

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

“Ciudadanos Locos”

Carolina Dolara

Tutor: Teresa Dornell

2011



Vincent Van Gogh-Don Quijote de la Mancha

"Pues don Quijote de la Mancha es loco, menguado y mentecato, y Sancho Panza su escudero lo conoce, y, con todo eso le sirve y le sigue y va atenido a las vanas promesas suyas, sin duda alguna debe ser él más loco y tonto que su amo..."

Miguel de Cervantes Saavedra (1819)

"El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha".
Parte segunda, Tomo III. Madrid. I. Real (Pág. 346)

INDICE

INTRODUCCIÓN.....2

CAPÍTULO I

La Salud en el Uruguay.

- 1.1 Nuevo cambio de paradigma en la Salud.....5
- 1.2 Salud Mental en el Uruguay..... 11

CAPÍTULO II

La salud y la enfermedad mental en relación a otras construcciones sociales.

- 2.1 Ciudadanía y Derechos Humanos...mejor calidad de vida.....23
- 2.2 La identidad y la subjetividad: como construcción social.....32

Conclusiones.....37

Bibliografía y Fuentes Documentales40

Anexo s..... 44

INTRODUCCIÓN.

El presente documento constituye la Monografía final exigida curricularmente por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República; para obtener el título de grado en la Licenciatura de Trabajo Social.

El mismo se vio motivado a raíz del pasaje que como estudiante de la Licenciatura de Trabajo Social he realizado por las Supervisiones de Salud y Sociedad, enmarcadas en la materia Metodología de la Intervención Profesional en el segundo y tercer nivel; pero sobre todo es en este último que comenzó mi mayor interés por indagar en el tema de la Salud Mental; ya que este es un campo más del Trabajo Social, por ser parte de la vida cotidiana de las personas; sin desconocer que aún como individuos, debido a múltiples causas como el estigma, la mitificación o la falta de conocimiento no lo hemos incorporado en la misma. Sin embargo es importante señalar que para los fines del presente documento se entenderá a la Salud Mental como parte de la salud integral del sujeto, no como algo fragmentado.

Es además que, posteriormente a la revisión bibliográfica y las investigaciones existentes sobre esta temática, y luego de su debido análisis, fue posible reafirmar que el interés estaba puesto sobre dicho tema, dado que el mismo a mí entender, ha ganado terreno en el debate actual y es en cierta forma polémico.

En función de ello es que comencé a plantearme varios ejes temáticos posibles de ser investigados para mi tesis de grado en este campo tan amplio como es la Salud Mental; que además se considera muchas veces propia de las Ciencias de la Salud como la psiquiatría y la psicología, y ajena al de las Ciencias Sociales. Entre los ejes temáticos que me interesaban principalmente se encontraban la relación entre la Salud Mental y la calidad de vida, o la relación entre la Salud Mental y la Ciudadanía.

A mi entender la Salud Mental en el imaginario social y colectivo, el cual se abordará en este trabajo, se asocia muchas veces al concepto de enfermedad mental, otorgándole el significado, la idea del “loco”, del inadaptado que debe permanecer encerrado en un manicomio, con la mirada perdida y la boca derramando saliva, que además requiere de vigilancia y control social. Sin embargo no se puede desconocer que hoy un gran número de personas que padecen de una enfermedad mental en un contexto favorable para desarrollar sus potencialidades humanas y su calidad de vida, se encuentran insertas en la sociedad.

Para la OMS la Salud Mental *“no es simplemente ausencia de enfermedad mental reconocible, sino un estado de bienestar en el que el individuo manifiesta sus propias habilidades, trabaja productivamente y es capaz de contribuir al bienestar de la comunidad.”*¹

Y es en este sentido que me planteo estudiar e identificar si las personas a las que denominamos locos o enfermos mentales son poseedores de derechos y responsabilidades que le permiten hacer uso de su ciudadanía y por tanto alcanzar una mejor calidad de vida. Es interesante lo que plantea Esther Custo en su libro llamado *“Salud Mental y Ciudadanía”* sobre que *“es posible que el ejercicio de la ciudadanía, en sus dimensiones de pertenencia, participación y derechos, favorezcan la construcción de la salud mental”*²

Es precisamente sobre este punto donde recae mi interés, y por lo tanto la decisión de realizar un estudio que plantea como tema central: *“la relación existente entre la Salud Mental y la Ciudadanía”*; que sin duda es substancial en el debate actual sobre las nuevas modalidades de atención en la Salud en el Uruguay.

Partiendo de lo que plantea Miguel Valles³, de que el diseño de investigación cualitativa debe empezar con la formulación del problema, con una interrogante; es que planteo problematizar sobre:

Ante el actual contexto ¿Cuál es la calidad de ciudadano de las personas con pérdida total o parcial de la Salud Mental?

Es interesante plantear que éste es un problema social que preocupa a gran parte de los uruguayos, entendiendo por problema social *“la dificultad existente en una sociedad para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros. Éste problema es de naturaleza social, porque se refiere a las relaciones entre el individuo y la sociedad, porque se manifiestan conductas que tienen consecuencias sociales, porque su presencia genera preocupación social y porque trasciende el ámbito del individuo...”*⁴. Es decir que un problema social afecta a una parte importante de la población dado que es la presencia de una carencia que no permite la satisfacción de las necesidades, y por tanto el desarrollo pleno de las potencialidades humanas.

¹ <http://www.who.int/countries/ury/es> Archivo consultado en Julio de 2007

² Custo, E. (2008) *“Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social”* Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina (Pág. 47)

³ Valles, M (1997) *“Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional”*. Síntesis. Madrid. (Pág. 83)

⁴ Aylwin de Barros, N (1989). *“El objeto del Trabajo Social”*. En Revista de Trabajo Social N° 30, Universidad Católica de Chile. (Pág. 6).

Para ello delimite como objeto de estudio el ejercicio de la ciudadanía de los enfermos mentales en el Uruguay; teniendo presente que la Salud Mental se aborda fundamentalmente desde una mirada unidireccional, la del campo de la salud, excluyendo a la misma de la totalidad de la realidad de la que es parte; y por tanto no teniendo presente aspectos sociales como la ciudadanía del enfermo mental, la cual implica pertenencia, participación, derechos, etc.

De esta manera, en el presente documento se comenzará por analizar el devenir histórico del campo institucional de la salud en nuestro país hasta la actualidad, el cual se ha caracterizado por colocar en la medicina y en la figura del médico la racionalidad hegemónica dominante propia de cada contexto histórico.

Se intentara discutir luego la interpretación de las Ciencias Sociales y Humanas sobre este fenómeno de la locura o de la Salud Mental, planteando que la misma es una construcción socio-histórico y cultural y por tanto de difícil definición. Además se planteará un estudio histórico de la psiquiatría y, del abordaje y las estrategias, que las políticas sociales en salud mental han ido planteando en el Uruguay.

Por último, cabe señalar que, el diseño de esta investigación se caracterizará por ser de tipo no experimental, esto significa que *“no se construye ninguna situación sino que se observan situación ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador”*⁵. Para ello las técnicas metodológicas utilizadas en la realización del estudio propuesto, es decir para la aproximación e indagación de la temática seleccionada sobre la realidad social fueron: la búsqueda documental o bibliográfica principalmente y la entrevista en profundidad, a informantes calificados como forma de apoyo o de ampliación de los datos obtenidos en la primera. Por tanto se realizaron entrevistas (Ver Anexo 1) a distintas Trabajadoras Sociales, insertas en el campo de la Salud Mental, en los diferentes niveles de atención; con el objetivo de indagar en este terreno y constatar la información obtenida a través de dicha búsqueda bibliográfica o documental.

⁵ Hernández, R. Collado, C(s/d).”Metodología de la investigación”.Mc Graw Hill.

Capítulo I

La Salud en el Uruguay

1.1 Nuevo cambio de paradigma en la Salud.

Para poder comprender la situación actual del campo institucional en el que nos enmarcamos, como es el caso de la Salud, comenzaremos por una breve reseña histórica que tomara como punto de partida el siglo XX, más precisamente 1910 cuando se crea el Consejo de Asistencia Pública Nacional, que pasa a encargarse de la dirección de los hospitales públicos del país. Si bien no se ordeno que los Directores de dichos Centros fueran médicos, en los hechos se designaron a estos profesionales el cargo de la dirección, dado que para ese entonces los médicos ya habían conquistado un lugar destacado y de privilegio en el imaginario social de todos los uruguayos.⁶

Así mismo el saber médico del novecientos, vinculado al pensamiento científico-positivista, le gana terreno a aquellos espacios en los que antes predominaba la moral religiosa. Los roles atribuidos al médico, *"escapan al objetivo específico del oficio –la cura de la enfermedad- y muestran una ampliación insospechada de la influencia médica en el terreno de las conductas y la moral."*⁷

A través del fenómeno de la medicalización es que se intentó plasmar una mentalidad moderna que permitiera la consolidación del sistema económico capitalista, y además lograr un control y un disciplinamiento de toda la sociedad. *"Los trabajadores fueron objeto de una atención preferente porque su salud se vinculó al sistema productivo (eso al menos se dijo) y porque su enfermedad fue considerada un riesgo para todos, el patronato incluido, razón bastante menos confesada"*.⁸

Según plantea Barran, en el novecientos, *"el Uruguay se "modernizó", es decir, acompañó su evolución demográfica, tecnológica, económica, política, social y cultural a la de Europa capitalista"*⁹ ; para lo cual el saber medico fue un instrumento fundamental, ya que a través de la salud y la diabolización de la enfermedad, logró

⁶ Barran, J. P. y Otros. (1993) "La medicalización de la sociedad". Ed. Nordan. Montevideo, Uruguay.

⁷ Op. Cit. (Pág. 170)

⁸ Barran, J.P. (1995) "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo III. La invención del cuerpo", Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay (Pág. 263)

⁹ Barran, J. P. (1993) "Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo II. El Disciplinamiento (1860-1920)" Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay. (Pág. 15)

fuerentes cambios en los hábitos y el comportamiento de la población, como la “obligación” de la higiene y el cuidado de los cuerpos de los individuos. Es decir que la conservación de la salud del cuerpo, (sin olvidar a curas y maestros) también integra el código de la moral predicada por los médicos.

Es en este momento que se establece una clara identificación entre moral y salud. Los médicos entendían que las causas de las enfermedades estaban en los “vicios morales”, en las conductas personales inapropiadas según lo que se perseguía por parte de la clase burguesa dominante; y para ello era propicio que los individuos comenzaran a vivir culposamente o con vergüenza algunas de las costumbres o hábitos que se comprendían en sus vidas. La culpa y la vergüenza fueron instrumentos o medios para el disciplinamiento, lo que garantizó la subordinación de los individuos al saber médico.

*“La culpa, verdadera piedra miliar de la nueva sensibilidad, (...) informó tanto la conducta de la sociedad represora como la del individuo reprimido.” (...) La represión del alma pareció al hombre “civilizado” el camino ideal para ejercer “influencias” por cuanto sus efectos eran más permanentes que los castigos físicos”.*¹⁰

El disciplinamiento de la sociedad no fue entonces a través del castigo físico o del sufrimiento corporal, ya que este pasó a ser uno de los “tabúes modernos” tal como plantea Barran, sino que surgieron e impusieron reglas y reglamentos en varios aspectos de la vida de los individuos, los cuales funcionaron como formas de control, “invisibles”, de la conducta y permitieron la “construcción burguesa del cuerpo”.

*“La salud fue equiparada con el poder sobre el cuerpo, es decir, con el cuerpo al servicio de una vida laboriosa y larga y no de sí mismo. El mal era la debilidad física, campo propicio para la enfermedad (...) Esta ética no juzgaba al cuerpo desde el cuerpo sino desde afuera, como lo que se podía lograr de él para fines que no eran estrictamente los de su gozo”*¹¹

Resulta fundamental para esta sociedad burguesa, que pretendía la modernización del Uruguay, preservar el cuerpo propio y el de los demás ya que son partes esenciales de los aparatos de producción y de consumo capitalista. “Las clases altas pasaron del descubrimiento del propio cuerpo al descubrimiento del cuerpo de

¹⁰ Óp. Cit. (Pág. 90)

¹¹ Óp. Cit. (Pág. 55)

los demás¹² como herramientas para el triunfo económico; ya que el cuerpo ajeno se consideró como consumidor y como mano de obra.

“Disciplinar (...) era esencial si se deseaba el respeto al nuevo orden social y la eficacia en el nuevo orden económico. Los modelos sueltos debían sujetarse, la multitud habituarse a las imposiciones y las rigideces que preparan para aceptar las jerarquías y la disciplina en el trabajo”¹³

“Cada paso que se avanzó en estas direcciones implicó a la vez un incremento del poder del Estado y un avance de la salud pública. En este sentido, ambos hechos se retroalimentaron y puede afirmarse que pocos fenómenos históricos hicieron tanto por legitimar la regulación estatal de las conductas individuales como el cuidado de la salud pública y que, a la vez, el apoyo de las autoridades estatales y/o municipales fue clave para el éxito de las políticas pensadas por los higienistas. Estado e higiene empezaron a vivir en simbiosis.”¹⁴

Por tanto “la medicina fue puesta al servicio de un Estado que así veía aumentar sus poderes, su capacidad de control, y su legitimidad.”¹⁵

Es a partir de 1934, que se crea el Ministerio de Salud Pública (MSP), como el “organismo rector en materia de políticas de salud y quien tiene las potestades legales para ejercer la regulación y el control del mismo, con la finalidad de promover la universalidad, la eficiencia y la calidad de los servicios que se prestan a la población”.¹⁶

Por tanto, le competen las funciones reguladoras y normativas tanto del sector público como del privado, partiendo de la base de que el sistema de salud de nuestro país es mixto.

Las políticas sociales, tal como es el caso de las políticas de Salud que implementa el MSP, son instrumentos del Estado capitalista que buscan responder a la Cuestión Social. Podemos entender a esta última según lo que plantea Alejandra

¹² Barran, J. P. (1993) “Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo II. El Disciplinamiento (1860-1920)” Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay. (Pág. 56)

¹³ Óp. Cit. (Pág. 242)

¹⁴ Barran, J.P. (1995) “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo III. La invención del cuerpo”. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay. (Pág. 231)

¹⁵ Óp. Cit. (Pág. 256)

¹⁶ Piotti, D. (2002) “La reforma del estado y el sistema de salud”. En: “Uruguay: La Reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada. (1985-2000)” Mancebo, E. y Otros (Comp.) Colección política viva. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.

Pastorini como *“un conjunto de problemas sociales, políticos y económicos que se generan con el surgimiento de la clase obrera dentro de la sociedad capitalista”*¹⁷

En este sentido es interesante señalar que las distintas políticas sociales que se han ido implementando en el país en lo que refiere a la Salud, hasta ahora, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida de la población, dado que éstas han adoptado hasta entonces prácticas (médicas-asistenciales) subordinadas a los mecanismos del mercado capitalista, no aplicables al campo de la salud (segmentación social de la asistencia, diferencias según el poder adquisitivo de los sectores sociales, etc.)

En el Uruguay desde hace unos años transitamos por momentos de cambios en lo que respecta a la salud, dada la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); que se encuentra aprobado a partir de noviembre de 2007 y que comenzó a regir a partir del 1º de enero de 2008. El SNIS reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud, además establece que le compete al MSP la implementación del mismo, y que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud.¹⁸ Tiene además como estrategia la Atención Primaria en Salud, prioriza el Primer Nivel de Atención y privilegia la atención integral que implica acciones de promoción y prevención de salud, entre otras.

Podemos decir que este nuevo sistema busca dar respuesta y atender a las necesidades de la población por parte del Estado; este puede ser considerado al mismo tiempo como una conquista y como una concesión, siguiendo la idea de Alejandra Pastorini, ya que se entiende como producto de las luchas de las clases trabajadoras y de las necesidades del Estado de responder a través de este sistema; pero esta relación debe ser entendida como una relación dialéctica, multidireccional, ya que de ambos lados se concede y se conquista.

En este sentido, en la ley del SNIS, se inscriben otras dos leyes como son: la ley de descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la ley de creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Es a partir de aquí, tal como lo argumenta el ex subsecretario del MSP Miguel Fernández Galeano, que se

¹⁷ Pastorini, A “La cuestión Social y sus alteraciones en la contemporaneidad”. En: Temas de Trabajo Social. Debates, desafíos y perspectivas de la Profesión en la complejidad contemporánea. UdelaR. FCS-DTS. Montevideo, Uruguay. (Pág. 91)

¹⁸ <http://www.parlamento.gub.uy> Archivo consultado en Julio de 2007

introducen una serie de cambios novedosos e importantes en el sistema de cobertura médica de los trabajadores públicos (dado que los privados ya contaban con la cobertura de DISSE), y el reembolso a las instituciones prestadoras de servicios de acuerdo a factores de riesgo asociados a las características demográficas de la población, (edad y sexo).¹⁹

Es a partir del año 1987 que se planteó la creación de ASSE como un organismo desconcentrado del MSP; con la finalidad de administrar los establecimientos de atención médica del mismo; así como la coordinación de las dependencias médicas del Estado, de acuerdo con las políticas que implementa este ministerio. En octubre de 2007 se produjo la separación, siendo ASSE de esta forma un *organismo descentralizado*²⁰ del MSP, y a partir de entonces es una especie de mutualista que se suma a este régimen.²¹ La descentralización fue acompañada, además al mismo tiempo, por la priorización de la Atención Primaria y la universalización de la cobertura en salud; así como también se priorizó un modelo preventivo en contraposición al modelo curativo, jerarquizando el papel jugado por los Centros de Salud y las Policlínicas.²²

Además es necesario señalar que el Sistema de Salud en nuestro país está ordenado y estratificado en tres niveles de complejidad creciente, donde se organizan los recursos y las tecnologías en función de los mismos; los cuales además se diferencian entre ellos según los servicios que ofrecen, y los procedimientos llevados a cabo según su nivel de especificación y el tipo de personal necesario para realizarlo. Es imprescindible que exista una buena y coordinada articulación entre estos niveles para su buen funcionamiento, es necesario un sistema de referencia y contrareferencia organizado ya que los servicios que brindan no puedan funcionar en forma independiente²³.

El Primer Nivel de Atención según lo que se plantea en el documento de trabajo realizado por la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (ADASU), en la

¹⁹ <http://www.msp.gub.uy/> Archivo consultado en Agosto de 2007

²⁰ Resulta interesante comprender la diferencia que se establece entre desconcentración y descentralización, para lo cual tomaremos la idea planteada por Oszlak: En la desconcentración se realiza un traspaso de poderes desde el organismo central, en este caso el MSP, a otro subordinado, ASSE, pero siempre con profundo control. En cambio en la descentralización dicho contralor, debido a una mayor redistribución del poder que se debe a una mayor participación por parte de la comunidad, es menos intenso. Oszlak, O, AAVV (1990). “Descentralización de los Sistemas de Salud. El Estado y la Salud” en Paganini, José María y Capote Mir, Roberto “Los Sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencia” publicación científica N° 519, OPS Washington DC, EEUU. (Pág. 64)

²¹ <http://www.avisador.com.uy/> Archivo consultado en Agosto de 2007

²² <http://www.msp.gub.uy/> Archivo consultado en Agosto de 2007

²³ Etchebarne, L. (2000) “Temas de Medicina Preventiva y Social”. Universidad de la República, Departamento de Medicina Preventiva y Social. Montevideo 3° edición, (Pág. 78)

Mesa de Salud, “*constituye la base del sistema*” ya que es por los recursos y la tecnología con lo que cuenta, el nivel de menor grado de complejidad que con un bajo costo en recursos, se pueden atender prácticamente el 80% de las demandas de Salud. Está constituido por las Policlínicas y Centros de Salud donde se desarrollan fundamentalmente actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento precoz de enfermedades, contando con la participación activa de la comunidad.²⁴ Los usuarios que se atienden en este primer nivel según el MSP, deben estar a una distancia cercana al Centro de salud o Policlínica, por lo tanto se trabaja a nivel local²⁵.

Es en este nivel donde se prioriza principalmente, aunque no de forma exclusiva, la Atención Primaria de Salud, la cual es una estrategia que concibe de forma integral a los problemas salud-enfermedad y a la atención de las personas individuales y de la comunidad. La misma tiene entre sus metas “*lo preventivo, las acciones sobre el medio ambiente, la descentralización y la participación comunitaria*”, así como la promoción de la salud y la rehabilitación²⁶

El Segundo Nivel de Atención está conformado por hospitales y consultorios de especialidades. Y el Tercer Nivel por hospitales como (lo son en nuestro país) el Hospital Maciel, el Pasteur, el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, el Pereira Rossell, el Hospital Vilardebó y algunos hospitales del MSP que se encuentran en el interior del país, y el sector privado. En lo que respecta a estos dos niveles se puede decir que son los menos frecuentes y los que atienden el mayor grado de complejidad y especialización, ya que cuentan con mayores recursos y tecnologías²⁷.

²⁴ Mesa de Salud-ADASU. Documento de trabajo, (Pág. 3)

²⁵ Etchebarne, L. (2000) “Temas de Medicina Preventiva y Social”. Universidad de la República, Departamento de Medicina Preventiva y Social. Montevideo 3º edición, (Pág. 79).

²⁶ Láuz, I. (2005) “La participación ciudadana en Salud. Desafíos y perspectivas desde el trabajo social” En: Revista de Trabajo Social Nº33, Año XIX. EPPAL. Montevideo, Uruguay. (Pág. 34)

²⁷ Op. Cit. (Pág. 79)

1.2 Salud Mental en el Uruguay

Es importante aquí, comenzar por definir qué se entiende, desde las Ciencias Sociales y Humanas, por Salud Mental. Para ello es necesario plantear que el término salud mental es de difícil definición, y en este sentido Esther Custo realiza una discusión teórica acerca del término, concluyendo que existen tantas definiciones como enfoques epistemológicos y teóricos existan, y que por tanto definir criterios de salud o enfermedad depende de las diversas culturas, del escenario político, social y económico, del modo de producción de conocimiento de la sociedad en que se defina.²⁸ Se prefiere conceptualizar en principio a la salud como *"el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad"*.²⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como ya se planteó anteriormente, define que no se puede hablar de Salud Mental únicamente o simplemente por la ausencia de una enfermedad mental reconocible, sino que para hablar de la misma además el individuo debe gozar de un estado de bienestar, el cual se puede decir "integral", en el que el mismo manifiesta sus propias habilidades y decisiones, trabaja productivamente y es capaz de contribuir al bienestar de la comunidad en la que se encuentra inserto.³⁰

Desde esta perspectiva se puede decir que para las Ciencias Sociales y Humanas la definición de la salud mental o locura, y así como veremos más adelante de su campo específico, tienen una fuerte connotación social; son construcciones sociales. Es una construcción socio-histórica y cultural, que además determina las respuestas terapéuticas.

Es a partir de la medicalización de la sociedad, del Novecientos, que se crea o construye el concepto de salud, y junto con este su par dialéctico el de enfermedad. En realidad, la medicina y la sociedad burguesa partieron del supuesto de que la salud no existía, que debía ser construida o inventada para refundar la sociedad sobre bases más sólidas y seguras útiles a la marcha del sistema.³¹

²⁸ Custo, E. (2008) "Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social" Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina

²⁹ Amico, L. (2005) "La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención" Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 17)

³⁰ <http://www.who.int/countries/ury/es>. Archivo consultado en Julio de 2007

³¹ Barran, J.P. (1994) "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo II. La ortopedia de los pobres". Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay.

“La normalidad es una construcción social, política, histórica que se hace en cierto momento histórico por criterios de normatividad”³²; se habla de una idea social de locura, de que la misma se construye en y por la sociedad según la “racionalidad hegemónica”³³ del contexto en que se está viviendo. Ésta es la racionalidad única, y excluye cualquier otro tipo de racionalidad.

Foucault señala que existe una línea divisoria entre lo “normal” y lo “desviado”, entre lo “normal” y lo “anormal”, diferentes en cada cultura y momento histórico, y plantea “la conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que se considera extraño recibe en virtud de esta conciencia, el estatuto de exclusión cuando se trata de juzgar”.³⁴

En este mismo sentido una de las Asistentes Sociales entrevistada pensando en la realidad actual de la Salud Mental, decía “pero ahí es donde uno también pregunta ¿no?, como, donde está el límite, que es lo sano y que es lo loco... depende de quien tenga el poder es hasta donde se corre el límite; quien tiene el poder de decidir.”³⁵

En el Novecientos “este avance de lo patológico fue el resultado de la medicalización, es decir, de la extensión del concepto de enfermedad mental a zonas del comportamiento antes consideradas dentro de la norma; pero, en otro sentido, el avance de la locura fue fruto de un avance de la “razón” y sus exigencias en una organización social, económica y cultural que cada vez requería más ciertos comportamientos –calificados de racionales– y anatematizaba como anormales los que no encuadraban en ese marco empequeñecido.”³⁶

Según Foucault la psiquiatría se institucionalizó como precaución social, como higiene del cuerpo social en su totalidad, y para poder existir como institución de saber, es decir, como saber médico fundado y justificable, tuvo que efectuar dos codificaciones simultáneas; por una parte debió codificar la locura como enfermedad; tuvo que patologizar los desórdenes, los errores, y las ilusiones de la locura, y al mismo tiempo tuvo que codificar la locura como peligro, es decir que fue preciso

³² Kazi, G. y Ajerez, M. (Coord.) (2008) “Salud Mental. Experiencias y prácticas” Ed. Espacio. Ediciones Madres de la Plaza de Mayo. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 77)

³³ Op. Cit. (Pág. 19)

³⁴ Foucault, M. (1990) “La vida de los hombres infames” La piqueta. Madrid, España. (Pág. 14)

³⁵ Entrevista a Trabajadora Social del Centro de Salud del Filtro.

³⁶ Barran, J.P. (1995) “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo III. La invención del cuerpo”. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay. (Pág. 127)

hacerla aparecer como portadora de cierto número de peligros, o esencialmente como portadora de riesgos³⁷

Es en este contexto que en nuestro país *“la sociedad asignó a los psiquiatras el combate contra la locura y la construcción y definición de la norma(lidad)”*.³⁸

La psiquiatría surgió así a partir del *“fértil encuentro entre la Facultad de Medicina fundada en 1875 y el Manicomio Nacional inaugurado en Montevideo en 1880 y rebautizado luego con el nombre del destacado forjador de la medicina y las ciencias naturales Teodoro Vilardebó”*.³⁹

Por otra parte los primeros Profesores en Psiquiatría Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi, fueron grandes impulsores de la materia en nuestro país, y en su honor se le atribuyo sus nombres a la Colonia de Alienados de Santa Lucia creada en 1912, para asilar a las personas con padecimientos mentales y a otras que se encontraban en desamparo por diversas situaciones. En esta época, el encierro deja de ser entendido como castigo y se lo comienza a vincular con criterios morales-terapéuticos, sustentados en los valores de la burguesía, en los valores propios del capitalismo, tal como se expreso en las páginas anteriores.

Se plantea, y se sostiene hasta el presente, que el manicomio forma parte de la superestructura de producción del capitalismo, que esta institución *“formando parte de la superestructura, es funcional a la perduración del modo de producción vigente: es otra institución de las más bestiales, de serialización y homogenización del ser histórico social. Institución paradigmática del encauzamiento del sujeto hacia la “única normalidad”: adaptarse pasivamente a las prerrogativas de funcionamiento de las producciones económicas, culturales y subjetivas que sostienen al sistema de producción del capitalismo”*⁴⁰.

Entonces siguiendo esta idea el concepto de salud va ligado, desde el punto de vista económico, al trabajo y la producción; y el enfermo mental es improductivo, y a la sociedad capitalista le interesa los miembros “útiles”. Los hospitales tienen la función de cuidar, controlar y recluir a los individuos hasta que se “curen”, lo cual significa e

³⁷ Foucault, M. (2001) “Los Anormales”. Ediciones Akal. Madrid España.

³⁸ Barran, J.P. (1995) “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo III. La invención del cuerpo”. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay. (Pág. 126)

³⁹ <http://www.sitiomédico.com.uy/artnac/2000/09/04.htm> . Gines, A. “Desarrollo y estado actual de la psiquiatría en el Uruguay”

⁴⁰ Kazi, G. y Ajerez, M. (Coord.) (2008) “Salud Mental. Experiencias y prácticas” Ed. Espacio. Ediciones Madres de la Plaza de Mayo. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 13)

implica que ya no ocupen el lugar de inútiles o de supernumerarios, sino que puedan ser o volver a ser “útiles” a esta sociedad.

Thomas Josué se pregunta a partir de Foucault ¿Cuál es el lugar del loco en la sociedad?, porque en el Medioevo el loco era el místico, y en la sociedad capitalista, entonces ¿cuál es el lugar del loco, de aquel que no trabaja, que no produce?, ya que tiene que tener un lugar en la sociedad. Entonces plantea que existe la necesidad de crear el excluido, aquel que no tiene “la racionalidad” hegemónica; y plantea en este sentido que se da una doble exclusión *“la exclusión del discurso, porque el discurso del loco no es un discurso, es cualquier cosa, un delirio. Y su corporalidad no tiene utilidad no hay como poner a trabajar su cuerpo en una maquina productiva”*⁴¹.

*Para el Novecientos “la enfermedad mental fue considerada violencia, derrumbe y desmoronamiento de la personalidad, angustia y dolor, fue sobre todo sentida y descrita como la gran desobediencia a los valores establecidos. Esta opción convirtió a la psiquiatría del Novecientos en una tecnología suave que procuró el ajuste del sujeto al statu-quo.”*⁴²

Es en este contexto que el médico, o más precisamente psiquiatría aparece como legitimador del asilo. Foucault plantea que *“la finalidad de su aislamiento no era su tratamiento sino proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales”*; ⁴³ es decir que el manicomio es un dispositivo de control social y de vigilancia de aquellos que no se “adaptan socialmente” a las normas establecidas; de los “inadaptados”.

*“De lo que no dudó la psiquiatría del Novecientos fue de las virtudes terapéuticas de la separación temprana del enfermo de su medio familiar. Ese aislamiento fue considerado la primera medida a adoptar y él dio nueva vida al manicomio.”*⁴⁴

La psiquiatría creó de esta forma panópticos del alma y del cuerpo del loco; y confió, más que en el castigo del cuerpo, en la escucha del alma del paciente y la vigilancia de su cuerpo; así como en que el único poder que debía actuar sobre el paciente era el médico, ya que la curación del loco era imposible en medio de la competencia de poderes donde se incluyen la familia, amigos, sacerdotes, etc.; es

⁴¹ Óp. Cit. (Pág.22)

⁴² Barran, J.P. (1995) “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo III. La invención del cuerpo”. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay. (Pág. 126)

⁴³ Foucault, M. “Historia de la locura en Época Clásica”. En: Amico, L. (2005) “La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 18)

⁴⁴ Barran, J.P. (1994) “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo II. La ortopedia de los pobres”. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay. (Pág. 42)

decir que la salud consistía en el sometimiento a un único poder: el del médico psiquiatra.⁴⁵

Además plantea Barran “el poder de la razón burguesa del médico pudo ser absoluto en el manicomio porque estaba ante un paciente sin derechos civiles, abandonado por su familia, recluso y pobre”⁴⁶.

Más adelante en el tiempo, entre los años 1973-1984, durante el periodo dictatorial se vivió una situación crónica deficitaria, que agravaba y enfatizaba la que ya se vivía años anteriores “puesto que los planes que se implementaron en esa época, en esta área, fueron erróneos, con criterios obsoletos”, al igual que en otras partes de América Latina en las que se vivía en igual contexto histórico. Se plantea que las instituciones de salud mental en la región padecieron el autoritarismo que caracterizó a ese período: se prohibieron los tratamientos grupales, los proyectos comunitarios, los espacios de reflexión, etc.; visualizándose que coincidentemente durante esta etapa predominó y progresó fundamentalmente el modelo asilar.⁴⁷

Este contexto hace que para cuando se retorna a la democracia el país se enfrente a una realidad de “emergencia sanitaria”.⁴⁸

Recién en 1986, luego de la reapertura democrática, se logró elaborar y plasmar el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), que fue aprobado por el MSP. Este fue un paso muy importante dado que este movimiento en la salud mental permitió modificar en algunos aspectos (podemos decir que fundamentalmente desde el discurso y en menor medida desde la práctica) las condiciones de existencia, el destino y los derechos de aquellas personas que padecen algún tipo de trastorno mental, convirtiéndolos en muchos casos en sujetos indefensos, exiliados o excluidos de la sociedad toda. Ya para 1987 la atención e internación de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental comienza a ser desconcentrada con la creación de salas de internación y policlínicas en los hospitales de todo el país.⁴⁹

El objetivo general del PNSM es la “*Atención a los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a individuos,*

⁴⁵ Óp. Cit.

⁴⁶ Óp. Cit. (Pág.40)

⁴⁷ Casamayor, A y Marchesoni, C. (2005) “Salud Mental infanto juvenil. Abordaje grupal desde el Trabajo Social”. Ed Espacio. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 23)

⁴⁸ Programa Nacional de Salud Mental (1986) MSP (Pág. 3)

⁴⁹ <http://www.sitiomédico.com.uy/artnac/2000/09/04.htm> . Gines, A. “Desarrollo y estado actual de la psiquiatría en el Uruguay”

grupos y medio ambiente, enfatizándose las acciones de promoción y prevención. Creación de una red de servicios regionalizada, articulada e integrada, con el sistema de atención de salud general que atiende los problemas de salud mental de la población. Dicha red de servicios debe proveer cobertura a toda la población de manera igualitaria, oportuna, eficiente, continua e integral. Creación de canales definidos de participación de las instituciones y fuerzas sociales organizadas.”⁵⁰

El PNSM propone un modelo asistencial centrado **en la comunidad** e integrado en el sistema sanitario general; que rompa radicalmente con la marginación del enfermo mental implícita en el modelo centrado en el hospital psiquiátrico.⁵¹

Es decir que con la aprobación de este Programa se comienza a pensar la atención desde un modelo diferente en el que se trabaja en estrategias de prevención, promoción y rehabilitación, es decir desde la Atención Primaria; además de incorporar la idea de que la salud mental de las personas es también un problema y una responsabilidad de la familia y la comunidad.

Ya para el año 2006 el PNSM se proponía, entre las prestaciones a realizarse en el Primer Nivel de Atención: actividades extramurales de **Promoción y Educación de la Comunidad**; programa de **Educación del Equipo de Salud**, incluyendo la capacitación para la detección precoz de riesgos y síntomas; así como intervenciones psicosociales. Mientras que para el segundo y tercer nivel de atención algunas de las actividades a realizar serían; un programa de **Educación y apoyo al personal de salud**; referentes de Salud Mental para interconsulta en emergencia, policlínicas, domicilio e o internación; la identificación de un responsable de la Unidad para el vínculo con las familias de los pacientes. Y el funcionamiento de una Policlínica de Salud Mental clínica e intervenciones psicoterapéuticas.⁵²

Hoy el Uruguay cuenta solo con un centro de referencia Psiquiátrico ubicado en la ciudad de Montevideo, el Hospital Vilardebó⁵³ destinado a la atención de pacientes agudos de tercer nivel; por lo que el mismo es el centro de referencia para todos los usuarios del país mayores de 15 años de edad. Este tiene entre sus objetivos dignificar la asistencia de los pacientes con enfermedades mentales persistentes y

⁵⁰ Programa Nacional de Salud Mental (1986) MSP (Pág. 8)

⁵¹ Op. Cit. (Pág. 9)

⁵² www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?903,15411. Archivo consultado en noviembre de 2010

⁵³ **“El Manicomio Nacional”** se comenzó a construir en 1876, cuando se produce un cambio en el concepto de la salud mental, hasta entonces el “loco” era tratado como un ser inferior. Se inaugura el 25 de mayo de 1880 tal cual es hoy el Hospital, que por su estructura edilicia fue en los comienzos “el mejor establecimiento para Alienados de América del Sur”. <http://www.larepublica.com.uy/comunidad/176644-el-hospital-vilardebó-celebra-sus-125-años-proyectando-resurgir-del-abandono-y-ladesidia>

severas; asegurar el **pleno respeto de los derechos humanos** de los pacientes y funcionarios; vincular al Hospital con el resto del sistema de salud; y realizar una gestión participativa y eficiente. Además pretende **mejorar la calidad de vida de los pacientes internados y sus familias**; realizar una atención eficiente y Humana; y **atender a la formación permanente del equipo de salud** así como generar nuevos conocimientos sobre el tema.⁵⁴

Entre los programas que se llevan a cabo en el Hospital Vilardebó se encuentran las Residencias Asistidas Chimborazo y Casavalle, las cuales son casas asistidas o residenciales, atendido por personal seleccionado y capacitado por el Ministerio de Desarrollo Social; y supervisado por el MSP y el Departamento de Trabajo Social del Hospital; para pacientes derivados desde allí, que ven evolucionando favorablemente. Se diferencia de una casa de salud en que este residencial es provisorio, es decir que el paciente en determinado momento se va de la institución, además realizan tareas diarias; se requiere tener una mínima contención familiar y se continúa el contacto con el Hospital y con centros de rehabilitación como el Patronato del Psicópata. Por otra parte se destacan en este hospital los talleres psico-educativos llevados a cabo por nurses, psiquiatras, psicólogos, y trabajadores sociales. Estos están orientados hacia el paciente y su familia, pero en especial hacia esta última con el objetivo de transmitir y compartir conocimientos sobre las enfermedades mentales y desmitificar la misma.⁵⁵

Y a lo largo de todo el territorio Uruguay, tal como se planteo el PNSM en su objetivo general, cuenta con una Red de Salud Mental donde funcionan un total de 42 equipos comunitarios. Estos se encuentran distribuidos de forma tal que funcionan 28 centros en el interior del país y 14 equipos como referentes para aquellos pacientes de cada zona de Montevideo y del área metropolitana, además de que en el Hospital Maciel existen 8 camas de internación.⁵⁶

Así mismo, la Intendencia de Montevideo por su parte cuenta con un Programa de Salud Mental, el cual propone “promover la salud mental de la población a través de acciones integradas y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación sustentadas en los principios de la Atención Primaria de Salud, en el

⁵⁴ Acosta, A y Otros (2008) “Plan estratégico para enlace y coordinación de egresos desde sector de internación y puerta de emergencia con la comunidad”. Documento del Hospital Vilardebó.

⁵⁵ Entrevista a Trabajadora Social del Hospital Vilardebó

⁵⁶ Óp. Cit.

primer nivel de atención⁵⁷; en coordinación con el MSP y ASSE; para co-construir y fortalecer el SNIS.

Además aún funcionan, de forma unificada, las Colonias de Alienados de Santa Lucía “Doctor Bernardo Etchepare” y “Doctor Santín Carlos Rossi”, ubicadas desde hace 98 años a 80 kilómetros de Montevideo en el departamento de San José.

Albergan aproximadamente a 1000 pacientes asilares, con muchos años de internación, algunos desde su infancia como respuesta a la falta de un lugar donde vivir; es decir que en algunos momentos *“no todas las personas derivadas a la Colonia padecían trastornos psiquiátricos. Los ingresos por falta de recursos económicos y sociales, las personas conducidas por la policía con rótulo de “vagabundo” y los adolescentes y jóvenes traídos por sus familias que declaraban no poder “hacerse cargo de sus cuidados” constituían un alto porcentaje.”*⁵⁸ Hoy los mecanismos habituales de ingreso a la Colonia son la determinación de un Juez o la derivación del Hospital Vilardebó.

La Institución cuenta con once pabellones para pacientes crónicos y un hospital general, con una capacidad de treinta camas, que además atiende la demanda de las poblaciones más cercanas como Santa Lucía, Itzaingó, 25 de Agosto, Pueblo Nuevo y Moré; coexistiendo así, en la misma institución, un hospital psiquiátrico para pacientes crónicos y un hospital general; así como también, cuenta con un servicio de policlínicas que asiste prácticamente todas las especialidades. Por otra parte, en lo que respecta a la educación, funciona dentro de la Institución una escuela Primaria con maestras especializadas y una dependencia de la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU) donde se realizan tareas bajo la supervisión de docentes en cada área como son la de carpintería, cestería, cocina, cerámica y plástica⁵⁹.

Es importante señalar que allí existen dos grandes programas de egreso como son el programa de asistencia familiar, creado en 1937, el cual continúa funcionando aunque, por supuesto, con variantes desde el punto de vista técnico; y en el programa de hogares sustitutos; ambos coordinados por un equipo técnico multidisciplinario integrados por médico psiquiatra, psicólogo y asistente social, los cuales realizan entrevistas a los pacientes previas y buscan de acuerdo al perfil y a la patología del paciente la cuidadora que pueda funcionar mejor, o mejor dicho el binomio cuidador-

⁵⁷ Intendencia Municipal de Montevideo. (2008) “Montevideo. Desarrollo Social. División Salud” Edición: División Comunicación. Montevideo, Uruguay.

⁵⁸ Arduino, M y Ginés, A. (2002) “Noventa años de la Colonia Etchepare”. En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 66 N° 2. Montevideo, Uruguay. (pág. 119)

⁵⁹ Óp. Cit. (Pág. 122)

paciente que funcione mejor; además se hacen seguimientos desde la institución, se sigue la evolución de los pacientes, en su nueva forma de vida, mediante visitas periódicas. La mayoría de los pacientes viven en hogares con cuidadoras próximos a la Colonia, en pueblos como Ituzaingó o Santa Lucia, que son los dos grandes centros de convergencia.⁶⁰

En relación a todo lo expuesto, se está trabajando desde el Hospital Vilardebó en un plan estratégico para enlace y coordinación de egresos desde el sector de internación y puerta de emergencia con la comunidad, para lo cual la Red de Salud Mental es un factor de fundamental importancia ya que se trabajara en coordinación con el mismo. Este plan plantea la intención o la finalidad de mejorar la continuidad del proceso asistencial de los pacientes que egresan a este Hospital, para que no reingresen en un corto plazo como sucede en la actualidad con algunos pacientes, **“La tendencia mundial en Salud Mental de las últimas décadas es hacia la transición desde el modelo asistencial asilar y hospitalario, hacia el modelo ambulatorio y comunitario”**,⁶¹ aunque queda claro que el Hospital no desaparecerá.

Se plantea necesario crear redes vinculares y sociales que posibiliten una contención extra muros; y es en este sentido que se plantea un abordaje desde lo comunitario para favorecer la misma. El concepto de abordaje comunitario alude al conjunto de experiencias colectivas que a través de procesos de abordaje múltiples, basados en la planificación de actividades, guiado por un equipo técnico y motorizado por todos los participantes, permiten dicha contención extra muros.⁶²

Casamayor y Marchesoni,⁶³ en esta misma línea de análisis, hacen una comparación que resulta muy interesante, señalando las ventajas de los servicios de salud mental ambulatorios y comunitarios en contraposición con la atención en los hospitales asilares o de larga estadía. Ellas plantean que **“en el modelo Hospitalario se separa al enfermo del resto de la sociedad y se lo introduce en un tipo de vida institucional con condiciones estrictamente determinadas, con derechos y obligaciones diferentes para profesionales y pacientes.”** Además las instituciones psiquiátricas se caracterizan entre otras cosas en que todas las actividades se desarrollan en un mismo lugar y estas están programadas desde una serie de normas y planes, que

⁶⁰ Entrevista a Trabajadora Social de la Colonia Etchepare.

⁶¹ Acosta, A y Otros (2008) “Plan estratégico para enlace y coordinación de egresos desde sector de internación y puerta de emergencia con la comunidad”. Documento del Hospital Vilardebó.

⁶² Faraone, S. (2004) (Mimeo) “Políticas en Salud Mental”. Universidad de Buenos Aires. Folleto de MIP III. Discapacidad.

⁶³ Casamayor, A y Marchesoni, C. (2005) “Salud Mental infante juvenil. Abordaje grupal desde el Trabajo Social”. Ed Espacio. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 24-25)

vienen de la autoridad y tienen que ver con el cumplimiento de los objetivos propios de la institución; la barrera institucional entre lo externo y lo interno marca a veces la despersonalización que significa la separación del mundo que se extiende por el período de internación; además el paciente tiene un sentimiento de pérdida, de expropiación, ya que no cuenta con elementos personales ni muchas veces un lugar para guardarlos, así como tampoco tiene un momento de privacidad; y las necesidades están organizadas por la institución, generalmente con un sistema de premio y castigos.

En cambio en “el **modelo comunitario**, quienes trabajan en la salud mental se desempeñan en el medio habitual de los pacientes, sin fronteras, ni separaciones. No se marca una distancia para juzgar actitudes.”⁶⁴ Pero señalan que para concretar este segundo modelo deben introducirse algunos cambios profundos en cuanto a la formación, entrenamiento y supervisión de los profesionales que intervienen en la salud mental, así como también con respecto a la ideología y postura personal que ellos sostienen.

En lo que respecta a la reforma que se lleva a cabo desde hace unos años en el campo de la salud en nuestro país, a la que se hizo alusión en el punto anterior, se señala que “la integración de la salud mental al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) será un proceso lento y trabajoso”⁶⁵, y se plantea que el nuevo modelo que se propone apela, entre otras cosas, a la responsabilidad de la familia y de la comunidad en el tratamiento de los enfermos mentales. Además la Salud Mental no queda exenta de los cambios que se producen en la descentralización de los distintos niveles de atención, proporcionándole esto la capacidad de gestión en los distintos centros.

Ya para el año 2009 se plantea desde el MSP que a partir de la reforma de la Salud se han desarrollado avances y transformaciones consideradas significativas en la descentralización de los servicios, en la capacitación continua, en la rehabilitación y en la priorización del primer nivel de atención, con foco en acciones preventivas.⁶⁶

El actual Ministro de Salud Pública Daniel Olesker señaló al respecto, que hoy este ministerio tiene entre una de sus cinco puntos o medidas fundamentales a la

⁶⁴ Op. Cit.

⁶⁵ Alfaro, V. “Hay que aprender a convivir con el conflicto. La salud mental es la “cenicienta” de la reforma”. Diario “La Republica”. (s/d)

⁶⁶ “Desarrollo del Programa Nacional de Salud Mental” En: Salud Exhibe sus buenos resultados. MSP. Suplemento especial. Diario El país. Setiembre de 2009. Montevideo, Uruguay.

Salud Mental, la cual *“siempre fue muy relegada”*⁶⁷; y plantea que *“la salud mental es una deuda del Sistema con los ciudadanos uruguayos. Esto requiere tanto de un Protocolo de Asistencia como también del financiamiento que, aseguró, van a tener los prestadores de salud, tanto públicos como mutuales, puesto que se va a incorporar a las cápitras, dirigidas a las mutualistas y ASSE.”*⁶⁸ (Ver Anexo 2)

Por otra parte se destaca que se trabajara la Salud Mental en los tres niveles de atención pero que *“se prioriza el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y poblaciones vulnerables y además, se pone el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud, con la convicción que esta incorporación permitirá descomprimir los requerimientos en otros niveles de atención que resultan muy onerosos para el sistema de salud.”*⁶⁹

Sin embargo entre los profesionales que trabajan en el campo de la Salud Mental, como las Trabajadoras Sociales que trabajan en los distintos niveles de atención, plantean *“tuvimos muchas expectativas cuando en este gobierno se mencionó que uno de los cinco puntos prioritarios iba a ser la salud mental (...) y de alguna manera creo que este intento de vuelta de tuerca del gobierno en el nuevo ministerio que creo que era, ya te digo, uno de los temas prioritarios empezó a pasar a otro clan porque hubo determinadas condicionantes que llevaron a que bueno, se revirtiera un poco, ahora se está hablando constantemente de lo que es el FONASA, el Plan Único de Salud, la integración de distintos sectores allí y no sentía hablar más de uno de los cinco puntos prioritarios de la Salud, la Mental, creo que la ola que se planteo con la publicidad de las colonias, que cada tanto hay, una denuncia, un artículo en un diario, bueno no sé, una movida, como les digo yo, hace concientizar a la masa de que hay gente, yo te diría casi privada de libertad, porque si bien son pacientes psiquiátricos que algunos requieren estar contenidos otros no, yo siempre digo algo que “los locos no votan”, y eso pesa, pesa en las políticas, pesa en las decisiones, pesa en los recursos, pesa en todo lo que a veces no se da para la Salud Mental”*⁷⁰

En este mismo sentido plantean que hoy el primer nivel en esta área no existe como tal, sí que hay un discurso o un objetivo “escrito”, pero siempre con la limitante de no poder llegar realmente a apuntar a lo que es el primer nivel, a la promoción, a la

⁶⁷ <http://visionuniversitaria.wordpress.com/2010/03/07/ministro-olesker-salud-en-uruguay>. Archivo consultado en Noviembre de 2010

⁶⁸ <http://www.diariosonicas.com.uy/index.php?id=963&seccion=general>. Archivo Consultado en Setiembre de 2010

⁶⁹ Óp. Cit.

⁷⁰ Entrevista a Trabajadora Social de la Colonia Etchepare.

prevención, al trabajo en la comunidad en este tema; y una de ellas expresa: *“yo creo que existe la intencionalidad desde la creación de las policlínicas zonales o en los Centros de Salud, de las áreas de salud mental, (...), hay un intento pero falta mucho porque además creo que deberían hacerse dos cosas en la prevención no solamente captar al paciente cuando viene a consulta, que eso es lo que está pasando, sino hacer tareas realmente de difusión de salud mental hacia la comunidad que permita no verla como un tabú, (...) digo, crear herramientas en la gente como para poder detectar eso o auto detectarse”*⁷¹

La realidad hoy es que si bien los pacientes con enfermedades mentales llegan a Centros de Salud o Policlínicas, los cuales están dentro de lo que se denomina como primer nivel de atención, y donde se esperan existan estrategias de intervención que apunten a la Atención Primaria de Salud; la Salud Mental funciona como segundo nivel; tal como lo plantea la Asistente Social del Centro de Salud *“este es un Centro de Salud dentro del primer nivel de atención, pero Salud Mental es segundo nivel de atención, los ambulatorios se atienden acá”* y agrega luego *“no, no tenemos los mismos objetivos del primer nivel, en realidad el segundo nivel lo que hace es esto, acercar el control del paciente al lugar más próximo a su domicilio, porque si no tiene que ir al Vilardebó o a la Etchepare a controlarse, es eso nada más”*⁷².

⁷¹ Entrevista a Trabajadora Social de la Colonia Etchepare.

⁷² Entrevista a Trabajadora Social del Centro de Salud Claveaux.

Capítulo II

La salud y la enfermedad mental en relación a otras construcciones sociales.

2.1 Ciudadanía y Derechos Humanos...mejor calidad de vida.

Si bien, (como se ha planteado en párrafos anteriores) desde hace mucho tiempo se está debatiendo a nivel mundial, desde las Ciencias Sociales y Humanas, las nuevas tendencias en Salud Mental que plantean el modelo ambulatorio y comunitario como alternativo o sustitutivo al asistencial asilar y hospitalario; queda muy claro que el Hospital no desaparecerá. Además se puede considerar que estas instituciones, continúan manteniendo estas características de control y vigilancia, y resulta interesante lo que se propone en cuanto a que *"las concepciones y prácticas fueron evolucionando con el transcurso del tiempo, con relación al tratamiento salud/enfermedad mental. Sin embargo, es importante comprender que cambia el modus operandi pero la finalidad es la misma"*⁷³, ocultándose detrás de la función médica, estas instituciones han respondido históricamente, al establecimiento y legitimación del Control y del Poder Social.

Así mismo se plantea que en estas instituciones donde aún existen pacientes con muchos años de internación, surgen en estos la institucionalización, que trae aparejado un gran debate en lo que respecta a los Derechos Humanos de los pacientes. Es en esta misma línea que Lucia Amico expresa que *"los efectos de la institucionalización y en general las prácticas institucionales de atención al enfermo mental, muestran una incuestionable violación a los Derechos Humano"*⁷⁴

Recién en el año 1960 se comienza a hablar de los derechos de los enfermos mentales, es decir que hasta entonces no se habían contemplado, ni desde la teoría ni mucho menos desde la práctica, como poseedores de los mismos. Este cambio surge a partir de ciertos movimientos como las luchas antimanicomiales o de desinstitucionalización que se dan al interior de las Ciencias como las Sociales y Humanas.

⁷³ Amico, L. (2005) "La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención" Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 22)

⁷⁴ Op. Cit. (Pág. 35)

La lucha antimanicomial se propone el cierre del “Manicomio” y la consistente creación de todos los dispositivos sustitutos que garanticen al paciente una atención que vele por el pleno respeto de los derechos humanos; con lo cual no se refiere solo a los edificios de los hospitales psiquiátricos o al espacio físico institucional, sino a *“las lógicas operantes en la totalidad del campo social, diseminadas en el “socius” y en las relaciones sociales en general”*⁷⁵

Se ha definido, y se considera necesario colocar en este documento entonces, a los Derechos Humanos como *“el conjunto de preceptos éticos-jurídicos que una sociedad –o tipo de sociedad- entiende colectivamente como de protección y garantía absoluta a las libertades y derechos individuales que le reconoce a los seres humanos, por el mero hecho de serlos, y más allá de cualquier otra condición”*.⁷⁶ Por tanto los derechos humanos le pertenecen a todos los individuos por el solo hecho de serlo.

En relación específicamente a la Salud Mental, en 1989 bajo el nombre de Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los enfermos mentales, en el marco de la Federación Mundial de la Salud Mental (FMSM) se establece *“que los derechos humanos trascienden las fronteras políticas, sociales, culturales y económicas, y se aplican a la raza humana en su conjunto.”*⁷⁷

Resulta interesante por tanto, desarrollar brevemente algunos de los artículos expuestos en la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental, proclamados por la FMSM como norma común a todos los pueblos y naciones de la familia humana:

- Artículo 1- La promoción de la salud mental incumbe a las autoridades gubernamentales y no gubernamentales, tanto como a los organismos intergubernamentales, sobre todo en tiempos de crisis. Los programas de salud y de salud mental contribuirán tanto al desarrollo de la responsabilidad individual y familiar en relación a la salud personal y con la de grupos, como a la promoción de una *Calidad de Vida* lo más elevada posible.

⁷⁵ Kazi, G. y Ajerez, M. (Coord.) (2008) “Salud Mental. Experiencias y prácticas” Ed. Espacio. Ediciones Madres de la Plaza de Mayo. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 12)

⁷⁶ Errandonea, A. (1986) “Algunas hipótesis sobre las condiciones sociológicas de la vigencia de los derechos humanos en la sociedad uruguaya”. En: Cuadernos. Segunda serie N°1. “El concepto de Derechos Humanos”. En: Lanziano, W (1998) “Derechos Humanos”. Facultad de Derecho y ciencias Sociales. Montevideo, Uruguay. (Pág. 15)

⁷⁷ Amico, L. (2005) “La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 99)

- Artículo 2- La prevención de la enfermedad mental constituye un componente esencial de todo sistema de servicio de salud mental; y será prioridad la investigación sobre la prevención de las afecciones mentales, de las enfermedades y de la mala salud mental.
- Artículo 3- La prevención de la enfermedad mental y el tratamiento de aquellos que la padecen exige la cooperación entre sistemas de salud y otras instituciones relacionadas. Una cooperación semejante también comprende la participación de la comunidad.
- Artículo 4- Los derechos fundamentales de los enfermos mentales, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos. Comprendiendo el derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano, sin discriminación, con acceso a la tecnología médica, psicológica y social, el derecho a la protección de la vida y la propiedad privada, entre muchos otros.
- Artículo 5- Todos los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que los otros enfermos. Esto incluye un esfuerzo orientado a la consecución por parte del enfermo del mayor grado posible de autodeterminación y de responsabilidad personal.
- Artículo 6- Todas las poblaciones contiene grupos vulnerables y particularmente expuestos a la enfermedad o trastorno mental o emocional. Los miembros de estos grupos exigen una atención preventiva, y también terapéutica, particular, al igual que el cuidado en la protección de su salud y de sus derechos humanos.
- Artículo 7- la colaboración intersectorial es esencial para proteger los derechos humanos y legales de los individuos con padecimiento de algún tipo de enfermedad mental. Todas las autoridades públicas deben reconocer la obligación de responder a los problemas sociales mayores ligados a la Salud Mental.

Ya para el año 1990, en nuestro continente, se lleva a cabo la Declaración de Caracas, donde se define la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, y donde se plantea por primera vez *“la relación indisoluble entre la provisión de atención en salud mental y la salvaguarda de los derechos humanos”*.⁷⁸ Se han desarrollado desde entonces programas que pretenden reorientar los servicios de Salud Mental, superando el modelo de servicios basados en el hospital psiquiátrico y

⁷⁸ Levav, I. (2003) *“Salud Mental: una prioridad de la salud pública”* En: Revista de la Maestría en Salud Pública de la UBA. Año 1. N°2. Buenos Aires, Argentina. (Pág.3)

abogando por el respeto de los derechos humanos de los pacientes. Por tanto se define la relación indisoluble entre la provisión de salud mental y la protección de los derechos humanos.⁷⁹ Esto mismo es confirmado en la Declaración de Principios de las Naciones Unidas un año más tarde, en 1991.

Todas estas cuestiones pretenden conducir a que se produzcan importantes cambios en la atención que se les brinda a la mayoría de los enfermos mentales, a las personas con pérdida parcial o total de la salud mental; en el actual contexto se plantea tener presentes los derechos humanos ya que son fundamentales para alcanzar una mejor calidad de vida, con capacidad de elegir como ciudadano perteneciente a la sociedad.

En esta misma línea se señala que en general las personas que presentan diferencias, como es el caso de una enfermedad mental corren el riesgo de ser excluidos, por lo cual la OMS plantea que la exclusión social es la responsable primaria del desfasaje y la discontinuidad en los tratamientos; y que cabe a todos los países trabajar intensamente a fin de incrementar y extender los servicios de salud, y reducir la brecha que impide la reintegración exitosa en la sociedad de las personas que padecen trastornos mentales⁸⁰. Por exclusión se entiende *“un proceso de no reconocimiento del otro, de rechazo aun de intolerancia, se trata de una representación que tiene dificultades de reconocer en el otro derechos que le son propios. Por tanto, el abordaje de la exclusión debe ser hecho desde la óptica de la ciudadanía. Esto significa que el otro es un semejante. Por tanto, alguien revestido de derechos...”*⁸¹

La Ciudadanía, se colocó aquí como otra de las categorías teóricas para el análisis, la cual al igual que la salud mental, se construye socialmente en cada momento histórico, económico, político y cultural. Es decir que a lo largo del tiempo la definición de lo que es la ciudadanía ha tomado distintos rumbos, este es un concepto histórico, y por tanto, se va modificando de acuerdo a las particularidades de cada contexto; y ha ido cambiando lo que se entiende por ciudadano, se han ido integrando personas que estaban excluidas de ésta. Nora Aquín plantea por su parte que *“la definición de lo que sea ciudadanía, como así también sus posibilidades de ejercicio efectivo, remiten a un campo problemático en el que se entablan luchas por imponer*

⁷⁹ Acosta, A y Otros (2008) “Plan estratégico para enlace y coordinación de egresos desde sector de internación y puerta de emergencia con la comunidad”. Documento del Hospital Vilardebó.

⁸⁰ Levav, I. (2003) “Salud Mental: una prioridad de la salud pública” En: Revista de la Maestría en Salud Pública de la UBA. Año 1. N°2. Buenos Aires, Argentina. (Pág.2)

⁸¹ Baraibar, X (1999) “Articulación de lo diverso: lectura sobre la exclusión social y sus desafíos para el Trabajo Social”. En: Revista Servicio social y sociedad. Ed Cortez. N°59. San Pablo, Brasil. (Pág. 91)

*nociones, razones y prácticas.*⁸² Y de acuerdo a ésta la misma se entiende como el “conjunto de derechos y responsabilidades de las personas en el marco de una comunidad determinada”⁸³

La ciudadanía hace referencia “a la pertenencia, la participación, derechos, virtudes, responsabilidades de índole civil, política y social, que regulan la pertenencia y la convivencia de los individuos dentro de un Estado, y que constituye una vía para delimitar los conflictos políticos y sociales”.⁸⁴

La atención primaria en salud, a la cual se le otorga un papel estratégico en el actual contexto tal como fue desarrollado anteriormente, tiene entre sus metas principales la prevención y la participación comunitaria, entre otras que se deben tener en cuenta para un buen trabajo desde las distintas disciplinas, que logre apuntar a mejorar la calidad de vida de los usuarios que allí se asisten.

Conceptualmente lo esencial de la participación comunitaria, cuando hablamos de la salud, es que la población usuaria pueda tener voz e incidir en las decisiones sobre los lineamientos de un programa, del plan de trabajo de una institución, que pueda opinar desde la etapa inicial del diagnóstico de situación, en la priorización y elección de los problemas y temas a trabajar, en la definición de objetivos, en el plan de acción y en las evaluaciones⁸⁵.

Nora Aquín, además apunta que existen “ciudadanías de baja intensidad”⁸⁶, las cuales se caracterizan como una situación de carencia de ciudadanía. Esta se da en condiciones de pobreza y alto grado de desigualdad; y afirma que existe una correspondencia ente las diferencias en la distribución de los recursos y ésta ciudadanía. Cabe aclarar que cuando hablamos de recursos no solo son económicos sino también sociales, culturales, etc.

Los enfermos mentales, según plantean y coinciden las Trabajadoras Sociales entrevistadas, “de alguna manera no ejercen su ciudadanía, pero no solamente por el no poder votar, sino porque, un individuo en una sociedad de la cual no es participe, no es parte y tampoco se lo considera, no digo en general, digo en la comunidad, en la

⁸² Aquín, N. (comp.) (2003) “Ensayos sobre ciudadanía: Reflexiones desde Trabajo Social” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina.

⁸³ Op. Cit.

⁸⁴ Custo, E. (2008) “Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina (Pág. 47)

⁸⁵ Láuz, I. (2005) “La participación ciudadana en Salud. Desafíos y perspectivas desde el trabajo social” En: Revista de Trabajo Social N°33, Año XIX. EPPAL. Montevideo, Uruguay. (Pág. 35)

⁸⁶ Aquín, N. (comp.) (2003) “Ensayos sobre ciudadanía: Reflexiones desde Trabajo Social” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina.

sociedad toda y (...) en las políticas de salud; porque de hecho tenemos, y es muy duro lo que voy a decir, **depósitos**, tenemos dos grandes lugares de depósitos de pacientes psiquiátricos, uno es el Hospital Vilardebó y otro es la Colonia Etchepare, o las colonias”⁸⁷ Plantean además que la ciudadanía implica una serie de derechos que no tienen o que se encuentran limitados como el derecho al trabajo, derecho a la educación formal y no formal, a la salud, etc.; indican por ejemplo que el tema laboral es uno de los temas que hay que trabajar cuando se habla de la salud mental, ya que “*hay una discriminación negativa muy fuerte, hacia el mundo laboral...los dejan afuera... no los dejan entrar*”⁸⁸; además agregan que “*si bien es cierto que la evolución no es la misma, todo ese discurso es cierto, pero hay gente que evoluciona muy bien, y que hizo una crisis y no la volvió a tener, entonces seguimos con el estigma del psiquiátrico y bueno los derechos ciudadanos violados todos.*”⁸⁹

Existen por tanto, grupos para los que “la ciudadanía no está definida ni defendida”⁹⁰ como puede ser el caso de las personas con pérdida parcial o total de la salud mental, donde su rol de ciudadanos que participan de las decisiones fundamentales para mejorar la calidad de vida de ellos mismos queda en manos de otros,⁹¹ como son la propia familia, los curadores, las instituciones y profesionales de la salud o el Estado.

Por su parte los curadores, son una figura o actor, que en nuestro país el Código Civil⁹² en el artículo N° 431 los define como “*un cargo impuesto a alguno, a favor del que no puede dirigirse a sí mismo o administrar sus negocios*” y agrega en el artículo N°432 que están sujetos a curaduría general los incapaces mayores de edad, hallándose en este caso los dementes, aunque tengan intervalos lúcidos.

Al respecto, una de las entrevistadas plantea que, esta es una ley “*viejísimas, que de alguna manera busco, en su momento, de protegerlos (...) y como que no se ha debatido más, y necesita modificaciones, porque una cosa es la alienación que tiene el paciente cuando esta descompensado, que no puede decidir nada por sí mismo y otra cosa cuando esta compensado, que ha hecho un proceso de rehabilitación o lo que sea, que si puede decidir cosas, (...) porque hasta las medicaciones han cambiado, entonces como que ha habido una evolución y eso tiene*

⁸⁷ Entrevista a Trabajadora Social de la Colonia Etchepare.

⁸⁸ Entrevista a Trabajadora Social del Centro de Salud Claveaux.

⁸⁹ Entrevista a Trabajadora Social del Hospital Vilardebó.

⁹⁰ Aquín, N. (Comp.) (2003) “Ensayos sobre ciudadanía: Reflexiones desde Trabajo Social” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina.

⁹¹ Mitjavila, M. (1986) “Salud y participación popular. Una aproximación al análisis de la organización poblacional” Cuadernos del CLAEH N° 37, segunda serie. Año 11. Montevideo, Uruguay

⁹² Cafaro, E y Carnelli, S. (2004) “Código Civil de la República Oriental del Uruguay” FCU. Montevideo, Uruguay. (Pág. 114)

que darse cuenta la sociedad, que no podemos dejar personas sin decisión, sin voz cuando realmente lo pueden hacer.”⁹³

Y no es menor señalar, que estas instituciones sociales de las que depende la mayoría de las veces la calidad de vida de los enfermos mentales, coinciden en que han tenido un papel muy relevante en la práctica de la “*violencia psiquiátrica*”⁹⁴ que padecen estos individuos cuando:

- La familia (o el curador), pide la exclusión de uno de sus miembros y aprueba los mecanismos utilizados para conseguirlo.
- El Estado decide la internación involuntaria de personas con padecimientos mentales, o
- Los profesionales de la psiquiatría, convencidos de que la única solución del conflicto está en el encierro del loco.

Es en este sentido que se plantea que los individuos que participan en la resolución de sus necesidades materiales y simbólicas, logran o inciden en el mejoramiento de su calidad de vida. En la práctica, la realidad es que las personas con pérdida total o parcial de salud mental “*no tienen niveles de participación de ningún tipo, a no ser algún programita de (...) un mes, y pueden integrarse a algún tallercito de algo, no existen programas de participación*”⁹⁵

La calidad de vida, se ha estudiado y definido de diferentes maneras a lo largo del tiempo, según la disciplina que lo haya hecho, pero el termino aparece en el lenguaje político con el llamado Estado de Bienestar, con el propósito de buscar la mejora de la calidad de vida a partir de ofrecer servicios y seguridad a los ciudadanos. Actualmente Graciela Tanón propone que “*el estudio de la calidad de vida remite al entorno material (bienestar social) y al entorno psicosocial (bienestar psicológico)*,”⁹⁶ por lo que podemos decir que existen tanto condicionantes objetivas como subjetivas de las personas.

⁹³ Entrevista a Trabajadora Social de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata.

⁹⁴ Casamayor, A y Marchesoni, C. (2005) “Salud Mental infanto juvenil. Abordaje grupal desde el Trabajo Social”. Ed Espacio. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 29)

⁹⁵ Entrevista a Trabajadora Social del Centro de Salud Claveaux.

⁹⁶ Tanón, G (2006) “Calidad de Vida y Trabajo Social. Una experiencia de integración docencia-investigación”. En Revista de Trabajo Social N°36 “Políticas Sociales hacia la calidad de vida” EPPAL. Montevideo, Uruguay. (Pág. 10)

Se señalan al respecto algunos “campos” referidos a condiciones objetivas o externas a las personas que permiten medir la calidad de vida como son la salud, el desarrollo individual por medio de la educación, el empleo y la calidad de vida laboral, el tiempo libre, la capacidad de obtención de bienes y servicios, el medio ambiente físico (que tiene que ver con el acceso a servicios básicos de vivienda, con la exposición a contaminantes atmosféricos y nocivos, etc.), así como también la seguridad personal y administración de justicia, y las oportunidades y la participación social. Sin embargo se señala que *“este es un constructo complejo y multifactorial, sobre el que pueden desarrollarse algunas formas de medición objetivas a través de una serie de indicadores, pero en el que tienen un importante peso específico las vivencias que las personas pueden tener de sus condiciones de vida”*⁹⁷

Pero es necesario aclarar según lo que se plantea, que actualmente desde la perspectiva macro social, la calidad de vida ha abandonado su concentración únicamente en los aspectos materiales, y se ha orientado hacia los componentes subjetivos, llamados psicosociales, que permiten captar y medir la calidad de vida tal y como es sentida y percibida por las personas, a diferencia de los primeros que son adecuados para medir la calidad de vida de una comunidad en su totalidad. Se destaca *“la importancia de la autoestima (reflejada en el sentimiento de estar en control de su propia vida) como factor crucial para explicar el bienestar psicológico. Los indicadores psicológicos son de importancia crucial y deben ser considerados al medir la calidad de vida. Estos procuran comprender la vida individual evaluando las reacciones subjetivas frente a las experiencias de vida”*⁹⁸

Los derechos humanos en salud mental expuestos por las Naciones Unidas, en relación a la calidad de vida, planean que se debe priorizar *“preservar la dignidad del paciente, tener en cuenta técnicas que ayuden a los pacientes a arreglárselas con los deterioros, reducir el efecto de los trastornos; y mejorar la calidad de vida”*⁹⁹

En esta misma línea resulta interesante colocar lo propuesto por Guillermo Fosati en relación a que *“el desarrollo del hombre se posibilita cuando se amplían sus oportunidades. En este contexto, ampliar las oportunidades significa, facilitar el acceso*

⁹⁷ Pol, E. y Varela, S. (1998) “Calidad de vida, identidad y sostenibilidad” En: Revista de Treball Social. Nº149. (s/d) (Pág. 23)

⁹⁸ Fosatti, G (1992) “Todos estamos expuestos. Naturaleza humana, calidad de vida y discapacidad” EPPAL. Montevideo, Uruguay. (Pág. 92)

⁹⁹ Amico, L. (2005) “La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 38)

a un ingreso y un empleo apropiado y acorde a las capacidades del individuo, facilitar el acceso a la educación, a la salud, a la vida de participación e integración social.”¹⁰⁰

Con respecto a la ciudadanía, y a lo que se ha intentado exponer en este punto, es interesante además plantear una definición sobre lo que se entiende por salud mental, para poder pensar y dejar abierta la reflexión en relación a todos los individuos que vivimos en sociedad: *“Salud Mental se asocia a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, y se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos; en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos. En la práctica cotidiana ello implica un sujeto crítico, reflexivo, pensante, flexible y creativo que sepa construir las estrategias y las herramientas posibles necesarias para enfrentar los procesos y situaciones en forma constructiva y colectiva”¹⁰¹*

¹⁰⁰ Fossati, G (1992) “Todos estamos expuestos. Naturaleza humana, calidad de vida y discapacidad” EPPAL. Montevideo, Uruguay. (Pág. 94)

¹⁰¹ Custo, E. (2008) “Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina (Pág.21-22)

2.2 La identidad y la subjetividad: como construcción social.

Partimos por la idea de que la Salud Mental es una construcción social, y en este sentido Sandra Arito plantea que *“la concepción o criterio de salud mental es una significación social, son construcciones sociales que están incluidas en un sistema de representación social”*¹⁰². Es también desde esta perspectiva que en las causas sociales debe buscarse el origen de la enfermedad mental, el hecho de que un individuo adquiera o no un etiquetamiento de una perturbación.

José Uriarte, en su artículo “Violencia, Enfermedad Mental y Estigma”, aclara que *“en nuestra sociedad existe un prejuicio negativo sobre los enfermos mentales, basado en estereotipos asumidos y compartidos de forma acrítica. Consecuencia particularmente negativa de los estigmas y prejuicios, la discriminación determina que individuos o grupos de una sociedad priven a otros de sus derechos o beneficios por su causa. Tal es el caso de los enfermos mentales, a los que la discriminación, basada en atribuciones sobre sus supuestas características, el etiquetado desfavorable y la culpabilización por parte de la sociedad, reporta una desventaja que se añade a la directamente derivada de su enfermedad.”*¹⁰³

Es en este sentido que se plantea para el análisis, en la introducción del presente documento, la idea del imaginario social, como aquellas representaciones o ideas que nos hacemos los individuos en el colectivo social sobre una cosa en particular, en este caso sobre la identidad del loco o del enfermo mental. Laura María Torres¹⁰⁴ expresa en su artículo que los pacientes psiquiátricos son señalados como poseosos, dementes, locos, anormales, formando un grupo social que ha evidenciado históricamente su imposibilidad de inclusión en situaciones de igualdad con los llamados “normales”; en parte porque este peso en el imaginario social no deja de tener efectos sobre las acciones y procedimientos llevados a cabo por la Salud Mental.

“Siempre se considero a la locura como lo fuera de lugar, lo opuesto a la razón. Etimológicamente, loco deriva de locus: fuera de lugar. Alienado proviene del latín alienus, ajeno a sí mismo”.¹⁰⁵ Los locos, los enfermos mentales, la locura, se ha calificado a lo largo del tiempo de diferentes maneras como hechicerías, magia,

¹⁰² Arito, S. (2000) “Cuestión Social y Salud Mental: una relación implicada en la intervención profesional”. En: Revista Utopías. Año V, N°8. FTS. Entre Ríos, Argentina. (Pág. 28)

¹⁰³ [4http://www.psiquiatrialegal.org/EstigmaViolencia1.pdf](http://www.psiquiatrialegal.org/EstigmaViolencia1.pdf)

¹⁰⁴ Torres, L.M. (2003) “Salud Mental y Trabajo Social. La cronicidad psiquiátrica y sus determinantes estructurales”. En: Revista de Trabajo Social. N°27, Año XVI. EPPAL, Montevideo, Uruguay. (Pág 66)

¹⁰⁵ Casamayor, A y Marchesoni, C. (2005) “Salud Mental infante juvenil. Abordaje grupal desde el Trabajo Social”. Ed Espacio. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 15-16)

enfermedades diabólicas, seres incurables, rechazados, psiquiátricos, etc., pero el estigma común a todas estas calificaciones es que por ser diferentes, por salir de los parámetros socialmente establecidos como “normales” deben ser marginados, excluidos, aislados, colocados por fuera de la sociedad. Además el estigma es un factor que atraviesa e impregna todos los estratos sociales y todas las comunidades.

Se plantea, en el discurso de aquellos que trabajan en Salud Mental, en la realidad actual, que *“en el imaginario social está el tabú y el miedo a la locura instaurado desde siempre, sistemáticamente repetido, (...) sin tratar de desmitificarlo y con eso conlleva a que justamente el colectivo social este cada vez más lejos de esa realidad, (...) crea una identidad totalmente distorsionada o alejada de la realidad o muchas veces falsa o bueno en definitiva no hay mecanismos como para que tampoco esa identidad no se cree falsamente”*¹⁰⁶, es decir que no existe aún mecanismos que permitan a la comunidad comprender que es una enfermedad mental, que es una patología, como se genera y que repercusiones tiene; e incluso se plantea que en los propios equipos de salud, muchas veces por falta de preparación o especialización en el tema, se reproduce este imaginario.

Así mismo se expresa que en estas situaciones específicas, de los enfermos mentales, se observan los procesos de exclusión que toman lugar en la sociedad, en donde determinados individuos son estigmatizados y apartados por ciertas características que el colectivo social pretende “esconder” u “ocultar”; y a los cuales se les hace sumamente difícil revertir esas etiquetas socialmente impuestas. Esta idea se ve reflejada en el pensamiento de Víctor Giorgi cuando propone pensar la exclusión como un *“(...) proceso de carácter acumulativo en el cual, a través de mecanismos de adjudicación y asunción, se ubica a personas o grupos en lugares cargados de significado que el conjunto social rechaza y no asume como propios”*¹⁰⁷

Además, se señala que también desde los equipos de salud mental, desde las instituciones donde se trabaja en el tema se reproduce el estigma, la exclusión, hacia el enfermo mental, y se plantea desde estos equipos que *“es una cosa que tenemos metida todos, naturalizada, (...) las resistencias vienen de nosotros mismos también, yo creo que es una cosa que hay que mover, que faltan muchos años, pero que hay que mover en todos.”*¹⁰⁸ En este sentido se plantea que un *“factor que colabora para mantener la carga de la enfermedad mental se relaciona con la capacitación de los*

¹⁰⁶ Entrevista a Trabajadora Social de la Colonia Etchepare.

¹⁰⁷ Giorgi V.(s/d) “Construcción de la subjetividad en la exclusión”, en artículo del curso correspondiente a la materia Psicología General del año 2007.

¹⁰⁸ Entrevista a Trabajadora Social de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata.

*equipos de salud del Primer Nivel de Atención”*¹⁰⁹, ya que los mismos no están formados para trabajar en base a la comunidad, o en la participación comunitaria, es decir que se sugiere que en Salud Mental aun no están formados para trabajar en la Atención Primaria.

Las Trabajadoras Sociales entrevistadas, plantean al respecto que, por un lado se necesita insistir con capacitar al personal, ya que en la actualidad la situación es que los trabajadores de todas las áreas no son idóneos, no están especializados en el campo de la Salud Mental, señalan que el funcionario en general no está preparado, *“en general no está capacitado para trabajar en salud mental, lo toma como una necesidad laboral; no es un cuestionamiento, es una lectura de la realidad. Lo que si cuestiono es que después de esto se van degenerando situaciones de poca estimulación en el trabajo, agresividad que generalmente se descuelga hacia los pacientes y que (...) es difícil estar sin herramientas trabajando con este tipo de pacientes”*.¹¹⁰ Y por otro lado, opinan que hay un debe en cuanto a que hay que trabajar con la comunidad, concientizar a la comunidad toda de que existe esta realidad y prepararlos para poder contener e integrar al enfermo mental a la misma; *“la comunidad tiene que estar preparada para recibirlo, y para no generar más de esa patología”*¹¹¹

La Identidad es también una construcción social; necesitamos de otras personas para poder construirla, ya que el hombre es un ser social por naturaleza y está en permanente relación con otros para poder satisfacer sus necesidades. La Identidad refiere, en definitiva a *“(...) las formas de integración y participación de los individuos”*¹¹². Por lo tanto, *“el sujeto va procesando el mundo social, no es un receptáculo en el que la sociedad entra sin que haya una interrelación: se va construyendo esa relación con el mundo social.”*¹¹³ Cabe colocar aquí que las relaciones no son unidireccionales, sino que se van a ir armando tramas, a partir de la interrelación con los otros.

La enfermedad mental no puede pensarse como responsabilidad del enfermo, es una denuncia de que algo está mal; no solo en el sujeto que la padece, sino

¹⁰⁹ Levav, I.(2003) *“Salud Mental: una prioridad de la salud pública”* En: Revista de la Maestría en Salud Pública de la UBA. Año 1. N°2. Buenos Aires, Argentina. (Pág.15)

¹¹⁰ Entrevista a Trabajadora Social de la Colonia Etchepare.

¹¹¹ Entrevista a Trabajadora Social del Centro de Salud Claveaux.

¹¹² Mitjavila, Myriam. (1986). *“Salud y participación popular. Una aproximación al análisis de la organización poblacional”*. Cuadernos del CLAEH N° 37, segunda serie, año 11. Montevideo, Uruguay. (Pág. 68)

¹¹³ Arito, S. (2000) *“Cuestión Social y Salud Mental: una relación implicada en la intervención profesional”*. En: Revista Utopías. Año V, N°8. FTS. Entre Ríos, Argentina. (Pág. 27)

también en todo lo que se relaciona con él. Es decir que no es solamente algo propio del sujeto que presenta la enfermedad mental, tiene que ver además con el marco humano y relacional. El loco o el enfermo mental es el portavoz del sistema que lo contiene, no se puede poner la mirada solo en él, sino que hay que poder mirar el entorno, el sistema social en que está inserto.¹¹⁴ Por tanto cuando pensamos en el enfermo mental también debemos pensar en su entorno y en la familia que *“de alguna manera también necesita rehabilitarse, porque a esa persona le dio un lugar como muy estigmatizado”*,¹¹⁵ y no se puede perder de vista que el individuo se enferma en la familia y en la comunidad en la que está inserto, y no en otro lado.

La identidad además es al mismo tiempo un producto social y un componente estratégico de la realidad subjetiva del individuo. Y para aclarar esto tomare la noción de subjetividad que parte de que la misma esta *“hecha de vínculos y cultura...la subjetividad puede entonces ser considerada producción inter-subjetiva y social, por ende, históricamente construida. Sin embargo, no es historia cuaguada sino historización permanente, en relación con las marcas productivas que los encuentros con los otros y con la experiencia cultural van produciendo a lo largo de la vida”*¹¹⁶. En definitiva la subjetividad también se realiza en la relación con los otros, el individuo no permanece aislado, ya que la producción de esta subjetividad contiene todos aquellos aspectos y cuestiones que hacen a la construcción social del sujeto.

Por tanto, teniendo en cuenta que el ser humano es un sujeto con necesidades que debe satisfacer socialmente, por medio de diversas relaciones sociales, las situaciones de exclusión, de aislamiento y ruptura contribuye a la disminución y empobrecimiento del contacto con el resto de los individuos de la sociedad; en este caso separando a los enfermos de los sanos, a los “anormales” de los “normales”, llegando a restringir, en algunos casos como son los asilos, las interacciones únicamente con sus pares, lo que limita también las interrelaciones a partir de las cuales los individuos construyen su subjetividad y su identidad.

“En las instituciones cerradas, el sistema avanza sobre el sujeto, anulando los límites personales. La única alternativa que tiene el internado es cumplir con los mandatos institucionales, y éstos son iguales para todos, sin considerar

¹¹⁴ Casamayor, A y Marchesoni, C. (2005) “Salud Mental infanto juvenil. Abordaje grupal desde el Trabajo Social”. Ed Espacio. Buenos Aires, Argentina.

¹¹⁵ Entrevista a Trabajadora Social de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata.

¹¹⁶ Custo, E. (2008) “Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina (Pág.26)

individualidades. (...) El sujeto sufre **cambios en su identidad**, pues pasa de lo que fue en el pasado, a lo que debe ser para no recibir castigo”.¹¹⁷

Es en este sentido que Casamayor y Marchesoni toman el testimonio de una paciente, el cual resulta muy interesante incluir aquí; para describir la institucionalización y los efectos que la misma genera en las personas. Esta plantea que *“los hospitales mentales han sido denominados Instituciones Totales, en los que hasta las decisiones más corrientes como cuando comer, hacer sus necesidades o irse a dormir las toman otros”*¹¹⁸; lo cual genera como consecuencia una sensación de despersonalización, al punto, según plantea la misma, de desconfiar de su propio juicio o sentir la necesidad de estar sometidos a la autoridad para poder actuar hasta en las cosas más cotidianas y corrientes de la vida.

Todas las personas, en cambio, *“tiene derecho a un hogar en el más amplio sentido del término. Donde los ritmos de su existencia sean conducidos por las necesidades y aspiraciones del individuo y no por las exigencias de una organización burocrática. Decidir la hora de comer, el momento de acostarse, poder cerrar la puerta del baño, tener asegurado el libre empleo de sus pertenencias, recibir a sus prójimos, compartir los espacios colectivos, son para cualquier persona hechos tan naturales que ni siquiera se repara en ellos.”*¹¹⁹

Resulta interesante culminar con una frase que utiliza Victor Giorgi, retomando a Eduardo Galeano, ya que deja lugar a la reflexión sobre lo que se pretendió colocar en este análisis *“¿Quién no reproduce dentro de sí al mundo que lo genera?”*¹²⁰

¹¹⁷ Casamayor, A y Marchesoni, C. (2005) “Salud Mental infante juvenil. Abordaje grupal desde el Trabajo Social”. Ed Espacio. Buenos Aires, Argentina. (Pág. 29)

¹¹⁸ Óp. Cit. (Pág. 20)

¹¹⁹ Arduino, M. y Ginés, A. (2002) *“Noventa años de la Colonia Etchepare”*. En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 66 N° 2. Montevideo, Uruguay. (pág. 123)

¹²⁰ Galeano, E (1978) En: Georgi V. (s/d) “Construcción de la subjetividad en la exclusión”, en artículo del curso correspondiente a la materia Psicología General del año 2007.

Conclusiones

A partir del análisis teórico se intentó realizar algunas aproximaciones al tema de la Salud Mental y la ciudadanía. Se parte de que a lo largo del tiempo y de la historia se ha definido o caracterizado a la enfermedad mental o a la locura de múltiples formas de acuerdo a cada contexto, como algo místico, como hechicería, como seres incurables, como psiquiátricos, etc., pero todas ellas con un común denominador que es el estigma de ser diferentes, salir de los parámetros socialmente establecidos como "normales" por la racionalidad hegemónica del contexto histórico en que se esté presente. Se plantea que todo aquello que aparece como diferente en la sociedad, todo lo que se aparta de las normas socialmente establecidas se vive o se ve como una amenaza, como un peligro, incluso causa temor; y es el loco este "diferente" que desafía lo instituido, que desafía la norma.

Se puede decir que la salud mental obedece a la hegemonía, en este caso a la capitalista, para mantener el orden y el control social; pero restringiendo los derechos y la ciudadanía del enfermo mental, ya que en la mayoría de los casos según se plantea, los mismos son excluidos de diferentes ámbitos como el laboral, educativo, e incluso de la sociedad, dado el aislamiento total que sufren algunos enfermos mentales en las Colonias de Alienados de Santa Lucía, que al decir de la Trabajadora Social de la misma, se cataloga de "deposito" de personas, ya que es considerada el último eslabón de la cadena, del que además es casi imposible salir.

Por lo tanto, los enfermos mentales son considerados inútiles para la sociedad capitalista, ya que no son aptos para el mundo del trabajo y por ello el lugar que se les ha asignado desde hace muchos años, es detrás de muros que no permiten verlos, ni vernos.

Hoy en el Uruguay estamos transitando desde hace unos años tiempos de cambio en lo que respecta a la Salud, y de los cuales la Salud Mental no es ajena. Se plantea que en el actual contexto la prioridad para trabajar la misma es el primer nivel de atención, el cual implica promoción, prevención, diagnóstico, etc; y donde además se trabaja fundamentalmente la Atención Primaria en Salud (APS), a la cual se le otorga un papel estratégico en el actual contexto tal como fue desarrollado en el análisis; y que tiene entre sus principales metas la participación y el trabajo comunitario, entre otras que se deben tener en cuenta para un buen abordaje desde las distintas disciplinas, incluido el Trabajo Social, que logre apuntar a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales.

Es decir que desde las políticas y programas, tanto en el discurso como en los documentos escritos, se están planteando o se proponen dentro de sus objetivos o metas, tener en cuenta la ciudadanía de los enfermos mentales, ya que esta última implica la participación en las decisiones y con ello algunas responsabilidades y derechos.

Sin embargo, cabe preguntarse, ¿realmente se materializan, se cumplen estos objetivos que proponen las políticas o programas en la práctica?, ¿o quedan en el discurso? De acuerdo a lo que plantean los profesionales que trabajan en el campo de la salud mental, estos discursos no se materializan, plantean que si hay una intencionalidad, pero que falta mucho para que se cumplan dichos objetivos.

Además, de acuerdo a la información recabada, aún no existe como tal el primer nivel de atención en salud mental, dado que no se está trabajando fuertemente, según plantean, la promoción y prevención en salud, así como tampoco la participación comunitaria; cosas que están contenidas en lo que hace a la Ciudadanía de las personas. Por tanto se puede decir que el enfermo mental no es poseedor de ciudadanía o que el mismo tiene como plantea Nora Aquín una ciudadanía de baja intensidad, la cual se caracteriza como una situación de carencia de ciudadanía.

Por otra parte, el estigma que posee la enfermedad mental, atraviesa e impregna toda la sociedad, generando con ello un problema no solo en la comunidad sino también en el personal de los servicios que trabajan en salud mental; pero no hay que perder de vista que el este también es una construcción social y que por tanto puede ser derribada o transformada. Este estigma no les permite a las personas o a la comunidad “entender”, comprender al enfermo mental, y por lo tanto es importante el trabajo socioeducativo por parte de los programas existente con la comunidad.

Además, si el planteo es la reinserción del paciente en la comunidad y en la familia, es necesario que esto suceda. Sin embargo se plantea que hoy se está implementando el tema de “llevar” al paciente a su casa, a la comunidad, a través de distintos programas como los de hogares sustitutos o los residenciales, pero la sensación es de que “lo tiran ahí” y no hay un trabajo previo con la familia ni la comunidad, estas no están preparadas para recibir al “loco”; en la práctica estos programas, se plantea, que no están funcionando de acuerdo a las metas propuestas.

Se puede plantear entonces que entre los problemáticas centrales que hoy se viven en el campo de la Salud Mental, se señalan el estigma y la atención comunitaria;

los cuales dificultan cuando hablamos de la calidad de la ciudadanía del enfermo mental en nuestro país.

Sin embargo se señala que hoy pueden identificarse nuevos escenarios coyunturales en nuestro país, como la reforma de la Salud, que pueden permitir la introducción de algunas reformas o cambios sustanciales que impliquen avances políticos o por lo menos una mejor atención a esta población más vulnerable, como son los enfermos mentales. Pero teniendo presente que estos cambios no solo deben ser desde las teorías o discursos, sino también y fundamentalmente desde la práctica.

Cabe señalar que estas reflexiones no pretenden ser conclusiones definitivas, ni mucho menos verdades absolutas, sino reflexiones abiertas a nuevas y futuras investigaciones.

“El conocimiento se construye, vive en el tiempo y en la historia presente, y es en este presente que está presente. Por tanto no constituyen verdades absolutas, y quizá mañana se transformen o resignifiquen.”¹²¹

¹²¹ Custo, E. (2008) “Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina (Pág.63)

Bibliografía

- ✿ Amico, L. (2005) “La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- ✿ Aquin, N. (comp.) (2003) “Ensayos sobre ciudadanía: Reflexiones desde Trabajo Social” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- ✿ Arduino, M y Ginés, A. (2002) “Noventa años de la Colonia Etchepare”. En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 66 N° 2. Montevideo, Uruguay.
- ✿ Arito, S. (2000) “Cuestión Social y Salud Mental: una relación implicada en la intervención profesional”. En: Revista Utopías. Año V, N°8. FTS. Entre Ríos, Argentina.
- ✿ Aylwin de Barros, N (1989). “El objeto del Trabajo Social”. En Revista de Trabajo Social N° 30, Universidad Católica de Chile.
- ✿ Barbosa, O. (1982) “Problemas metodológicos y teóricos del concepto de calidad de vida”. En: Publicaciones del Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH). N°22, Abril-Junio. Montevideo, Uruguay.
- ✿ Baraibar, X (1999) “Articulación de lo diverso: lectura sobre la exclusión social y sus desafíos para el Trabajo Social”. En: Revista Servicio social y sociedad. Ed Cortez. N°59. San Pablo, Brasil
- ✿ Barran, J. P. y Otros. (1993) “La medicalización de la sociedad”. Ed. Nordan. Montevideo, Uruguay
- ✿ Barran, J. P. (1993) “Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo II. El Disciplinamiento (1860-1920)” Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay
- ✿ Barran, J.P. (1994) “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo II. La ortopedia de los pobres”. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay
- ✿ Barran, J.P. (1995) “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo III. La invención del cuerpo”, Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay
- ✿ Bayo, M. (1989) “Inadaptado es le que molesta de manera inadecuada”. En: Cuadernos de Marcha. Año IV, N°40, Tercera Época. Montevideo, Uruguay
- ✿ Cafaro, E y Carnelli, S. (2004) “Código Civil de la República Oriental del Uruguay” FCU. Montevideo, Uruguay
- ✿ Casamayor, A y Marchesoni, C. (2005) “Salud Mental infanto juvenil. Abordaje grupal desde el Trabajo Social”. Ed Espacio. Buenos Aires, Argentina

- ✿ Cochrane, R. (1991) “La creación social de la enfermedad mental”. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
- ✿ Custo, E. (2008) “Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina
- ✿ Errandonea, A. (1986) “Algunas hipótesis sobre las condiciones sociológicas de la vigencia de los derechos humanos en la sociedad uruguaya”. En: Cuadernos. Segunda serie N°1. “El concepto de Derechos Humanos”. En: Lanziano, W (1998) “Derechos Humanos”. Facultad de Derecho y ciencias Sociales. Montevideo, Uruguay
- ✿ Etchebarne, L. (2000) “Temas de Medicina Preventiva y Social”. Universidad de la República, Departamento de Medicina Preventiva y Social. Montevideo 3° edición.
- ✿ Fossati, G (1992) “Todos estamos expuestos. Naturaleza humana, calidad de vida y discapacidad” EPPAL. Montevideo, Uruguay.
- ✿ Foucault, M. (1990) “La vida de los hombres infames” La piqueta. Madrid, España
- ✿ Foucault, M. (2001) “Los Anormales”. Ediciones Akal. Madrid España
- ✿ Guzmán, V y Irigoin, M (2000) “Módulo de formación para la Ciudadanía” OIT (Organización Internacional del Trabajo) Montevideo, Uruguay.
- ✿ Hernández, R. Collado (s/d), C.”Metodología de la investigación”.Mc Graw Hill (s/d).
- ✿ Kazi, G. y Ajerez, M. (Coord.) (2008) “Salud Mental. Experiencias y prácticas” Ed. Espacio. Ediciones Madres de la Plaza de Mayo. Buenos Aires, Argentina
- ✿ Láuz, I. (2005) “La participación ciudadana en salud. Desafíos y perspectivas desde el Trabajo Social”. En: Revista de Trabajo Social N°33, Año XIX. EPPAL. Montevideo, Uruguay
- ✿ Levav, I. (2003) “Salud Mental: una prioridad de la salud pública” En: Revista de la Maestría en Salud Pública de la UBA. Año 1. N°2. Buenos Aires, Argentina
- ✿ Mitjavila, M. (1986) “Salud y participación popular. Una aproximación al análisis de la organización poblacional” Cuadernos del CLAEH N° 37, segunda serie. Año 11. Montevideo, Uruguay
- ✿ Oszlak, O, AAVV (1990). “Descentralización de los Sistemas de Salud. El Estado y la Salud” en Paganini, José María y Capote Mir, Roberto “Los Sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencia” publicación científica N° 519, OPS Washington DC, EEUU.
- ✿ Pastorini, A (s/d) “La cuestión Social y sus alteraciones en la contemporaneidad”. En: Temas de Trabajo Social. Debates, desafíos y perspectivas de la Profesión en la complejidad contemporánea. UdelaR. FCS-DTS. Montevideo, Uruguay

- ✿ Piotti, D. (2002) “La reforma del estado y el sistema de salud”. En: “Uruguay: La Reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada. (1985-2000)” Mancebo, E. y Otros (Comp.) Colección política viva. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.
- ✿ Pol, E. y Varela, S. (1998) “Calidad de vida, identidad y sostenibilidad” En: Revista de Treball Social. N°149. (s/d)
- ✿ Saidón, O (Comp.)(1994) “Políticas en Salud Mental”. Ed. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- ✿ Selltiz, C (s/d) “Métodos de la investigación en la relaciones sociales” Editorial Rialp. S.A.
- ✿ Tanón, G (2006) “Calidad de Vida y Trabajo Social. Una experiencia de integración docencia-investigación”. En Revista de Trabajo Social N°36 “Políticas Sociales hacia la calidad de vida” EPPAL. Montevideo, Uruguay.
- ✿ Tejera, A (2007) “Construyendo ciudadanía desde las redes” PNUD. Montevideo, Uruguay
- ✿ Torres, L.M. (2003) “Salud Mental y Trabajo Social. La cronicidad psiquiátrica y sus determinantes estructurales”. En: Revista de Trabajo Social. N°27, Año XVI. EPPAL, Montevideo, Uruguay.
- ✿ Valles, M (1997) “Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional”. Síntesis. Madrid.

Fuentes Documentales

- ✿ Acosta, A y Otros (2008) “Plan estratégico para enlace y coordinación de egresos desde sector de internación y puerta de emergencia con la comunidad”. Documento del Hospital Vilardebó.
- ✿ Alfaro, V. (s/d) “Hay que aprender a convivir con el conflicto. La salud mental es la “cenicienta” de la reforma”. Diario “La Republica”. (s/d) FD
- ✿ Carballeda, A (s/d) “Iluminismo; razón y locura”. Universidad de La Plata, 2004. Folleto de MIPIII, Discapacidad
- ✿ Carballeda, A (s/d) “Lo social y la Salud Mental: algunas cuestiones preeliminares”. Universidad de La Plata, 2004. Folleto de MIPIII, Discapacidad
- ✿ Faraone, S. (2004) “Políticas en Salud Mental” Universidad de Buenos Aires. Folleto de MIPIII, Discapacidad
- ✿ Georgi V.(s/d) “Construcción de la subjetividad en la exclusión”, en artículo del curso correspondiente a la materia Psicología General del año 2007

- ✿ Desarrollo del Programa Nacional de Salud Mental” En: Salud Exhibe sus buenos resultados. MSP. Suplemento especial. Diario El país. Setiembre de 2009. Montevideo, Uruguay
- ✿ Documento final de MIP II. Año 2007
- ✿ Documento final de MIP III. Año 2008
- ✿ Intendencia Municipal de Montevideo. (2008) “Montevideo. Desarrollo Social. División Salud” Edición: División Comunicación. Montevideo, Uruguay
- ✿ Programa Nacional de Salud Mental (1986) MSP
- ✿ <http://www.avisador.com.uy/> Archivo consultado en Agosto de 2007
- ✿ <http://www.diariocronicas.com.uy/index.php?id=963&seccion=general>. Archivo Consultado en Setiembre de 2010
- ✿ <http://www.larepublica.com.uy/comunidad/176644-el-hospital-vilardebó-celebra-sus-125-años-proyectando-resurguir-del-abandono-y-ladesidia>
- ✿ Mesa de Salud-ADASU. Documento de trabajo
- ✿ <http://www.msp.gub.uy/> Archivo consultado en Agosto de 2007
- ✿ www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?903,15411. Archivo consultado en noviembre de 2010
- ✿ <http://www.parlamento.gub.uy/>. Archivo consultado en Julio de 2007
- ✿ <http://www.psiquiatrialegal.org/EstigmaViolencia1.pdf> Archivo consultado en Octubre de 2008
- ✿ <http://www.sitiomédico.com.uy/artnac/2000/09/04.htm> . Gines, A. “Desarrollo y estado actual de la psiquiatría en el Uruguay”
- ✿ <http://visionuniversitaria.wordpress.com/2010/03/07/ministro-olesker-salud-en-uruguay>. Archivo consultado en Noviembre de 2010
- ✿ <http://www.who.int/countries/ury/es> Archivo consultado en Julio de 2007

Anexo 1

Pauta Guía de Entrevista para Trabajadoras/es Sociales.

(Entrevista en Profundidad)

- 1) Para comenzar, ¿Cómo es el abordaje de la Salud Mental desde el Trabajo Social que se hace desde esta institución en la práctica cotidiana?
- 2) ¿Qué objetivos se plantea/persigue esta institución para trabajar en Salud Mental?
- 3) ¿Qué políticas o programas conoces sobre Salud Mental? ¿Y qué opinión tenés sobre ellas?
- 4) ¿Crees que las políticas y programas que hoy se llevan a cabo en el Uruguay tienen en cuenta los derechos, las responsabilidades y la participación, de los enfermos mentales?
- 5) ¿Se “materializan”, se cumplen los objetivos propuestos por las políticas y programas desde la práctica? ¿O queda en el discurso?
- 6) ¿Desde esta institución, crees que se respetan los Derechos Humanos de los pacientes?
- 7) ¿Consideras que las personas con enfermedad mental son poseedores o ejercen su ciudadanía?
- 8) ¿A la hora de intervenir (en esta institución) se tiene en cuenta realmente la Calidad de vida del paciente, o se priorizan otras cosas?
- 9) ¿Consideras que el Imaginario social contribuye en la construcción de la identidad de las personas con enfermedades mentales?

Anexo 2

"Dos Nuevos Programas se Impulsan Desde el MSP: el de Salud Mental y el de Salud Rural" ¹²²

General | 12 Sep.

A partir de enero del próximo año quedará incorporada la Salud Mental al SNIS, como prestación con carácter obligatorio. En primera instancia se implementará para adolescentes y adultos jóvenes hasta 25 años de edad, docentes de enseñanza preescolar y primaria, docentes de enseñanza secundaria y técnica, y trabajadores de la salud. Se aspira que para el 2014 se pueda abarcar a todos los usuarios. El Ministro Daniel Olesker reconoció que **la salud mental es una deuda del Sistema con los ciudadanos uruguayos**. Ésto requiere tanto de un Protocolo de Asistencia como también del financiamiento que, aseguró, van a tener los prestadores de salud, tanto públicos como mutuales, puesto que se va a incorporar a las cápitas, dirigidas a las mutualistas y ASSE a partir del 1 de enero del próximo año. Señaló por otra parte que a fines de este mes o a principios de octubre se presentará un detalle pormenorizado de los Protocolos de Atención y del financiamiento a todos los prestadores de salud y a la ciudadanía en general.

Niveles

Explicó que se está pensando en un primer nivel grupal, gratuito, y que tiene un objetivo básico: dar respuestas urgentes a situaciones básicamente colectivas y vinculadas a grupos de familiares o pacientes con adicciones, violencia doméstica, psicoprofilaxis quirúrgica de niños y dispositivos para atención domiciliaria de madres dentro del primer año de post-parto con indicios de depresión. Se trata de un primer nivel orientado a grupos que tengan urgencias inmediatas por su determinado nivel de atención, siendo de plazos cortos, gratuitos. Un segundo nivel estará dirigido a adultos, infancia, niñez y adolescencia, cuyas psicoterapias son más extensas en el tiempo, pero limitadas, y que contará con un pago.

La equidad del acceso de la salud mental al Sistema de Salud está basada en que ese copago sea sustantivamente inferior al arancel de pago tradicional en el sistema de la salud individual. En las instituciones se conformarán comités de recepción que recibirán a los usuarios, a los que recomendará y derivará según el tipo de tratamiento necesario.

El nivel tres contará con un tiempo de atención más prolongado tanto para adultos como infancia, niñez y adolescencia, por tratarse de situaciones más crónicas, también con copagos y con un comité de recepción. De esta forma **se prioriza el primer nivel de atención** actuando sobre los factores de riesgo y poblaciones vulnerables y además, se pone el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud, con la convicción que esta incorporación permitirá descomprimir los requerimientos en otros niveles de atención que resultan muy onerosos para el sistema de salud.

Salud

Rural

¹²² <http://www.diariocronicas.com.uy/index.php?id=963&seccion=general>

El Ministro Olesker junto a integrantes del equipo de trabajo que lo acompañó en su visita a Soriano informaron que en octubre se lanzará públicamente el Programa de Salud Rural.

La iniciativa implica la existencia de médicos en las capitales departamentales y ello vinculado a las cuatro especialidades básicas, en carácter obligatorio y mediante rondas rurales cuyas normas se informarán oportunamente. El jerarca explicó que este programa no existía en la anterior Administración y que se creó a pedido expreso del Presidente José Mujica. Reconoció que aún no se cuenta con un número de profesionales necesarios radicados en el medio rural y explicó que la población en esta zona del territorio nacional disminuyó a la mitad en los últimos 20 años y la tendencia no se ha revertido, lo que calificó como uno de los problemas centrales del país. El Programa de Salud Rural busca generar condiciones para que la gente vuelva a creer y crecer en el campo, dijo. La idea rectora, según señaló, es construirlo desde los propios lugares con la participación de la propia gente de la zona. Ello exige mejora de la calidad de vida y radicación de profesionales de la salud en el medio rural.

Intervinientes

ASSE, insistió, es un gran aliado en este sentido, así como la complementariedad con otras instituciones, en el marco de una intervención multidisciplinaria de todo el Estado.

Los centros docentes por otro lado, cumplen un papel determinante en la posibilidad de que los centros educativos puedan servir de bases operativas para que los profesionales puedan generar los ejes de trabajo y acceso en el medio. Reconoció asimismo que se trata de una tarea de largo aliento; en este quinquenio se busca sentar las bases, pero generará una revolución el hecho de volver al campo y que el sector que enriquece a todos, tenga condiciones de vida dignas, concluyó.