

El autor afirma que los problemas comprendidos en el campo de la salud mental pertenecen a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas.

De acuerdo con lo planteado por Lucía del Carmen Amico (2005) podemos decir entonces que ambas concepciones, salud y enfermedad mental, son construcciones sociales que, como se ha dejado planteado más arriba irán variando históricamente. Ambos conceptos se entienden como difíciles de definir, pues su contenido involucra un carácter valorativo, por su condición de ser representaciones sociales.

Desde esta postura, podemos decir que las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana o enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico. El que una persona sea considerada como enfermo mental no solamente depende de sus alteraciones en su comportamiento sino también de las actitudes de la sociedad con este tipo de alteraciones. Es decir, que cada cultura estipulará determinados patrones que definirán cuando un individuo se encuentre sano física y psíquicamente.

Así, en el Nuevo Testamento, la locura es considerada como una posesión de los malos espíritus a los que hay que desalojar del cuerpo del enfermo para curarle. Es decir, la locura aparece asociada con la divinidad y el demonio y por lo tanto quienes se ocupaban de ella eran los hechiceros y exorcisadores (DELGADO; HULÉTCHE;1998:58).

Durante la Edad Media esta concepción que los trastornos psíquicos fueran asociados a problemas mágicos-religiosos siguió vigente. Siguiendo a Foucault (1990;69-70) la locura era percibida como algo que pertenecía a las quimeras del mundo y se consideraba necesario atenderse cuando adoptaba una forma extrema o peligrosa. Las prescripciones médicas eran terapias inmersas en la naturaleza puesto que constituía la forma de disipar las ilusiones y el error.

Por esta época la Iglesia tenía un enorme poder y en tanto sociedad religiosa cualquier desviación se comprendía en sentido teológico: el comportamiento diferente en las personas que se apartaban de las normas

instituidas del grupo era explicado mediante la posesión diabólica y la locura (ABRAHAM; BERNAL; RODRIGUEZ;1998:150).

Con el Renacimiento los locos dejaron de ser endemoniados y pasarán a ser objetos de la ciencia médica y no de la hoguera. Estamos en presencia de lo que dio a llamarse “Primera Revolución Psiquiátrica”, la cual se inicia en el Renacimiento y se extiende hasta la Revolución Francesa. Se dejará de considerar como poseído al loco y se lo transformará en una persona peligrosa, razón por la cual debe ser internado como los criminales o los mendigos (DELGADO; HULETCHE; 1998:58).

Como plantean Abraham y otros autores (1998) en el siglo XVII comenzó a decaer el poder de la Iglesia y la cosmovisión religiosa del mundo, con la superioridad de la razón y la experiencia. Surge el pensamiento científico y el conocimiento se fusiona con el poder del hombre: “ciencia y poder humano coinciden”, de allí que el saber es poder.

El pensamiento científico hizo que la razón del hombre se sobrevalorara en demasía. De esta forma, el loco era considerado un alienado, es decir, una persona carente de razón plena y la razón era la condición elemental para definir la naturaleza humana y distinguirla de las demás especies vivas en la naturaleza. La alienación mental producía la pérdida del libre arbitrio y, consecuentemente, de la libertad. Por tal motivo, el loco no era admitido como ciudadano. Ello condujo que el loco sea encerrado en un hospital no por caridad o represión sino para recibir un imperativo terapéutico (AMARANTE;2009).

Castel (1980) deja planteado que la tolerancia a lo anormal según las necesidades impuestas por la alternancia de las fases del desarrollo industrial queda explícitamente definido en base a las exigencias de la producción.

Losada y otros autores (1998:47) retoman a Foucault para señalar la coincidencia estructural de la medicina y de la economía que acontece en el siglo XIX a partir de una común referencia al valor del trabajo como fundamento

de la riqueza y equivalente de salud, lo que deja concluir a los autores que la locura se asociara a una forma de improductividad.

En palabras de Robert Castel:

"(...) el loco desentona. Carente de razón, no es sujeto de derecho: irresponsable, no puede ser objeto de sanción; incapaz de trabajar o de "servir", no entra en el circuito reglamentado de los intercambios, esta libre circulación de hombres y mercancías en la que sirve de matriz la nueva legalidad burguesa. Foco de desórdenes, hay que reprimirlo más que nunca, pero según un sistema de punición distinto del establecido por los códigos para aquellos que han transgredido las leyes voluntariamente" (CASTEL;1980:25).

"(...) el loco es digno de lástima. Es un desgraciado, un infortunado que ha perdido el atributo más apreciado del hombre: la razón. (...) Al dejar de pertenecerse a sí mismo, ya no es susceptible de participar en el proceso de producción y de adquisición" (CASTEL;1980:52).

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

"Si la enfermedad puede ser entendida como condición de quien se pone fuera de la norma, la institución es la sanción que tiene la función de llevar al anormal a la normalidad: es por lo tanto el lugar -dentro de la norma- para las desviaciones de la norma" (CASTELLANOS; MARTÍN; MOLEDDA; TAUCAR; 1998:24-25).

Retomando a Foucault agregamos:

"La práctica del internamiento a comienzos del siglo XIX coincide con el momento en que la locura era percibida

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

Vemos como en la fase capitalista se hace necesario mantener ese nuevo orden social-económico siendo la tendencia a la homogeneización de las conductas; principal motivo por el cual los locos, vistos como seres perturbadores, debían ser encerrados evitando así el desorden social, lo que da como resultado el cómo del tratamiento de la enfermedad mental dando lugar al hospital psiquiátrico.

Creemos pertinente entonces, seguir problematizando elementos que dieron lugar al abordaje de la enfermedad mental partir de la figura del hospital psiquiátrico.

Siguiendo a Amico (1995) el surgimiento del manicomio se puede ubicar a fines del siglo XIX sostenido por los valores de la modernidad y bajo la influencia sociocultural del positivismo. Por esos tiempos asistimos a la plena construcción del Estado nacional, la inserción del país al modo de producción capitalista, el crecimiento urbano y la incipiente modernización. La preocupación del estado por ese entonces era mejorar al sujeto como agente económico.

Para Castel (1975) la institucionalización del anormal es de hecho un fenómeno ligado al nacimiento de la era industrial y a su fase de expansión y se produce cuando se hace necesario codificar la diversidad y crear

instituciones especiales para separar a los elementos que alteran el orden social de los productivos.

De esta forma, Franco Basaglia (1987) agrega que la enfermedad mental es incomprensible e irreductible, por lo tanto no se puede hacer otra cosa que contenerla en un espacio adecuado para la contención; la sociedad "libre" tiene la necesidad de aislar y separa los elementos de perturbación social y encarga a los "científicos" el controlar la contención.

Así, el manicomio, instituto terapéutico y de control, de rehabilitación y segregación, se consolida a través de la terapia y de la rehabilitación en manos del poder médico.

Consideramos pertinente colocar aquí aportes de Michel Foucault (1997) quien expone que las instituciones disciplinarias como lo son los hospitales psiquiátricos crean una maquinaria del control de la conducta; las divisiones tenues y analíticas que han realizado han llegado a formar, en torno a los hombres, un aparato de observación, de registro y de encauzamiento de la conducta.

Como afirma Amico (1995) con el diagnóstico psiquiátrico el loco es reconvertido en enfermo mental y sometido a tratamiento, incluso en contra de su voluntad, ya que la psiquiatría era (y en cierta forma es) omnipotente frente al enfermo mental, cuyo discurso es negado por incoherente y cuya palabra sirve para verificar su diagnóstico.

En opinión de Franco Basaglia (2008) los tratamientos que proponen médicos y psiquiatras al enfermo tienen un significado alienante en la medida que la única finalidad es devolver al individuo al circuito productivo, quien es primero mercancía como trabajador y luego mercancía como enfermo. Así la relación de médico-enfermo es una relación de dominio y poder y es difícil salir de esa contradicción.

Estos diagnósticos y tratamientos psiquiátricos de cuales hablamos tienen lugar en las instituciones disciplinarias denominadas por Goffman como instituciones totales. Las mismas son definidas como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente (GOFFMAN;1984:13).

De esta forma, Goffman (1984) expone que en estas instituciones totales el individuo desarrolla todos los aspectos de su vida en el mismo lugar y bajo una misma autoridad; cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se les da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan las mismas cosas; y por último, las actividades diarias que desempeña el individuo están estrictamente programadas e implementadas por un cuerpo de funcionarios, que siendo obligatorias, se supone siguen los objetivos de la institución.

Entonces, asistimos a un manejo de las necesidades de los pacientes mediante la organización burocrática de una institución dividiendo claramente a unos en "internos" y a otros en "personal supervisor". Se logra que un conjunto de personas puedan moverse en masa confiadas en un personal supervisor cuya actividad específica no es la orientación ni la inspección periódicas sino más bien la vigilancia: ver que todos hagan lo que se les ha dicho, en condiciones en que la infracción de un individuo probablemente se destacaría en singular relieve contra el fondo de sometimiento general, visible y comprobado (GOFFMAN;1984:20).

Precisamente esta mirada a la conducta humana, la vigilancia física, inmediata, ha perdido espacio progresivamente en las instituciones de control y ha dejado paso a la visión mediatizada por la palabra, a la observación simbólica a través del discurso técnico (BENTHAM;1989:131).

El examen médico se convierte en una mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar al individuo.

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

Agregamos a esta idea aportes de Foucault (1997:203) quien plantea que el asilo psiquiátrico y todas las instancias de control individual funcionan de doble modo: el de la división binaria y la marcación (loco-no loco; normal-anormal); y el de la asignación coercitiva, de la distribución asistencial (quién es, dónde debe estar, porqué caracterizarlo, cómo ejercer sobre él una vigilancia constante).

Esto quiere decir, en nuestra opinión, que de acuerdo a las valoraciones que de nuestras conductas haga la sociedad es el lugar donde nos correspondería estar: dentro del manicomio o fuera de él y que, sobretodas las cosas, se penetra en nuestro inconsciente que conductas “normales” debemos seguir para evitar “el peso” de ser un enfermo psiquiátrico.

Para Castel (1981:163) un sujeto que entra en el ámbito de la psiquiatría casi siempre es un estigmatizado social cuyo status actual es casi independiente de la etiología específica de la perturbación psíquica. Esta estigmatización que se hace del enfermo mental está completamente recubierta por la situación que el enfermo sufre en cuanto objetivado por una relación de poder.

Complementando esta idea citamos a Goffman (1984:80-81) quien escribe que cuando un paciente ingresa a un hospital psiquiátrico no sólo su posición social dentro de la misma institución difiere radicalmente de la que ocupaba fuera, sino que además, tendrá que aprender o entender cuando salga que su posición social en el mundo exterior no volverá nunca a ser la

misma que antes de su ingreso; este fenómeno es denominado por el autor como status proactivo.

Cuando este status proactivo es desfavorable como el que cargan los que son encerrados en las cárceles y en los hospitales psiquiátricos, puede hablarse de un estigma, y se puede prever que los ex-internos harán todos los esfuerzos posibles para ocultar su pasado, ya que siendo estigmatizados encuentran una fría acogida en el exterior dificultándoseles conseguir empleo y un lugar donde vivir.

El autor explica que este fenómeno es consecuencia del cambio cultural que ocurre en la vida cotidiana del interno, derivado de la eliminación de ciertas oportunidades de comportamiento y la impotencia de mantenerse al día con los cambios sociales recientes del exterior. De allí que si la estadía del interno es larga, ocurre lo que se denomina como “desculturación”; o sea, un “desentrenamiento” que lo incapacita temporariamente para desempeñar su vida cotidiana en el exterior en el momento que lo haga (GOFFMAN;1984:26).

Estamos de acuerdo con Goffman (1984) en que todos estos procesos anteriormente mencionados conducen en una primera etapa a que el paciente posea derechos y obligaciones cuando recién es ingresado a un hospital psiquiátrico, pero cuando llega la instancia de una institucionalización prolongada –y hasta a veces perpetua- los ha perdido casi todos puesto que ha pasado por una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo -entendiéndose todas estas secuencias como una secuencia sistemática de la propia naturaleza de la institución y no de una forma intencionada-.

De León (2000) plantea que dentro de una institución manicomial se da un proceso de violencia hacia la persona, se le quita la libertad de acciones y las relaciones que pasa a ocupar son nuevas. Con el secuestro de la persona y más allá de las justificaciones que se construyan, se produce una situación de violencia en la cual quien lleva el rótulo de enfermo se lleva la peor parte. El cuerpo es desplazado e interrogado y se exigen nuevas modalidades de

comunicación y distribución de lugares que promueven ciertas conductas en los demás desconocidas para quien ingresa.

Todo lo anteriormente expuesto condujo al surgimiento de dos vertiginosas corrientes que critican básicamente como la psiquiatría de fines del siglo XIX ha puesto en cuestión esencialmente el poder médico, su poder y el efecto que producía sobre el enfermo, aún más que su saber y la verdad de lo que él decía de la enfermedad (FOUCAULT;1981:145).

En primer lugar, ha existido el movimiento de "despsiquiatrización" caracterizado por darle a la medicina nuevas formas de aplicación y nuevas formas de evaluación. El objetivo de este movimiento es despsiquiatrizar la medicina mental para establecer un freno al poder médico que produjo abusivamente enfermedades hasta el punto de crear enfermedades ficticias (FOUCAULT;1981:146).

Foucault (1990) explica que una primera forma de despsiquiatrización es reducir la enfermedad a su mínima expresión; es decir, considerar solamente los signos necesarios y suficientes para diagnosticar la enfermedad mental y la utilización de las técnicas necesarias para que dicha enfermedad desaparezca. Sería la optimización de articular el diagnóstico con la terapia mediante la psicocirugía y la psiquiatría farmacológica evitando así que el psiquiatra se tope con la fase álgida de la locura.

El concepto de desinstitucionalización aparece asociado al ámbito de la Psiquiatría Preventiva, la cual promulga la intervención que busca la realización del diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad mental, y la búsqueda de la adaptación del paciente a su vida social después de su mejora. Así, se llegó al punto que una persona sospechosa de enfermedad mental debería ser derivada a un psiquiatra para investigación diagnóstica, sea por iniciativa de la persona, de sus familiares, de un profesional de asistencia comunitaria o de un juez. Se creó una verdadera caza de todo tipo de sospechosos de enfermos mentales ya que se creía que así se erradicaría el mal de la sociedad (AMARANTE;2009).

Por otro lado, tenemos otra forma de despsiquiatrización esencialmente opuesta a la anterior, que intensifica mediante la libertad discursiva del enfermo hacia el médico llegar a la verdad de la locura. Dicho movimiento no es otra cosa que el surgimiento del psicoanálisis: ya no se tendrá que responder preguntas formuladas previamente por el médico sino que el paciente dirá lo que quiera sin considerar lo que piense el técnico (FOUCAULT;1981:147).

El descubrimiento del inconsciente en el pensamiento contemporáneo influyó en la conducta humana y la premisa del psicoanálisis es que colocando motivaciones del inconsciente podemos explicar síntomas de la enfermedad mental ya que la conducta humana está motivada por causas desconocidas para nosotros (DELGADO; HULETCHE;1998:59).

Estas comunidades terapéuticas promulgaron derrocar las formas jerárquicas dentro del hospital imponiendo que las relaciones entre el personal y los pacientes se tornaran más humanas y democráticas. Además, permitió la participación de diferentes profesiones en el abordaje de la salud mental (entre ellas el Trabajo Social) y la inclusión de la familia como actor importante en el tratamiento terapéutico conjunto del paciente (AMICO;2005).

La Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional planteaban como eje central que el fracaso estaba en la forma de gestión del propio hospital y que, por lo tanto, la solución pasaba por modificarlo.

Todos estos procesos de desinstitucionalización psiquiátrica están determinados por ciertos procesos históricos dentro de los cuales podemos enumerar los siguientes: 1) contextos históricos de guerra que implicaban rehabilitación de soldados y civiles con problemas asociados a la guerra; 2) coyunturas históricas de escasez de fuerza de trabajo y revalorización del trabajo humano poniéndose énfasis en la rehabilitación de los sectores improductivos; 3) procesos políticos sociales de afirmación de derechos civiles y políticos; y 4) el desarrollo de terapéuticas psicofarmacológicas a partir de los

'60, posibilitando el mayor control en los síntomas más disruptivos y el tratamientos en ambientes menos coercitivos y aislados (AMICO;2005).

Ahora bien, ni el psicoanálisis ni la psicocirugía ni la farmacología constituyeron en sí un movimiento antipsiquiátrico porque estas corrientes cuestionaron el valor de la psiquiatría en términos de conocimiento respecto a la exactitud diagnóstica o de eficacia terapéutica (FOUCAULT;1990;78).

En cambio, el movimiento antipsiquiátrico desarrollado en la década del 60' critica fehacientemente a la institución en cuanto lugar, forma de distribución y mecanismos de estas relaciones de poder. Muestra constantemente la relación institución-alienación debiendo arbitrar los medios para crear anti-instituciones, pregonando todo lo que pudiese ser desestructuración de todo riesgo de armazón institucional (DELGADO; HULETCHE;1998:60).

Retomamos a Foucault (1981) para explicar que la antipsiquiatría promulga que el individuo tenga el derecho de administrar su locura, en una experiencia en la cual los demás también pueden participar pero nunca en nombre de un poder conferido por su razón o normalidad. Agrega, además, que el sobrevalorar el diagnóstico médico condujo directamente a que el médico tuviera la potestad de decidir sobre el cuerpo del paciente mediante el psicoanálisis y la farmacología que dio como resultado la sobremedicalización de la locura.

En el ámbito de la antipsiquiatría no existiría la enfermedad mental como objeto natural, tal como lo consideraba la psiquiatría, sino una determinada experiencia del sujeto en su relación con el ambiente social.

La Psiquiatría de Sector y la Psiquiatría Preventiva o comúnmente llamada Salud Mental Comunitaria, creían que el modelo hospitalario estaba agotado y obsoleto y que debían construirse nuevos servicios asistenciales que irán mejorando el cuidado terapéutico (hospitales de día, talleres terapéuticos, centros de salud mental, entre otros). Se consideraba esencial que se adoptara

medidas de continuidad terapéutica después del alta hospitalaria para evitar la reinternación y aún la internación de nuevos casos (AMARANTE;2009).

En síntesis, dentro de los principios básicos del movimiento antipsiquiátrico podemos encontrar los siguientes: a) rechazo del modelo médico tradicional aplicado a la psiquiatría, y del manicomio, auténtico productor de trastornos irreversibles evidenciando que la perversión de las instituciones de salud mental generan o cronifican la enfermedad; b) tiene una postura crítica hacia la familia como principal causante de la enfermedad; c) promueve la creación de estructuras intermedias como alternativa frente a la institucionalización donde se diluyan las fronteras entre el personal y los pacientes permitiendo que sean los propios pacientes quienes hagan tareas básicas del hogar, realicen gestiones de sus recursos y establezcan sus propias normas de convivencia (AMICO;1995).

Por último, como cierre de este capítulo queremos colocar aportes de Abraham y otros autores (1988) quienes traen a Foucault para decir que los psicodiagnósticos clásicos no son más que monólogos de la razón sobre la locura y que por ello deben ser reemplazados por diagnósticos situacionales que permitan evaluar la interacción del paciente en diferentes contextos (familiar, grupo de pares, laboral, etc.) y el grado de retracción social al que su sintomatología lo condujo. Es decir, desde el momento en que la enfermedad deja de ser considerada como natural e inherente al sujeto que la padece, compromete a la estructura en la cual esta persona está inserta.

Como se indicó al inicio de esta tesis se reconoce una interdependencia entre los factores biológicos, sociales y culturales en la determinación de la salud-enfermedad. Desde esta misma perspectiva, se presentará, en el capítulo siguiente, una discusión de cómo ha sido el abordaje de la salud mental en nuestro país determinado por el devenir histórico.

CAPÍTULO II

RACCONTO DEL PROCESO HISTÓRICO DE POLÍTICAS EN SALUD MENTAL EN URUGUAY.

Se considera este capítulo parte esencial en la discusión de este trabajo monográfico, pues aquí se presentarán los principales procesos, planes y programas significativos para comprender cómo entiende y ha entendido el Estado uruguayo el abordaje de las políticas sociales en salud mental.

Para dar comienzo a esta discusión nos remontaremos a épocas del Montevideo colonial tomando aportes del psiquiatra Yubarandt Bespali y el penalista Mario de Pena (2000:380) quienes explican que por esa época se carecía de estructuras para la internación de los enfermos mentales hasta los últimos años del siglo XVIII.

"(...) Los etiquetados locos eran marginados de la sociedad, y vagaban por las calles mendigando, siendo a veces reclusos en los calabozos del Cabildo donde compartían la reclusión con los presos comunes"
(BESPALI; DE PENA;2000:380).

Asimismo el psiquiatra Humberto Casarotti (2007) expone que hacia 1788 la asistencia de la alineación mental contó con la "loquería" del Hospital de Caridad de Montevideo dándose inicio a la asistencia y medicalización de los enfermos mentales en la sociedad colonial. Los pacientes mentales allí fueron tratados básicamente como resultado de una acción religiosa y humanitaria, siendo la finalidad de la internación "cuidar" más que "curar" a los pacientes.

Hacia 1860 se crea el primer manicomio del país y los internados locos son llevados al Hospital de la quinta de Miguel Antonio Vilardebó, donde el cuidado de los enfermos estaba subordinado a la dirección de las Hermanas de Caridad y donde los tratamientos más utilizados fueron el calabozo, el castigo

físico y el cepo, considerados como la única vía capaz de "devolver la cordura" (ACOSTA; 1999:13).

Pero estas organizaciones institucionales con finalidades caritativas y de asociación serán en el siglo XX medicalizadas (ACOSTA;1999:14).

Con el término medicalización las ciencias sociales suelen indicar los procesos de ampliación de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene sobre las áreas de la vida social que en otro momento exhibían un mayor grado de externalidad respecto a sus tradicionales competencias (MITJAVILA;1992:37).

La autora explica que una de las funciones sociales de la medicalización se desarrolla a expensas de la función normalizadora propia del saber médico a través de su poder legitimado en función de sus objetivos manifiestos (cura real o imaginaria) y de sus bases cognoscitivas (técnico-científicas). Y, agrega que, para que algo sea medicalizado debe ser tipificado en términos de normalidad-anormalidad. En ese sentido, normalizar implica proponer modelos controlados de conducta frente a la enfermedad, pero también respecto a la salud. Este fenómeno supone la inducción a practicar y concebir las relaciones sociales del cuerpo a partir de fenómenos médicos (MITJAVILA;1992).

Es así que a principios del siglo XX se asiste al proceso de modernización¹ del estado uruguayo, que siguió al agotamiento del viejo "Uruguay comercial, pastoril y caudillesco", dando lugar a un nuevo modelo económico y social que impuso nuevos sentimientos, conductas y valores opuestos a los de la civilización "bárbara" (BARRÁN;1992).

¹ Se debe explicar que por "modernización" se entiende el proceso que sufrió el estado uruguayo respecto a su evolución demográfica, tecnológica, económica, política, social y cultural ocurrida entre los años 1860-1890, el cual tuvo plena influencia de la Europa capitalista. Se debe mencionar algunos hechos significativos ocurridos entre esos años que condujeron a un estado moderno tales como: el alambramiento de los campos, instalación de los primeros frigoríficos y telégrafos, la incorporación de máquinas a vapor que revolucionó la agricultura, la industria y el transporte con la construcción del ferrocarril, la reforma "valeriana" en las escuelas, entre otros (BARRAN;1993a:15).

Esa nueva sensibilidad del Novecientos denominada por Barrán (1993a) como "civilizada" tuvo como principal aliado al predominio del pensamiento positivista representado principalmente por la medicina y, por otra parte, una significativa importancia a la acumulación del capital.

Como se verá, este proceso de medicalización, explicado más arriba, fue uno de los principales cómplices en este proceso de creación de un estado moderno mediante sus funciones sociales como expone Myriam Mitjavila.

La autora sostiene que bajo condiciones de medicalización la normalización sirve de vehículo a las necesidades experimentadas de la sociedad de ejercer un control social sobre los individuos en el cuerpo y con el cuerpo. Afirma que es en este mismo sentido que Foucault señala que para la sociedad capitalista desde comienzos del siglo XIX "el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica". (MITJAVILA;1992:44).

Sobre este punto Luis Acosta escribe:

"(...) la difusión de una racionalidad técnica (o instrumental) como forma de tratamiento de la cuestión social [corporativizada en la medicina], es una de las formas que asume la intervención sistemática, estratégica y continúa del Estado cuando el capitalismo entra en la etapa monopolista. Se trata también del proceso de la secularización de la moral, por la cual esta se torna una moral laica (la conducción ética de la vida se transforma en una conducción "técnica")" (ACOSTA;1999:11).

En este sentido, José Pedro Barrán (1992:174) plantea que el discurso médico del Novecientos se enmarcó dentro de la construcción del Estado Moderno porque nació de un proyecto de dominación y disciplinamiento de las clases populares.

Para el autor lo anteriormente expuesto se justificó en que el poder médico emanó de la ciencia, del saber, de la única forma cultural que asumió la

verdad para el Uruguay del Novecientos y plantea que la ciencia fue sacralizada y convertida en rectora de conductas, hábitos, moral y política (BARRÁN;1992).

Es así que los hábitos y las costumbres de la población pasaron a ser objetos de la intervención social-médica y el poder médico pasó a tener un status privilegiado en esto de “promulgar y proteger” valores de la ideología dominante.

“Los psiquiatras del Novecientos hallaron las causas del desorden mental en el avance de la civilización y el urbanismo y sus exigencias desmedidas al hombre, pero también inventaron un loco que era la imagen del burgués puritano invertido, es decir, se identificó a las virtudes y conductas burguesas con la norma(lidad)”
(BARRÁN;1995:126).

Es, en esta línea, que los psiquiatras, encajeados por el control higienista del Estado, (que buscaba las condiciones sociales y políticas perfectas para la reproducción del sistema burgués), vieron en el alcoholismo, la falta de alimentación adecuada, la sífilis y todos los vicios la causa de las patologías mentales dando explicación a dichas patologías en las enfermedades físicas del paciente (BARRÁN;1995).

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

Como se cita, el loco fue visto como un objeto de la medicina, donde fue lícito que el psiquiatra utilizara el cuerpo de los pacientes como conejillos de indias, ya que se trataba de personas que, bajo el poder de la razón burguesa del médico, perdían sus derechos civiles.

Fue concebido como lógico que estas personas etiquetadas con patologías mentales fuesen aisladas para “evitar el contagio” y fue el manicomio el lugar donde la autoridad médico-burguesa ejerció el control social de los marginados y rebeldes del sistema en pro de su disciplinamiento (BARRÁN;1993b).

Respecto a ello Myriam Mitjavila (1992:41) plantea que una de las funciones sociales de la medicalización, la función punitiva, comprende el conjunto de prácticas técnico-punitivas orientadas a sancionar en forma negativa, fundamentalmente a través de mecanismos de aislamientos, estigmatización y confinamiento, cierto sector de conductas “socialmente desviadas” o que representan algún tipo de amenazas o riesgo para el conjunto social constituyendo así un estricto control dentro del manicomio.

De esta manera, fue incuestionable, que toda persona “fuera de sí” fuese encerrada en un manicomio por su propio bienestar, pero, sobretodo, para la sociedad toda, pues era allí donde desterrado el castigo físico el psiquiatra mediante terapias (justificadas en la ciencia tales como la hidroterapia, la psicocirugía y la insulina terapia) haría que el paciente recobrase la razón, por lo que éste debía ser agradecido y obediente para con el saber médico.

En este clima del “deber ser” sinónimo de ser un “ciudadano de bien y disciplinado” es que el trabajo cobra valor prestigioso como terapia óptima para salvaguardar la cordura.

Así, José Pedro Barrán explica que la preocupación del Estado batllista por el crecimiento económico del país llevó a que el trabajo sea considerado como “símbolo de todas las virtudes”, visualizándose no sólo como una fuente de ingresos sino como un sinónimo moralizante, de autocontrol y de placer. Por el contrario, la ociosidad y la holgazanería, “madre de todos los vicios”, fue vista como una conducta indigna y diabolizada que debía ser condenada y combatida (BARRÁN;1993a:43-45).

Es, en este contexto, que la colocación de la salud significó "dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo" (BARRÁN en ACOSTA:1999:12). Fue así que la vida larga se tornó un objetivo de la existencia individual y la Salud Pública una política del Estado.

Se comienza a valorar al cuerpo en un sentido económico y político poniéndose énfasis en la vigilia de la salud de las personas por parte del Estado, ya que ello daría como resultado un trabajador "sano" que permitiría la reproducción del sistema productivo.

Según Mitjavila (1992:44) la medicalización de problemas relativos a las condiciones de vida de las clases subalternas ha constituido en todas las sociedades capitalistas un mecanismo facilitador de la reproducción de la fuerza de trabajo.

"La insistencia mayor se estableció en la igualdad salud-trabajo. Los hombres fueron estimados como factores de producción y capital social" (BARRÁN;1992:123).

Es bajo esta terapia del trabajo, que hacia diciembre de 1912 se crea la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Etchepare en cercanías de la ciudad de Santa Lucía, combinando la órbita asistencial con la reforma rural batllista donde los asilados debían realizar como parte de su tratamiento trabajos agrícolas, hortícolas, jardinería, cría de aves, lechería, etc. (BARRÁN;1993b).

Más de Ayala, director de la Colonia Etchepare en aquel entonces, escribe "La terapéutica por el trabajo" afirmando lo siguiente:

"Ya nadie discute los perjuicios que tiene la inactividad para el enfermo mental, puesto que el ocio le permite destinar todo su tiempo y todas sus energías a la meditación de su delirio, sus obsesiones, sus alucinaciones, creciendo de esta forma su enfermedad y alejándose cada vez más de una mejoría posible. El trabajo impide que su psiquismo se sumerja cada vez más

en la enfermedad. Adquiere hábitos de orden y recupera la maleabilidad perdida" (ARDUINO; GINES;2002:121).

Es importante señalar que no todas las personas derivadas desde todo el país y desde el Hospital Vilardebó a la Colonia Etchepare padecían de trastornos psiquiátricos. Los ingresos por falta de recursos económicos y sociales, las personas conducidas por la policía con rótulo de vagabundo y los jóvenes traídos por sus familias que declaraban no poder hacerse cargo de sus cuidados constituían un alto porcentaje (ARDUINO; GINES;2002:119). Estos pacientes son los hoy denominados "pacientes sociales"², quienes serán analizados más adelante.

Lo anteriormente expuesto tiene que ver con otra de las funciones socializadoras de la medicalización correspondiente a la función disciplinaria. Dicha función refiere al conjunto de mecanismos que en el área sanitaria representan el sustrato institucional de lo que Foucault denomina somatocracia.

Según Mitjavila (1992:45) el autor emplea esta noción para hacer referencia al tipo de vigilancia panóptica que ejerce el Estado, a nivel de los individuos, sobre y desde el propio cuerpo, con la finalidad de regular sus conductas. Para que esta regularización de conductas sea viable debe existir cierta cuota de disciplina-mecanismo, entendida como un tipo de relación social que se basa en la existencia de parámetros para el ejercicio de la libertad individual a partir de coerciones sutiles o, dicho de otra manera, en una exterioridad supuestamente internalizada o internalizable.

En este marco de "vigilar" las conductas individuales por parte del Estado y sobre aquella cláusula de que todo aquel que se desviara de la norma correspondía aislamiento y privación de libertad es que en nuestro país en 1939 se aprobó una ley entendida "especial": la Ley N° 9.581 de "Asistencia al

² Se debe explicitar que este término es extraído de un informe elaborado por Mental Disability Rights International (MDRI) para referir a aquellas personas que teniendo alguna enfermedad mental (o no) son internados en hospitales psiquiátricos y se mantienen allí por tiempo indeterminado, visto que no se posee una red de recursos comunitarios para contener a estas personas luego del alta hospitalaria (MDRI;1995).

Psicópata". "Especial" dado que por padecimientos mentales las normas habituales uruguayas fueron consideradas incapaces de regular las relaciones recíprocas entre el paciente psiquiátrico y la sociedad, lo que refleja, a nuestro entender, el estereotipo de la sociedad hacia los locos, tácito en el propio nombre de la ley.

Se debe decir que esta ley compuesta por 48 artículos sólo 9 de ellos hacen referencia a los tratamientos psiquiátricos propiamente dicho, mientras que los 39 restantes prescriben las circunstancias bajo las cuales puede privarse de libertad a los pacientes psiquiátricos, así como la manera de poder controlar esta prescripción. Artículos que, fueron pensados para que las decisiones médicas en interés de los pacientes se vieran facilitadas y no obstaculizadas para llevar a cabo el tratamiento de manera urgente y precoz (CASAROTTI; PEREIRA;2000).

A la Ley 9.581 se sumó en 1939 un Decreto Presidencial sobre la organización de establecimientos psiquiátricos y en 1948 la Ley N° 11.139 de Creación del Patronato del Psicópata.

Se debe agregar que para 1945 se reglamenta el Programa de Asistencia Familiar que consiste en ofrecer compensación económica a las familias que alberguen pacientes psiquiátricos externados -principalmente de las Colonias- delimitándose derechos y obligaciones entre las familias "cuidadoras" y los pacientes (BESPALI; DE PENA;2000:382).

En suma, podemos afirmar que durante un siglo la atención al loco por parte del Estado uruguayo estuvo centrada básicamente en una asistencia asilar manicomial que tuvo por objetivo recluir a los enfermos psiquiátricos con la justificación de que sus conductas fueron consideradas "extrañas" por desviarse del orden preestablecido, lo que dio como resultado una extrema violación de sus derechos humanos debido a la manera en que estos pacientes fueron asistidos.

Es así que en 1966 el consultor de la O.M.S. Dr. Pierre Chanoit realiza un "Informe de Salud Mental en Uruguay" describiendo la situación del enfermo psiquiátrico en el Hospital Vilardebó. Para ese entonces la suma de asilados en el hospital ascendía a una cifra de 1.800 enfermos, lo que a juicio del consultor hacía imposible llevar a cabo una estructura terapéutica viable visto que por "las noches se añadían colchones en salas de internaciones, sala de reuniones y patios para que los pacientes supernumerarios pudiesen dormir". Asimismo hace una descripción exhaustiva de las condiciones de higiene de los pacientes clasificándola como desfavorable y penosa, que no solo determinaban la condición estigmatizante del paciente sino del propio personal de salud que allí se desempeñaba (GINES;2003:177).

Todo este panorama fue favorable a críticas hacia el modelo asilar conformándose corrientes denominadas "anti-psiquiátricas" por la década del 60' en los países europeos, que, fueron haciendo eco en nuestro país plasmándose varias décadas después. Dichas corrientes, que han sido desarrolladas teóricamente en la primera parte de la presente tesina, se colocan aquí para indicar que fueron influyentes en nuestro país para demostrar otras posibles visiones alternativas al modelo asilar mostrando algunos indicios por mediados de los 80'.

Por la década del 70' el Hospital Vilardebó es cerrado para el ingreso de nuevos pacientes permaneciendo como un hospital de pacientes crónicos y se abre el Hospital Psiquiátrico Musto por el año 1983 -ubicado a 14 km del centro de Montevideo- para pacientes de corta estadía, el cual, rápidamente se fue transformando en un nuevo hospital del estilo asilar (CASAROTTI; PEREIRA;2000:270).

En 1987 se cierra el ingreso de pacientes a las Colonias (salvo los ingresos por decisión judicial) y se incrementa el número de egresos a través del Programa de Asistencia Familiar enviando pacientes a hogares protegidos de instituciones religiosas o a residencias comunitarias de poblaciones vecinas (ARDUINO; GINES; PORCIUNCULA;2000:308).

La apertura democrática de los 80' facilitó un movimiento en salud mental preocupado por mejorar las condiciones de existencia, el destino y los derechos de personas que padecían trastornos mentales (ARDUINO; GINES; PORCIUNCULA;2005).

Es así que en 1986 es aprobado por el Ministerio de Salud Pública (M.S.P) el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) considerado como principal exponente de desmantelamiento y crítica hacia el modelo asilar.

Este programa cuestiona los pasos dados en salud mental hasta ese momento, concluyendo que no se han contemplado las necesidades específicas del enfermo mental y del arsenal terapéutico disponible en Salud Mental y que sólo se han utilizado los psicofármacos en forma desmesurada por personal no especializado. Agrega, además, que estas cuestiones no parecen ser sólo explicadas por razones económicas sino también por el concepto predominante acerca de la naturaleza de la enfermedad mental (PNSM;1986:5).

Dicho programa tiene sus principios en tres direcciones: en primer lugar, se reconoce a la atención primaria en salud como la estrategia principal a seguir conformada por acciones de promoción, prevención y asistencia primaria con puntos de apoyo en centros de salud del Ministerio, de las Intendencias y la comunidad; en segundo lugar, incluye la creación y desarrollo de unidades de salud mental en los hospitales generales; y por último, apuntar al desarrollo de nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen episodios psicóticos u otros trastornos mentales y reestructuración de hospitales psiquiátricos (ARDUINO; GINES; PORCIUNCULA;2005).

Sobre el primer lineamiento del PNSM se debe decir que a pesar de haberse creado en 1985 recién en 1996 A.S.S.E (Administración de Servicios de Salud del Estado) pudo desplegar los Equipos Comunitarios de Salud Mental a lo largo del territorio nacional, de los cuales 11 se ubican en Montevideo y 23 en los departamentos del interior.

El despliegue de estos equipos en policlínicas comunitarias implica por primera vez abordar el campo de la salud mental con un intento de una mirada interdisciplinaria integrado por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, auxiliares de enfermería, administrativos (ACUÑA;2004:195).

En este mismo año el M.S.P. dispone el cierre del Hospital Musto, lo que implica redefinir el papel del Hospital Vilardebó quedando establecido como "hospital de agudos" de asistencia de la salud mental con referencia nacional.

Esta decisión fue puesta en consideración bajo el supuesto de que el equipo multidisciplinario puesto en la comunidad compensaría la pérdida neta de camas de internación actuando como un factor de contención, de prevención de las compensaciones de los pacientes y que por lo tanto mejoraría la asistencia trayendo aparejado una menor frecuencia y más breve duración de las internaciones (ACUÑA;2004:195).

De esta manera, los pacientes crónicos internados en el Musto y Vilardebó debieron pasar a las Colonias Etchepare y San Quintín Rossi, o con sus familias, lo que implicaría una gradual disminución de asilados logrando el cierre definitivo de las Colonias (ACUÑA;2004:195).

Respecto a la segunda dirección podemos decir que en 1989 fueron creadas las unidades de salud mental en los hospitales públicos de Montevideo asistiendo las consultas de emergencia, las interconsultas de salas de internación y de policlínicas generales.

Creemos que estas dimensiones son un avance bien interesante en el sentido de cuestionar aquella vieja premisa -que mantuvo aislada durante años a la patología mental- de que los hospitales generales son "para la cura del cuerpo" y los manicomios "para curar las mentes". Esto implica, a nuestro entender, dos cuestiones ambivalentes: en primer lugar, el demostrar posible el tratamiento de la enfermedad mental fuera del sistema asilar y, por otra parte, concientizar que tanto una enfermedad psíquica como una física pueden abordarse desde un mismo establecimiento sanitario.

Retomando los lineamientos del PNSM tenemos que la tercera dirección tiene su punto neurálgico en la rehabilitación de los pacientes apuntando a disminuir la hospitalización, mejorar la socialización de los pacientes y asegurar una mejor calidad de funcionamiento de los pacientes en sus hogares. Para ello fueron creados Centros de Rehabilitación y Centros Diurnos³ que realizando actividades intramuros (es decir, el paciente fuera del hospital realiza trabajos en su hogar y/o comunidad supervisados por estos centros) intentan contribuir a la integración del individuo en la sociedad.

Según la revisión bibliográfica que hemos realizado esta intención de apuntar a la rehabilitación extra-hospitalaria es la que presenta más falencias en materia de políticas de salud mental en nuestro país y el informe elaborado por Mental Disability Rights International (MDRI) de Washington en 1993 así lo demuestra:

“Uno de los aspectos más llamativos del sistema de salud mental del Uruguay es que se basa casi exclusivamente en las instituciones psiquiátricas, en lugar de proveer servicios comunitarios. Esta confianza en la internación tiene como consecuencia la injustificada, innecesaria y potencialmente dañina internación de personas capaces de vivir y trabajar en la comunidad.

³ Dentro de estos Centros podemos nombrar: Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (C.N.R.P.)-creado por decreto del Poder Ejecutivo en 1971 como una dependencia de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata-; Centro Psico Social Sur-Palermo; Centro Benito Menni; Centro Diurno del Hospital Vilardebó; Centro Sayago, Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social (C.I.P.R.E.S.), Centros Diurnos de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, Centro Diurno Artigas, Centro Tacuarembó; Centro Durazno; entre otros (ARDUINO; GINES; PORCIUNCULA;2000).

Podemos enumerar brevemente distintas actividades que se llevan a cabo en dichos centros. Por ejemplo, en el Centro Diurno del Hospital Vilardebó se llevan adelante talleres de música, plástica, expresión corporal y cerámica, un espacio radial (Radio Vilardevoz) y una huerta; en el Centro Diurno de las Colonias se realizan talleres de grabado, pintura, manualidades, artesanías, panadería, funciona allí una dependencia de la U.T.U (Universidad del Trabajo) y una escuela bajo dependencia del CO.DI.CEN. (Consejo Directivo Central); en el C.N.R.P. se conforman grupos de psicoterapia, talleres de expresión corporal y música, terapia ocupacional y un taller de capacitación pre-laboral para los egresos; en el Centro Sayago se trabaja sobre el funcionamiento social, la autonomía, la comunicación, la expresión y la motivación implementándose talleres de cocina, literatura y jardinería; en el C.I.P.R.E.S. y en el Hospital Maciel se trabaja con una perspectiva de Psicoanálisis Multifamiliar, donde se busca abordar y trabajar el vínculo con el paciente y los familiares para establecer un relacionamiento más saludable y transformar las relaciones patológicas (APUD; BORGES; TECHERA;2009).

La separación de esas personas de la comunidad rompe sus vínculos personales, familiares y económicos con el mundo exterior, y trae como resultado un detrimento para el desenvolvimiento mental y social del paciente” (MDRI;1995:17).

Como consecuencia de ello, el informe plantea una serie de problemáticas sociales (tales como la pobreza, el desempleo, el desmoronamiento de los sistemas de asistencia familiar, entre otras) a las cuales se debe enfrentar el campo de salud mental sin tener “el sustento o las herramientas adecuadas” para resolverlas dando lugar a los denominados “pacientes sociales”, de los que se hace una división en cuatro categorías: la primera corresponde a aquellos individuos que padecen enfermedades mentales y que alguna vez necesitaron de una intervención hospitalaria pero que luego de esa intervención podrían vivir perfectamente en la comunidad con tratamiento comunitario apropiado; la segunda categoría refiere a aquellas personas que sin padecer enfermedades mentales sufren otras discapacidades que requieren apoyo comunitario, tales como retardo mental, alcoholismo, epilepsia pero que a falta de servicios adecuados a sus necesidades se refugian en un hospital psiquiátrico; la tercer categoría corresponde a aquellas personas que no padecen enfermedades mentales pero que son internados en un psiquiátrico por orden judicial; y la última categoría abarca a personas sin hogar que no tienen enfermedades mentales pero al no tener un lugar dónde ir son asistidos en un hospital psiquiátrico (MDRI;1995:19).

Sobre esta cuestión de apuntar a la rehabilitación extra-hospitalaria del paciente sumamos aportes de Margarita Arduino y Angel Ginés (2002:123) quienes explican que en la reducción del asilo mental no se emplearon medidas normativas obligatorias porque esas medidas no fueron acompañadas del despliegue de servicios comunitarios o estos programas colapsaron por restricciones a esos programas.

Estos autores sostienen que la reducción asilar de pacientes en los hospitales psiquiátricos es resultado convergente de la efectividad de los

psicofármacos y, por otra parte, por el bloqueo progresivo de la emigración forzada hacia el Hospital Vilardebó y las Colonias por el despliegue de la asistencia psiquiátrica en hospitales generales en todo el país (ARDUINO; GINES;2002:123).

Es interesante colocar en cifras la progresiva disminución asilar de pacientes psiquiátricos en los respectivos nosocomios obteniendo lo siguiente: hacia mitad de siglo teníamos unas 5.000 personas asiladas, pero a partir de la década del 70' asistimos a una disminución sostenida de asilados hasta llegar a 2.100 en 1992, 1.500 en 1997, 1.100 en 1999 y 900 en el 2003, casi todos ellos concentrados en las Colonias. La velocidad de descenso de la población asilar se aceleró en la década de los 90' pero en el 2000 se observa un leve aumento de internados vinculado al empeoramiento progresivo de la situación socioeconómica y cultural producida en el 2002 (GINES;2003:178).

Ahora bien, discutir esta cuestión de modalidad institucionalizadora de los pacientes psiquiátricos en los hospitales conduce a poner sobre la mesa como una vez que ocurre la internación psiquiátrica del paciente el personal de salud pasa a controlar los aspectos más triviales de la vida del paciente, ya que decide a que hora debe comer, debe acostarse, debe recibir visitas de sus allegados, hablar por teléfono, pauta las horas de su medicación, entre otras cosas (MDRI;1995:46).

Este proceso es entendido por los psicólogos De León y Fernández Romar (1996:162) como cronificación del paciente psiquiátrico, ya que, conduce a la progresiva pérdida de autonomía y sostén social en el desempeño de sus funciones y en la expresión de sus modalidades. Se establecen así, vínculos de dependencia con la Institución que reafirman su condición de enfermo psiquiátrico, con la consecuente pérdida de perspectivas y proyectos vitales en el afuera.

Avanzando en nuestro recorrido histórico llegamos a la década de los 90' caracterizada por que la mayor parte de los países de América Latina emprendieron reformas orientadas a la estabilización y a la implementación de

programas de ajuste estructural, las cuales se basaron principalmente en reformas económicas que consistieron en un paquete de medidas provenientes del "Consenso de Washington" que incluyeron: disciplina fiscal, reforma tributaria, liberación comercial y financiera, privatización, desregularización y estabilización.

Las medidas de estabilización y ajuste estructural implicaron un cambio de estrategia económica basada en la sustitución de importaciones impulsada por el Estado, a una reforma de "orientación al mercado", con reducción del Estado, privatizaciones y apertura externa. Dichas medidas dejaron como resultado que la política social fuese subordinada a las políticas económicas, aunque, se debe acotar que en Uruguay este proceso fue muy particular, ya que se implementaron reformas en políticas públicas y en la regulación de los mercados, que tanto por su forma gradualista como por sus contenidos eclécticos se "alejaron" (en la medida de lo posible) a las pautas dirigidas desde Washington (MOREIRA;2001).

Pero como analizan los psicólogos De León y Fernández (1996:161) la recuperación social del paciente psiquiátrico no se logra exclusivamente con voluntades y decisiones políticas, tal como fue realizado en la década del 90', proceso denominado como "desmanicomialización forzosa". Y agregan que la acelerada reconversión del Hospital Vilardebó, un viejo asilo de "crónicos" en un hospital para la atención de agudos ha estado sobredeterminada por razones económicas e inscripta en un plan político de reducción fiscal a cualquier precio. Esto sumado al cierre definitivo del Musto, ha obligado a la reclusión de pacientes en la Colonia Etchepare y por otro lado, ha conducido a una reinserción familiar forzada de una buena cantidad de pacientes sin una adecuada preparación habilitante ni de ellos ni de su familia.

Sobre este mismo punto los psiquiatras Arduino y Ginés (2002:123) explican que, segregado y expulsado del seno familiar y de su comunidad, aislado e incomunicado ese ser humano comienza a sufrir la denominada "demencia producida por el manicomio" y que hoy se denomina sobrealineación de los pacientes en las instituciones asilares, haciendo

referencia a las múltiples pérdidas que el paciente internado sufre en cuanto a sus hábitos y por obra de la interrupción de las interacciones sociales que las condiciones de aislamiento produce.

En definitiva, debemos estar atentos a la advertencia que hacen estos autores anteriormente mencionados (1996:162) quienes sostienen que de no mediar estrategias de reinserción de los pacientes psiquiátricos en la comunidad, el hospital asilar o la calle continuarán siendo los únicos hábitats posibles para estas personas.

Ello podría ser, entre otras, parte de la explicación de por qué en la agenda política actual se decidió atender, mirar y definir políticas o lineamientos para la salud involucrando en este proceso a la salud mental.

Dicho proceso da comienzo con la asunción del Frente Amplio al gobierno durante el período 2005-2010, lo que implicó un indicio de reforma sanitaria sin precedentes en el Estado uruguayo. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) tiene como premisa que los usuarios aporten al Seguro Nacional de Salud según sus ingresos y reciban atención según sus necesidades de salud. Esto hace que la política en salud apunte a combinar justicia distributiva, eficacia sanitaria y eficiencia económica⁴ (M.S.P.;s/f:59).

Siguiendo el análisis de Marcelo Setaro (2010) poder decir que uno de los principales objetivos del SNIS apunta a transformar el modelo

⁴ La propuesta de gasto y financiamiento del SNIS se funda en el Seguro Nacional de Salud (SNS) que está articulado sobre la unificación de los recursos que se vuelcan en el financiamiento del sistema en un único fondo de financiamiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), destinado a financiar un conjunto definido de servicios médicos para toda la población, ya sean de alta, mediana, y baja complejidad.

La Ley 18.131 creó el fondo único de financiamiento denominados FONASA, al que se le estableció el objetivo de financiar el régimen de prestaciones de asistencia médica de un colectivo de trabajadores dentro de los que se incluía a los beneficiarios del Seguro de Enfermedad de B.P.S. (ex DISSE), los jubilados de menores ingresos que hubieran optado por este seguro y los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado.

Por su parte, la Junta Nacional de Salud (JUNASA) órgano descentralizado del MSP, administra el FONASA pagando una cápita ajustada por sexo y edad del usuario, y un pago fijo por afiliado o usuario condicionado al cumplimiento de metas asistenciales. Los prestadores o efectores de salud pueden ser públicos o privados. La novedad es que los aportantes al FONASA pueden optar por ASSE (mutualista pública) o cualquier Institución de Asistencia Médico Colectivas (IAMC) (mutualistas privadas) incluidos en la prestación (BECERRA BARREIRO;2010).

hospitalocéntrico, tecnológico y especializado predominante, en un modelo basado en la Atención Primaria en Salud (APS), con fuerte presencia del primer nivel de atención como eje dinámico del sistema de atención. Esto fija fuertes incentivos a los prestadores para tener una política activa de promoción y prevención en salud ya que mantener la gente sana evita los costos de la enfermedad.

Esta reforma implica la creación de la Dirección de Salud Mental de A.S.S.E en abril de 2008 en la que se incluye 3 Unidades Ejecutoras: dos vinculadas a la atención de pacientes agudos y crónicos reagudizados: el Hospital Vilardebó y el Portal Amarillo y una vinculada a la atención, contención y amparo de pacientes crónicos: las Colonias Etchepare y Santin Carlos Rossi. También se activa una vasta red de atención en primer y segundo nivel de atención, con 45 equipos interdisciplinarios en salud mental: 17 en Montevideo y 28 en el interior, así como referentes de adicciones en todo el país (M.S.P.;2009:147).

Así, la ley 18.211 (que versa sobre creación del SNIS), en su artículo 45, establece que las entidades públicas y privadas que integran el SNIS están obligadas a brindar a los usuarios los programas integrales de prestaciones que apruebe el M.S.P., dentro de los cuales se encuentra el Programa de Salud Mental (M.S.P.;s/f;61).

En este sentido el M.S.P. ha iniciado una reestructura creando en el año 2010 el Departamento de Programación Estratégica en Salud (D.P.E.S) dentro del cual se enmarca el PNSM elaborado en Agosto del 2011.

Debemos hacer un paréntesis y dejar en claro que a partir de ahora expondremos los lineamientos básicos de este PNSM enfocándonos en las prestaciones a personas en edad adulta ya que es la población a la que hacemos referencia en esta tesina.

De esta manera, se pretende que dicho Plan se incorpore al SNIS de acuerdo a los cambios de atención y de gestión y siguiendo los principios

rectores de universalidad, accesibilidad, equidad, calidad de atención, promoción y prevención integral a través del trabajo en equipos interdisciplinarios. Además se promulga que todas estas acciones en Salud Mental deben ser priorizadas y articuladas en el primer nivel de asistencia (PNSM;2011:4).

Dentro de lo relevante de este Plan se destaca:

- *“Las acciones de las áreas de prevención y promoción en Salud Mental, que contribuyan a vencer la discriminación de la que son objeto las personas con trastornos mentales y la detección precoz de las patologías, priorizando las acciones tendientes a evitar el surgimiento de las mismas.*
- *La atención de personas con trastornos mentales, con énfasis en la rehabilitación, superando el modelo tradicional discriminatorio, cautelar y asilológico, procurando un nuevo modelo, evitando el hospitalismo, integrándola a su medio” (PNSM;2011:5).*

Como vemos, existe voluntad desde el Estado en prestar especial interés por promulgar políticas en la rehabilitación de los pacientes y tratar de superar el modelo asilar.

Respecto a este punto podemos decir desde nuestra experiencia en la práctica pre-profesional en el Hospital Vilardebó que los pacientes psiquiátricos, por carecer de continentación fuera del hospital, crean “un ciclo cerrado de pacientes” que consiste en que salgan compensados del hospital y vuelvan descompensados y así sucesivamente: los pacientes una vez egresados no cuentan con recursos terapéuticos fuera de la institución manicomial y por lo tanto nunca terminan de atender su situación problemática, que, la mayoría de las veces corresponde al ámbito social y no al biológico (los llamados pacientes sociales mencionados páginas atrás).

Retomando el contenido del Plan tenemos que el abordaje del mismo se llevará a cabo mediante tres modos que serán aplicados en forma paulatina a través de la implementación de nuevas prestaciones en salud mental a partir de setiembre de 2011 teniendo como objetivo llegar a toda la población en el 2015.

De esta forma, tenemos que en el primer modo los prestadores de salud deberían asegurar atención en salud mental en modalidad de grupos a familiares o referentes afectivos de personas con uso problemático de sustancias, a familiares de usuarios que tengan diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Bipolar Grave (F20 o F31 respectivamente según la clasificación CIE 10⁵), a usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar, personas en situación de violencia doméstica, así como a maestros, docentes y personal de la salud que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral (PNSM;2011:10).

Los mecanismos de ingresar a estos grupos serán mediante dos vías: a) por iniciativa propia del usuario; b) por derivaciones de instituciones, organizaciones no gubernamentales, entre otras. Respecto al equipo técnico se contará con un coordinador que deberá ser psiquiatra o psicólogo y otro coordinador con formación en Enfermería, Trabajo Social u Operadores terapéuticos dependiendo de la problemática a abordar (PNSM;2011:11).

Un segundo modo está dirigido a prestar una atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupo orientada a usuarios con Intento de Autoeliminación (IAE), a adolescentes y jóvenes, a docentes, técnicos y trabajadores de la salud pudiéndose ser beneficiario de esta prestación por derivación de un equipo de salud, por derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1 o por propia voluntad del usuario (PNSM;2011:13).

⁵ Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10; CDI-10. Editorial Médica Panamericana. Madrid, Junio 2004.

Este modo contará con un Comité de Recepción integrado interdisciplinariamente por un Psiquiatra, un Psicólogo o un Licenciado en Trabajo Social dependiendo de las situaciones a trabajar (PNSM;2011:13).

El tercer Modo de este PNSM (2011:14) está orientado a la rehabilitación de usuarios con consumo problemático de sustancias y a usuarios con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP) comprendiendo a portadores de Psicosis Esquizofrénica y Trastorno Bipolar (F20 y F31) y los tratamientos serán en modalidad individual o en grupos.

Este modo al igual que el segundo cuenta con un Comité de Recepción integrado por un Psiquiatra o Psicólogo y otros técnicos con formación específica de acuerdo a los requerimientos de la problemática y el usuario podrá acceder a una entrevista con este Comité siguiendo alguna de las siguientes vías: a) por iniciativa del usuario; b) por derivación del Equipo de Salud; y c) por derivación de los coordinadores de los Modos 1 ó 2 (PNSM;2011:15).

Como cierre de este capítulo creemos acertado nombrar aquí algunas experiencias recientes consideradas de invaluable aporte para la materia, las que fueron extraídas de una recopilación elaborada por el M.S.P. (2009) dentro de las cuales tenemos las siguientes:

- el Programa de Residencia Asistida destinado a personas con TMSP apunta a mejorar la calidad de vida de los pacientes a través del logro de un ajuste de la vida cotidiana y un adecuado desempeño social. Se debe decir que este programa se lleva adelante en el Centro Psico Social Palermo-Sur y que también existe otra experiencia llevada adelante en coordinación entre A.S.S.E-Ministerio de Desarrollo Social (M.I.D.E.S) donde los pacientes están acompañados por cuidadoras.

“El Hogar compartido” trata de una experiencia de convivencia y aprendizaje que funciona desde enero del 2007 donde tres personas del sexo masculino intentan lograr niveles de autogestión y satisfacción personal a través de asumir

responsabilidades básicas individuales y colectivas tales como higiene personal y del hogar, preparación de comidas, organización y planificación de gastos del hogar, organización y toma de medicación, etc..

- el taller de rehabilitación basado en la comunidad realizado en Villa Ituzaingó (San José) con pacientes derivados de las policlínicas zonales o de los equipos multidisciplinarios de los programas de egresos de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, el cual dio comienzo en agosto del 2007.

La principal meta de este taller es mejorar la calidad de vida de los pacientes, trabajar con el paciente y la comunidad y que el paciente pueda tener cierta autonomía y autogestión.

- el Programa de Atención a los Sin Techo (P.A.S.T.) dirigido a población de extrema pobreza tanto en lo económico como en el soporte socio familiar que vive en situación de marginación o en la exclusión social. Dicho programa consta de una coordinación intersectorial entre el M.I.D.E.S, A.S.S.E, Banco Provisión Social (B.P.S), Ministerio de Vivienda y Desarrollo Territorial, entre otros, donde se vio la necesidad de trabajar con el área de salud mental ya que una alto porcentaje de esta población (un 80% aproximadamente) es portador de alguna patología psiquiátrica. Este programa está en funcionamiento desde hace tres años aproximadamente y tiene como objetivo la detección temprana y derivación de pacientes con patologías psiquiátricas para iniciar, reiniciar o favorecer tratamiento y seguimiento en las redes asistenciales existentes. De este programa dependen refugios nocturnos y equipos de atención en calle y se coordina con centros diurnos, residencias asistidas y el Hospital Vilardebó.
- el Plan Estratégico para Coordinación de Egresos y Enlace con la Comunidad el cual se origina al observar dificultades reiteradas una vez que los pacientes egresaban del Hospital Vilardebó para la continuidad del tratamiento en los Equipos Comunitarios de Salud Mental (E.C.S.M).

Como objetivos específicos de este Plan tenemos centralizar en una oficina el trámite de egreso hospitalario tanto de hospitalización como de Emergencia, la cual funciona desde mayo del 2008; coordinar los egresos del Hospital Vilardebó con el E.C.S.M correspondiente; disminuir la discontinuidad de los tratamientos y reingresos hospitalarios y mejorar la comunicación entre el hospital Psiquiátrico y las policlínicas de referencia.

- el Programa de Capacitación Laboral iniciado en marzo del 2008 en el Centro Diurno del Hospital Vilardebó destinado a pacientes con TMSP.

La finalidad del mismo es el aprendizaje y capacitación en relación a la cocina y tisanería así como aptitudes, actitudes y hábitos de trabajo para estos pacientes.

- el Programa Ombú llevado adelante en el C.N.R.P. a partir de marzo del 2009 atendiendo a adultos mayores de 60 años portadores de TMSP apuntando a un abordaje de trabajo articulando de manera innovadora las figuras paradigmáticas de psicosis y vejez.

De las entrevistas realizadas a trabajadoras sociales, que serán desarrolladas en el siguiente capítulo, obtenemos que en el Hospital Vilardebó existe un programa denominado Asistencia Económica, el cual consiste en que aquellos pacientes que tenían en préstamo sus pensiones el Patronato del Psicópata les contrata casas de salud hasta que se culminen dichos préstamos, lo que sirvió como canal de egresos de pacientes del Hospital Vilardebó como hizo referencia la Asistente Social de aquel centro.

Agregó, que en coordinación con el M.I.D.E.S, en el hospital se abrió la sala 22 como refugio de pacientes psiquiátricos o de personas que por distintos motivos no se adaptan al refugios nocturnos y se los dejaba allí para pasar las noches invernales (Ver Anexo N°3).

Por último, en la policlínica de salud mental del Hospital Maciel se lleva a cabo el Programa Múltiples Familiares que consiste en trabajar con el paciente

y sus familias desde una perspectiva psicoanalítica teniendo como objetivo minimizar los factores colaterales de la enfermedad mental, mientras que en la policlínica de Sayago desde el año 2009 se llevan adelante dispositivos terapéuticos en territorio que dependen del Portal Amarillo para personas con consumo problemático de drogas (Ver Anexos 4 y 5).

CAPÍTULO III

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA EN SALUD MENTAL: ENTREVISTAS A TRABAJADORAS SOCIALES.

Como fue planteado al inicio de esta tesina este capítulo contiene el material obtenido a partir de entrevistas cualitativas a trabajadoras sociales de distintos centros de salud en atención primaria, secundaria y terciaria, con vasta experiencia en el campo de la salud mental, teniendo como finalidad obtener un panorama referencial de las políticas sociales implementadas en salud mental en dichos niveles de atención.

Se debe mencionar que a pesar de ser entrevistas abiertas se utilizó una pauta de entrevista como hilo conductor de la conversación (Ver Anexo N° 1).

En primera instancia podemos extraer de dichas entrevistas que hay opiniones coincidentes en que en la atención de la salud mental todavía prima el poder médico pero se reconoce que desde la década del 60' con la incorporación de la medicalización y nuevos métodos terapéuticos se involucra en el tratamiento del paciente mental a la familia y a las redes comunitarias existentes, y con ello, se abre una apertura más genuina desde la disciplina del trabajo social.

Se agrega, además, que el factor psicofármaco permitió al paciente psiquiátrico continuar el tratamiento fuera del hospital y se enmarca la dificultad que hay "en el afuera" para insertar al paciente psiquiátrico en la comunidad debido a la existencia de pre-conceptos en el imaginario colectivo hacia la enfermedad mental:

"De todas maneras, esa exclusión o ese estigma del paciente enfermo mental o ese estigma continúa hasta el día de hoy, verdad. Más allá, más acá que hay drogas, medicación que han hecho mucho por ciertas patologías, lo dejan estables de forma que pueden llevar una vida normal la mayoría de los pacientes, igual está el tema del

estigma de la salud mental. Hace poco me llamó una persona que tenía en la familia una persona que había hecho un brote psicótico que evolucionaba en esquizofrenia y me llamaron para ver donde la ponían. La paciente era una muchacha de 22 años. Y yo les digo: "¿cómo dónde la ponen? ¿está internada ella ahora?". Y me dicen: "Sí está internada pero en algún momento le van a dar el alta". "Y bueno", le digo. "Cuando le den el alta la muchacha va a quedar compensada y no va a tener ninguna dificultad". Entonces insistían si había una institución donde ponerla y yo les decía que ella iba a llevar una vida completamente normal, más allá de que pueda descompensarse en algunas circunstancias llevará una vida completamente normal. Vos sabes que no me entendieron. Seguían con la idea de la paciente psiquiátrica fuera" (Ver Anexo N° 5).

Es de común acuerdo entre las entrevistadas que el trato de la enfermedad mental en el Uruguay del siglo XIX se basó casi en exclusivo en el encierro y exclusión en nosocomios de enfermos mentales, y que, el quiebre más importante con esta forma de tratamiento se dio cuando el cierre del Hospital Musto, donde se empezó a derivar pacientes a hospitales generales y policlínicas municipales constituyéndose equipos interdisciplinarios comunitarios para el abordaje en el campo de la salud mental:

"Ya en el año 91' se había empezado a trabajar ese tema, conscientizando a la población se salía a los liceos, a los comunales, a hablar que el paciente era una persona más que necesitaba de la familia, necesitaba de actividades y con todo eso se había empezado a devolver pacientes a la comunidad. Lo que nos mató fue que el año 2001 y 2002 con el tema de la crisis la gente no tenía para alimentarse, viste que es sector más pobre y vulnerable de ASSE (...) Pero previo a ello se conscientizó a las familias que los pacientes tenían que volver y se armaron

una serie de policlínicas de salud mental que no existía hasta la fecha que empezaron a funcionar bien pero empezó a faltar medicamentos en las policlínicas y entonces la gente ya no quería atenderse tanto en policlínicas y volvió a venir acá directamente. Y ahí tuvimos como una vuelta masiva de mucha gente al hospital. (...) la cabeza volvió a cambiar no de la misma manera pero la certeza estaba en la internación” (Ver Anexo N° 3).

Las profesionales concluyen que existen recursos escasos en rehabilitación de pacientes psiquiátricos y se afirma que cuando los hay se dificulta el acceso y/o funcionamiento coordinado con otros programas culminando, en algunos casos, en la internación o que el paciente no tenga la posibilidad de ingresar a centros de diurnos:

“(..) llega un momento que el círculo se cierra, se repite en espiral y que de alguna manera hace que los pacientes terminen acá por decisión de la comunidad, por decisión de la familia y por una firma del Poder Judicial” (Ver Anexo N° 2).

“Muchas veces chocamos con esas incongruencias del Estado (...) Por ejemplo, los pases libres, la Intendencia pide que vayan a centros de rehabilitación, los centros diurnos el centro le da a todos sus pacientes y los que no están porque muchos quedan afuera vienen acá a pedir por el tema económico más que nada. Claro se terminan los cupos y que hacemos con los que quedan afuera. ¿Y pasa? que los pacientes que van a los centros diurnos no quieren dejan de venir entonces casi no hay cupos libres digamos. (...) Entonces es un beneficio pero por otro lado tapa la posibilidad de que otros ingresen, es complejo”. (Ver Anexo N° 3).

“Lo que se ofrece en policlínica es asistencia ambulatoria y muchas veces nos encontramos que al no contar con el

núcleo familiar se dificulta encontrar un lugar adecuado para el egreso (...)" (Ver Anexo N° 4).

"Lo de rehabilitación también es fundamental pero acá en este país no existe rehabilitación. En realidad existen muy pocos lugares que realizan rehabilitación y nosotros en la zona no tenemos ninguno" (Ver Anexo N° 5).

Dejamos planteado, a partir de las opiniones de las entrevistadas, que la poca intervención estatal en políticas de salud mental destinada a enfermos psiquiátricos crónicos puede deberse a la pérdida de todos sus derechos civiles luego de una cronificación de internación hospitalaria:

"(...) la Colonia se creó acá porque cuanto más lejos se podía tener de la sociedad al loco denominado como tal. Entonces no se lo veía, no estaba interfiriendo, como no vota, no tiene un aporte hacia la ideológico político tampoco importa demasiado" (Ver Anexo N° 2).

De todas maneras, se toma con muy buena expectativa que exista la política de apuntar hacia la promoción y prevención en salud pues se considera un aspecto imprescindible en atención en salud ya implica un concepto de salud más abarcativo que la mera ausencia de enfermedad (Ver Anexo N° 5).

Asimismo existe una cierta concordancia de opiniones en que el SNIS iniciado en el 2005 no ha incidido en cambios relevantes en el trabajo cotidiano de los distintos niveles de atención, y que, además, el abordaje en salud mental debe hacerse desde una perspectiva de enfoque multidisciplinario, lo que fue resaltado como la principal fortaleza en la modalidad de trabajo del ámbito público.

Ello condujo a una fuerte crítica a la interna del Trabajo Social debido a la poca o nula participación como disciplina en la elaboración de programas en salud mental. En palabras de las entrevistadas:

"Me gustaría que entre tales profesionales hubiera una Trabajadora Social. Claro, porque políticas de salud"

007321



mental tiene mucho que ver con lo social y más con esta realidad que estamos viviendo: pacientes con bajo nivel instructivo, de medios cadenciados, con adicciones de todo tipo, que agregan a la enfermedad mental, que deberíamos estar aportando los trabajadores sociales su conocimiento desde los programas. (...) características de la población desde el punto de vista socio-cultural y después tenemos que sujetarnos a las políticas que implementan otros sin saber exactamente cuál es nuestra función o nuestro rol que tanto nos cuesta definir a nosotros, cuanto más trasmitirlo a los otros" (Ver Anexo N° 2).

"Se puede hacer una autocrítica como colectivo de que uno puede poner muchas excusas de no formar parte de, no sentirse involucrado, pero uno puede hacer un lugar y dar identidad como colectivo a esa programación (...)" (Ver Anexo N° 4).

Concordando con las entrevistadas creemos que el hecho de poder ser parte del diseño e implementación de políticas en salud mental desde el Trabajo Social es un aporte valioso e imprescindible, tanto para el paciente psiquiátrico como para sus familias y la comunidad misma, ya que recibir una terapia desde lo social facilita comprender la envergadura de tratar la enfermedad mental que escapa, muchas veces, al punto de vista médico.

A su vez, se coloca como reflexión que debido a la propia dinámica de la institución en la que se trabaja y el propio devenir de la realidad social, muchas veces, la intervención desde el trabajo social se orienta a atender las demandas inmediatas más que en el programar y definir estrategias de acción:

"específicamente nuestra disciplina está muy mermada, en las posibilidades de una accionar polarizado, sistematizado, programado. Y me lo dijeron, y me lo hicieron reflexionar compañeros tuyos que vinieron a hacer la práctica acá. Ellos me dijeron: "bueno, porque no

parar igual, no tapar agujeros, desocuparse de las emergencias y sentarse a pensar un poquito el sistema de funcionamiento". Yo creo que sí, el tema es que la misma institución, la comunidad, el día a día, la realidad del paciente psiquiátrico inserto en la comunidad ha cambiado y cambia tanto, porque el elemento adicciones, de todo tipo ha agregado otros factores desencadenantes que hizo cambiar el perfil poblacional. Es mucho más difícil decir vamos a sentarnos a programar cuando te llegan gurises de 21 a 29 años, que están ingresando cada mes un promedio de 7 u 8" (Ver Anexo N° 2).

Surge de las entrevistas efectuadas que el Trabajo Social debe formarse en psicopatología para intervenir en la salud mental, lo que creemos es válido para contextualizar la situación a trabajar, pero reconocemos debemos estar atentos a manejarlo con ciertos criterio, pues muchas veces adquirimos terminologías propias de la medicina (por ejemplo hacer referencias al paciente de la cama número tal) que desdibujan el trato persona-persona y le colocan una cuota de estigmatización hacia el enfermo mental.

En palabras de Lucía del Carmen Amico:

"La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental se tornó una especialización particular de la profesión: el Trabajo Social psiquiátrico. Este posicionamiento demandó para el desarrollo profesional la utilización de saberes y métodos asociados a la psicología, la sociología y la psiquiatría; de esta manera se comienza a psicologizar la lectura de las problemáticas sociales y/o a patologizar las relaciones socio-familiares de las personas con trastorno mental.

Su intervención se desplazaba hacia el problema individual, ajeno a las condiciones estructurales del propio capitalismo y, por lo tanto, ubicando esta intervención en el terreno de lo patológico como disfuncionalidades a ser

corregidas: ajuste, adaptación y disciplinamiento son conceptos que no tienen relación con el relacionamiento universal de los derechos del hombre” (AMICO;2005:70-71).

En total convicción con la autora afirmamos que la práctica profesional caracterizada por su fuerte impronta pragmática y utilitarista con tendencia respuestas inmediatas es un obstáculo indispensable a vencer si se desea alcanzar una dimensión autónoma del trabajo social en la intervención de la salud mental.

Dicha intervención debe justificarse desde un marco teórico referencial metodológico crítico basado en el análisis y la investigación y leer lo social como una construcción subjetiva, histórica y cultural, considerando los intercambios y las reciprocidades en la vida cotidiana, atravesada por lo macrosocial, comprender y explicar lo social desde la singularidad y lo simbólico.

Muchos dirán que este discurso se torna fácil en la teoría y poco aplicable a la cotidianidad del trabajo pero la idea de dejarse planteado aquí es sólo a título de intentar ir por ese camino.

El capítulo que sigue plantea las reflexiones finales a las que se pudo arribar a partir de un análisis global de la presente monografía.

A MODO DE REFLEXIÓN

Este trabajo monográfico intentó demostrar, en principio, cómo ha sido el abordaje de la enfermedad mental durante el transcurso de la historia de la humanidad, y particularmente para el caso uruguayo, a partir de las percepciones de salud-enfermedad mental.

Es así que estamos en condiciones de afirmar que hasta el advenimiento del capitalismo el enfermo mental pasó de ser asociado con lo demoníaco y peligroso a ser considerado un "disturbio social", puesto que al perder la razón no era capaz de adaptarse a los valores impuestos por el orden burgués.

De esta forma, surge el hospital psiquiátrico, legitimado por la lógica capitalista, pues se hace necesario diferenciar al sujeto que altera el status quo de la productividad, y por lo tanto, el loco deberá ser encerrado con la justificación de recibir tratamiento. El manicomio, será entonces, el lugar donde se ejerce la autoridad médica-burguesa para el "disciplinamiento de los locos".

Si hacemos un repaso de lo ocurrido en nuestro país podemos decir que efectivamente el Uruguay se hizo eco de estos procesos y el enfermo mental pasó de deambular por las calles a recibir internaciones hospitalarias en condiciones infrahumanas según informes internacionales alimentándose así el estigma existente hacia el enfermo mental.

Es decir, el estado uruguayo ofreció durante más de un siglo como única alternativa para el tratamiento de la enfermedad mental el modelo asilar. Dicho modelo comenzó a ser cuestionado gracias a cierta influencia de corrientes antipsiquiátricas desarrolladas en Europa por la década de los 60' y que fueron aplicadas en nuestro país posterior a la apertura democrática.

Se consideró que la manicomialización tuvo consecuencias irreparables en la vida de la persona internada ocasionada por la propia interna de la institución totalizante, dando como resultado la menoscabación de su

capacidad de desarrollo de funciones personales y sociales hasta llegar a la pérdida total de derechos como ser humano, alimentando aún más el estigma hacia el enfermo mental.

Imbuido por este movimiento surge el primer PNSM en nuestro país, el cual, promulgó una tendencia a la prevención y promoción en salud en el primer nivel de atención, y que, los enfermos mentales pudiesen recibir atención en hospitales generales con la intervención de equipos interdisciplinarios para su mejora.

Sin embargo, el trabajo de campo que hemos realizado y del recogimiento de fuentes documentales se desprende que este Plan no pudo ser aplicado hasta diez años después de su elaboración, lo que habla de la fuerte impronta que tiene la hospitalización como recurso.

Se debe resaltar que este plan contribuyó un intento de cambio de mentalidad en la atención de la salud mental, dado que incitó un empuje a la creación de centros de rehabilitación extra-hospitalaria, los cuales con la incorporación de psicofármacos y la internación de enfermos mentales en hospitales generales, contribuyeron, en cierta medida, a la reducción de los asilados mentales.

Por su parte, las medidas de ajuste estructural de los años 90' contribuyeron al proceso denominado como "desmanicomialización forzosa", que consistió básicamente en la reclusión prolongada de pacientes en las Colonias (dado por el cierre definitivo del Hospital Musto y la reconversión del Hospital Vilardebó, que pasó de atender pacientes crónicos a agudos) y la reinserción familiar forzosa de una gran cantidad de pacientes sin existir preparación adecuada alguna ni de ellos ni de sus familias.

Con la llegada de la crisis económica que atraviesa al Uruguay por el 2002 se instaló nuevamente la certeza en la internación manicomial, pues allí los pacientes y sus familiares se asegurarían alimentos, estadía y medicación.

La asunción al gobierno del Frente Amplio por el período 2005-2010, pone en la agenda política los lineamientos de la salud en general, involucrando en este proceso a la salud mental, iniciando una reforma sanitaria sin precedentes en nuestro país, constituyéndose el SNIS dando lugar a la elaboración de un nuevo PNSM por agosto del 2011.

Nuevamente, al igual que en el PNSM del 86', se vuelve a apuntar a la promoción y prevención en primer nivel de atención, así como también, poner énfasis en la rehabilitación para la atención de personas con trastornos mentales.

A pesar de haber habido múltiples experiencias recientes y centros de rehabilitación que datan de largo tiempo, creemos, que los esfuerzos no son suficientes para contrarrestar la modalidad asilar en la atención de la enfermedad mental. Tal vez pecamos de sonar algo pesimistas pero consideramos que erradicar el manicomio hoy suena algo utópico para nuestro país, pues implica un plan integral de políticas sociales (educación, laboral, vivienda, entre otras) mucho más abarcativo que el sólo diseño e implementación de políticas en salud mental, que, por el momento, parece poco probable.

En acuerdo con Franco Basaglia (2008), y sin ánimo alguno de alentar la manicomialización, lo más próximo que podemos hacer como futuros profesionales de la salud es luchar para que las personas internadas tengan la posibilidad de ser, de expresarse de alguna manera, de que su paso o permanencia en el manicomio sea lo más digna posible procurando siempre, en la medida de lo posible, la salida de él.

Indefectiblemente para que esto suceda tenemos que abandonar la idea de que la enfermedad mental es consecuencia de una disfuncionalidad orgánica, y comenzar a concebirla desde una postura de multicausalidad de factores intervinientes para comprenderla y explicarla. O sea, debemos integrar los factores biológicos y psicológicos a un contexto social, económico, político y cultural que determinan la enfermedad mental.

A nuestro juicio, consideramos que el Trabajo Social como disciplina partícipe de la salud, tiene el deber de tener una mayor participación en el diseño e implementación de políticas en salud mental, pues se contribuye así a incorporar elementos sociales, que se hacen imprescindibles considerar para comprender la enfermedad mental en la realidad concreta de los sujetos.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, Ana; BERNAL, Silvia; RODRÍGUEZ, Carmen. La función social de la locura: una mirada desde el poder. Capítulo: "De la locura y la marginación social". Editorial Espacio. Buenos Aires, 1998.
- ACOSTA, Luis. "Consideraciones sobre la historia del Servicio Social". En: Revista Temas de Trabajo Social, Equipo de trabajo del Ciclo Básico. Facultad de Ciencias Sociales. Editorial Mimeo. Montevideo, 1999.
- ACOSTA, Luis. Modernidad y Servicio Social: un estudio sobre la génesis del Servicio Social en el Uruguay. Universidad Federal de Río de Janeiro. Río de Janeiro, Julio 1997.
- ACUÑA, Ricardo. "Servicio de emergencia del Hospital Vilardebó". En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 68 N° 2. Montevideo, diciembre 2004. Material obtenido vía Internet en <http://www.spu.org.uy>
- AMARANTE, Paulo. Superar el manicomio. Editorial Topía. Buenos Aires, 2009.
- AMICO, Lucía del Carmen. La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo Social en alternativas de atención. Editorial Espacio. Buenos Aires, 2005.
- ANDRENACCI, Luciano; REPETTO, Fabián. "Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana". En: Revista INDES. Editorial Mimeo. Washington, 2006.
- APUD, Ismael; BORGES, Cristina; TECHERA, Andrés. La sociedad del olvido: un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Publicaciones Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República. Montevideo, 2009.
- ARDUINO, Margarita; GINÉS, Ángel. "Noventa años de la Colonia Etchepare". En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 66 N° 2. Montevideo, diciembre 2002. Material obtenido vía Internet en <http://www.spu.org.uy>
- ARDUINO, Margarita; GINÉS, Ángel; PORCIUNCULA, Horacio. "La Reforma Psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa de Salud Mental"

- en Uruguay". En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 64 N° 2. Montevideo, agosto 2000. Material obtenido vía Internet en <http://www.spu.org.uy>
- ARDUINO, Margarita; GINES, Ángel; PORCIUNCULA, Horacio. El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 69 N° 2. Montevideo, diciembre 2005. Material obtenido vía Internet en <http://www.spu.org.uy>
 - BARRÁN, José Pedro. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. "El poder de curar". Tomo I. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1992.
 - BARRÁN, José Pedro. Historia de la sensibilidad en el Uruguay. El disciplinamiento (1860-1920). Tomo II. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1993a.
 - BARRÁN, José Pedro. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. "La ortopedia de los pobres". Tomo II. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1993b.
 - BARRÁN, José Pedro. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. "La invención del cuerpo". Tomo III. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1995.
 - BASAGLIA, Franco. Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Capítulo: "Rehabilitación y control social". Barral Editores. Barcelona, 1985.
 - BASAGLIA, Franco. Los crímenes de la paz. Capítulo: "Los crímenes de la paz". Editorial Siglo XXI. 3ª Edición. México, 1987.
 - BASAGLIA, Franco. La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio. Editorial Topía. Buenos Aires, 2008.
 - BECERRA BARREIRO, Rodolfo. Cuarenta estudios sobre la nueva legislación laboral uruguaya. Capítulo: El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Fundación de Cultura Universitaria. Montevideo, Agosto 2010.
 - BENTHAM, Jeremías. El panóptico. Ediciones La Piqueta. 2ª Edición. Madrid, 1989.

- BESPALI, Yubarandt; DE PENA, Mario. La evolución de los derechos de los enfermos psiquiátricos en Uruguay (primera parte). En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 64 N° 3. Montevideo, diciembre 2000. Material obtenido vía Internet en <http://www.spu.org.uy>
- CASAROTTI, Humberto; PEREIRA, Teresa. "Ley 9.581 de "Asistencia de Psicópatas" de 1936. En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 64 N° 2. Montevideo, agosto 2000. Material obtenido vía Internet en <http://www.spu.org.uy>
- CASAROTTI, Humberto. "Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay". En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 71 N° 2. Montevideo, diciembre 2002. Material obtenido vía Internet en <http://www.spu.org.uy>
- CASTEL, Robert. El orden psiquiátrico. Ediciones La Piqueta. Madrid, 1980.
- CASTEL, Robert. "Los crímenes de la paz". Capítulo: "La contradicción psiquiátrica". Editorial Siglo XXI. México, 1981.
- CASTELLANOS; Beatriz; MARTÍN, Ana María; MOLEDDA, Patricia; TAUCAR, Nada. La función social de la locura: una mirada desde el poder. Capítulo: "Una mirada sobre la repetición y el cambio en la comprensión de la locura". Editorial Espacio. Buenos Aires, 1998.
- DELGADO, Liliana; HULETCHE, Ana María. La función social de la locura: una mirada desde el poder. Capítulo: "Yo soy y no quiero ser". Editorial Espacio. Buenos Aires, 1998.
- DE LEÓN, Nelson; FERNÁNDEZ ROMAR, Juan. "La locura y sus instituciones". En: Compilado III Jornadas de Psicología Universitaria: historia, violencia y subjetividad. Ediciones Multiplicidades. Montevideo, 1996.
- DE LEÓN, Nelson. "¿Por qué no hablar con la locura?". En: Compilado V Jornadas de Psicología Universitaria. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo, 2000.
- FOUCAULT, Michel. Los crímenes de la paz. Capítulo: "La casa de la locura". Editorial Siglo XXI. México, 1981.
- FOUCAULT, Michel. La vida de los hombres infames. Editorial "La Piqueta". Madrid, 1990.

- FOUCAULT, Michel. Vigilar y castigar. Editorial Siglo XXI. 26ª Edición. México, 1997.
- FERNÁNDEZ CASTRILLO, Beatriz. "Algunas consideraciones sobre vulnerabilidad social y salud mental". En: Compilado VI Jornadas de Psicología Universitaria: la psicología en la realidad actual. Editorial Psicolibros. Montevideo, 2003.
- GARCÍA ESPÍNDOLA, Adriana. "Dimensiones y principios del Trabajo Social: reflexiones desde la intervención profesional". En: Revista de Trabajo Social. Editorial Mimeo. Montevideo, 1999.
- GINES, Ángel. "La honda de Murguía". En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 67 N° 2. Montevideo, diciembre 2003. Material obtenido vía Internet en <http://www.spu.org.uy>
- GALENDE, Emiliano. Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1990.
- GOFFMAN, Erving. Internados: Ensayos sobre situación social de los enfermos mentales. Editorial Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1984.
- MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNACIONAL (MDRI). Derechos humanos y salud mental en Uruguay. Washington College of Law American University. Washington, 1995.
- MITJAVILA, Myriam. Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización. En: Cuadernos del CLAEH. Revista uruguaya de Ciencias Sociales Año XVII N° 62. Montevideo, 1992.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. Uruguay saludable. s/f.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Jornada intercambio de experiencias innovadoras en salud mental organizada por PNSM y Comisión Asesora Técnico Permanente (C.A.T.P.). Montevideo, 2009.
- MOREIRA, Constanza. Con el corazón en el Estado. Capítulo: "La reforma del Estado en Uruguay: cuestionando el gradualismo y la heterodoxia". Ediciones Trilce. Montevideo, 2001.
- MUÑOZ, María Julia y AUTORES VARIOS. La salud: un problema de todos. Centro Uruguay Independiente. Serie Estudios. Montevideo, 1987.

- PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL. Coordinadora de Psicólogos de Uruguay. Montevideo, Setiembre, 1986.
- PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL. Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Programa Nacional de Salud Mental. M.S.P. Montevideo, Agosto, 2011.
- SERRANO, Claudia. "La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina". En Revista: CEPAL Serie Mujer y Desarrollo N° 70. Santiago de Chile, 2005.
- SETARO, Marcelo. Reforma del Estado y políticas públicas de la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos. Capítulo: La creación del Sistema Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance. Editorial Fin de Siglo. Montevideo, 2010.
- VALLES, Miguel. "Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional". Editorial Síntesis. Madrid, 1997.

