



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TRABAJO FINAL DE GRADO**

**TÍTULO**

**Atención comunitaria en salud mental: institucionalización  
prolongada y rehabilitación psicosocial**

**Ana Carina Castiglia Ferré**

**C.I.: 4.2017.017-4**

**Tutoría: Asis. Andrea Gonella**

**Revisora: Asis. Rossina Machiñena**

**Febrero, 2022**

**Montevideo, Uruguay**

## ÍNDICE

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Resumen.....                                                              | 3  |
| Introducción.....                                                         | 4  |
| Justificación.....                                                        | 6  |
| Recorrido histórico de la atención en Salud Mental en Uruguay.....        | 7  |
| Sobre la Ley de Salud Mental 19.529.....                                  | 12 |
| 4.1 Derechos y Participación.....                                         | 12 |
| 4.2 Salud Integral.....                                                   | 13 |
| 4.3 Modelo de atención.....                                               | 13 |
| Marco técnico estatal de las Residencias con Apoyo.....                   | 14 |
| Residencia con Apoyo de referencia.....                                   | 17 |
| 7.1 Momento de apertura.....                                              | 19 |
| 7.2 Organización de la convivencia.....                                   | 19 |
| Instituciones totales e internaciones prolongadas.....                    | 20 |
| Sobre la experiencia subjetiva de ser/estar institucionalizado.....       | 21 |
| Efectos de la institucionalización en los procesos de rehabilitación..... | 22 |
| 10.1 Desplegar nuevos modos de habitar lo cotidiano.....                  | 22 |
| 10.2 Sobre los vínculos con el equipo.....                                | 23 |
| 10.3 Participación.....                                                   | 24 |
| 10.4 Las consultas médicas.....                                           | 25 |
| 10.5 Sobre las pertenencias personales y su cuidado.....                  | 25 |
| 10.6 Sobre el automodelado de la conducta.....                            | 26 |
| Reflexiones finales.....                                                  | 27 |
| Referencias Bibliográficas.....                                           | 29 |

## **RESUMEN**

El presente trabajo final de grado intenta articular los conceptos de desinstitucionalización y rehabilitación psicosocial ante la reforma que transita nuestro país respecto a la atención en salud mental. Se tomará como referencia para esta articulación, el trabajo realizado en una Residencia con Apoyo, desde su apertura en 2019 hasta diciembre de 2021. Esta Residencia, es elegida dado que su apertura responde a la implementación de la nueva Ley de Salud Mental aprobada en agosto de 2017 (Ley Nº 19.529), y por depender de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Es también una de las estructuras alternativas propuestas por la nueva Ley, para abarcar los procesos de desinstitucionalización de usuarios de instituciones monovalentes, por lo que sus prácticas se enmarcan dentro del modelo de atención de salud comunitaria con eje en la rehabilitación.

Para abordar dicha articulación, se expondrán las ideas centrales de la actual Ley de Salud Mental. Se realizará un recorrido histórico de las acciones que nuestro país ha realizado en el campo de la Salud Mental. Se expondrá el marco técnico definido por ASSE en el año 2020 para las Residencias con Apoyo, para luego presentar la Residencia referida. Finalmente se reflexionará sobre las consecuencias de la institucionalización prolongada en relación a los procesos de rehabilitación que transitan los usuarios en la Residencia de referencia.

**PALABRAS CLAVES:** salud mental, institucionalización, rehabilitación psicosocial, Residencia con Apoyo

## Introducción

La presente monografía corresponde al Trabajo Final de Grado de cierre de la Licenciatura en Psicología en la Universidad de la República.

La temática seleccionada se enmarca dentro del campo de la Salud Mental y los procesos de desinstitucionalización realizados en nuestro país, con base en lo establecido en la nueva Ley de Salud Mental aprobada en 2017 (Ley Nº 19529, 2017).

Desde hace más de un siglo en nuestro país, el abordaje sanitario para personas con padecimiento mental crónico, se basa en el modelo asilar. Este modelo tiene como ejes centrales las instituciones asilares monovalentes, entendidas como instituciones cerradas y custodiales, con un orden social propio e interno, que sostienen el aislamiento total del paciente y promueven la reeducación mediante el “tratamiento moral” (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2015). Este tipo de abordaje, destinado principalmente a aquellas personas que carecen de sostén social y recursos económicos, restringe los derechos y libertades individuales. Históricamente centrado en aspectos patológicos y el control sintomático, el nuevo marco jurídico establece el tratamiento integral de los usuarios, con estrategias de rehabilitación psicosocial e integración a la comunidad.

Desde el retorno a la democracia en los años 80', se han establecido planes de salud con acciones dirigidas a cambiar el modelo de atención. Desde aquellos años hasta ahora, el objetivo ha sido desarrollar un nuevo paradigma en salud mental, basado en el modelo de salud comunitaria con una fuerte impronta de derechos humanos. Hasta el día de hoy los resultados han sido parciales, ya que no se ha logrado dismantelar las instituciones asilares, y no se cuenta con una red de estructuras alternativas que alcance a toda la población institucionalizada. La Ley de Salud Mental establece el cierre de las instituciones asilares para el año 2025 (Ley 19529, 2017), con el paulatino proceso de externación de los usuarios a estructuras alternativas. Se propone así la creación de residencias con apoyo, casas de medio camino, hogares protegidos, centros de rehabilitación e integración psicosocial y centros de atención comunitaria. Estas estructuras deben brindar un contexto que respete los derechos de los usuarios como ciudadanos, así como brindar los apoyos y acompañamientos necesarios para el desarrollo de habilidades que permitan sostener una vida lo más autónoma posible (Ley 19529, 2017). En el año 2018, en diagnóstico de situación de la atención en salud mental en los usuarios de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado [ASSE], 2018), se proponen líneas de acción para la implementación de la Ley de Salud

Mental, siendo una de ellas, la necesidad de crear más estructuras alternativas en todo el país.

En 2019 se crea en Montevideo, la primera Residencia con Apoyo con posterioridad a la aprobación de la Ley de Salud Mental (Ley Nº 19529, 2017), tomada como referencia en este trabajo para la reflexión de los conceptos de desinstitutionalización y rehabilitación psicosocial. La actividad laboral de dos años en esta residencia, hace que se puedan abordar estos conceptos desde la teoría, la práctica y con cierto conocimiento de los discursos de los propios usuarios que aún transitan el proceso de externación. Estos discursos no se exponen en formato de entrevistas porque no lo fueron. Son vivencias que los usuarios comparten en la convivencia diaria con el equipo, a través de diálogos informales y a veces casuales. Otras veces es un intercambio buscado y necesario para todos, para los usuarios y para los que allí trabajamos, en tanto nos aporta a todos mayor comprensión sobre cómo afrontar y acompañar este nuevo proceso.

Antes de abordar los conceptos mencionados, se expondrán las ideas centrales de la actual Ley de Salud Mental, se realizará un recorrido histórico de lo que ha sido la atención en salud mental en nuestro país como antecedente de la situación actual, situación que convive con la estructura y organización del siglo pasado. Se presentará el marco técnico de las Residencias con Apoyo, realizado por ASSE en 2020, para luego presentar la Residencia de referencia para este trabajo. Desde una modalidad descriptiva se expondrá su estructura general, una breve descripción de su momento de apertura y sus aspectos organizativos. Posteriormente se analizan las consecuencias de internaciones prolongadas en relación al proceso de rehabilitación que realizan los usuarios en la Residencia.

## Justificación

Personalmente, elegir esta temática para realizar mi Trabajo Final de Grado conlleva una motivación agregada, en tanto es una forma de plasmar los conocimientos incorporados en los últimos dos años a través de mi actividad laboral. Entiendo que luego de la promulgación de la Ley Nº 19.529 (2017), la decisión de comenzar a caminar hacia un modelo de atención comunitario en salud mental se ha puesto con mayor fuerza en la agenda estatal. Elaborar este trabajo, en base a una experiencia actual y dependiente enteramente de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), es una oportunidad para pensar la reforma desde una de las tantas alternativas que nuestro país debe generar para seguir avanzando en el cambio de modelo de atención. En tanto es el Estado, a través de sus políticas públicas, el agente regulador de las relaciones que se establecen en el campo de la Salud Mental entre las instituciones públicas y privadas, sus usuarios y toda la sociedad.

En 2018 las personas internadas en instituciones monovalentes ascienden a 1179, de las cuales 1029 corresponden a internaciones prolongadas (ASSE, 2018). Para cambiar esta situación, se toma como base en el plano jurídico, la nueva ley, y en lo fáctico la implementación del Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 donde se describen las estrategias dirigidas a garantizar el derecho a la salud integral de toda la población.

Actualmente el Estado sostiene un modelo de atención mixto o de transición, en tanto la nueva ley es la herramienta que orienta las políticas públicas, creándose estructuras residenciales con diferentes niveles de complejidad, mientras continúa sosteniendo instituciones monovalentes que mantienen lógicas internas anacrónicas como forma de tratamiento. Esto implica continuar destinando recursos para mejorar las condiciones del mismo encierro y la misma exclusión de hace más de un siglo.

Inmersos en este escenario, es necesario continuar produciendo insumos para ampliar la investigación y la evaluación. Continuar reflexionando y ampliando el campo de intervención en coordinación con el modelo de salud comunitaria. ¿Es posible colaborar desde la producción de este trabajo a que más personas dejen de vivir exiliadas de la vida en comunidad y recuperen sus derechos como ciudadanos? Quizá, (y sin quizá), esta pregunta sea muy ambiciosa. Dado que el camino ha sido muy largo para llegar donde estamos hoy, con tantos años de derechos vulnerados, todo lo que se realice en el camino contrario debe ser dado a luz. Visibilizar la experiencia, es visibilizar a las personas que son parte de ella. Personas que en algunos discursos se las denomina como “beneficiarias de” evidenciando no

solo en los hechos, sino también en el lenguaje, que los derechos no alcanzan a todos los usuarios, siendo por ahora la posibilidad de externación de instituciones asilares un beneficio para unos pocos, aún.

## **Recorrido histórico de la atención en Salud Mental en Uruguay**

En nuestro país las instituciones basadas en el modelo hospitalario-asilar datan de 1788 con la creación del Hospital de la Caridad (desde 1911 Hospital Maciel). En 1860 se crea el Asilo de Dementes y en 1880, dada la superpoblación de este último, se inauguró el Manicomio Nacional, el cual pasaría a llamarse Hospital Vilardebo a partir de 1910. (Cassarotti, 2007).

En 1912 en el departamento de San José se crea la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare, sumándose en el año 1936, en el mismo predio, la Colonia Dr. Santín Carlos Rossi (actualmente llamadas CEREMOS, Centro de Rehabilitación Médica, Ocupacional y Sicosocial). En 1936 se promulga la Ley Nº 9581 de Asistencia al Psicópata, primer marco regulatorio en el campo de la Salud Mental, donde se posiciona a la psiquiatría como la disciplina idónea en este campo. En 1948 se crea el Patronato del Psicópata a través de la Ley 11139, con la finalidad de velar por la asistencia del enfermo psiquiátrico tanto dentro como fuera de las instituciones. De esta forma quedan instaladas las principales estructuras de atención y regulación del modelo asilar en nuestro país.

A mediados del siglo, surgen experiencias bajo una concepción de “hospital activo” que apuntan a dinamizar la situación de los usuarios del Hospital Vilardebó, como Talleres de Laborterapia entre 1953 -1958 y Talleres de Pintura a finales de los 60’ (Apud, Techera, 2010).

En el contexto internacional, en la década de 1950 surge el movimiento antipsiquiatría, término acuñado por David Cooper en EE.UU. para combatir el poder médico psiquiátrico como regulador de lo social determinando que es normal y que es anormal (Vázquez., 2011). Disciplinas como la filosofía, sociología, psicología, y la antropología, se separan del reduccionismo biológico imperante, tomando nuevas categorías de análisis para la comprensión de la locura, como ser el contexto histórico, social, cultural y económico en que vive el individuo. Autores como Foucault (1961), Thomas S. Szasz (1994), E. Goffman (1970) analizan el ejercicio de la psiquiatría como una herramienta de poder para la opresión, el control y el disciplinamiento en la formación de subjetividades. .

Al término de la Segunda Guerra Mundial se realizan reformas estructurales en los sistemas de salud y seguridad social, comenzando esto en Inglaterra (Ardila, Galende, 2011), para luego extenderse a toda Europa. En Italia, Franco Basaglia comienza a gestar la reforma sanitaria en la década de 1970, teniendo como prioridad el cierre de los manicomios para el desarrollo de un nuevo modelo de atención en salud mental. Basaglia (2008) expresa que de

no “destruir el manicomio” “...el reflejo del manicomio seguirá construyendo la imagen de la locura” (p. 13). En 1978 se legisla esta reforma en la Ley Nº 180, inaugurando una nueva etapa en salud mental con fuerte influencia en todo el mundo.

En 1978 la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978) define la necesidad de reformas en los sistemas de salud, con base en la Atención Primaria de Salud (APS). Los principios de la APS se definen como el pleno derecho a la salud, la equidad, la justicia social, participación y multisectorialidad. El modelo asilar resulta incompatible con esta estrategia, por lo que los Estados deben generar dispositivos alternativos como tratamiento, donde se contemple la dignidad y los derechos humanos de los usuarios de los sistemas de atención de salud mental.

En Uruguay, habrá que esperar hasta 1986, con el retorno a la vida democrática, para que lleguen vientos de cambio en el campo de la Salud Mental, año en que se crea el Plan Nacional de Salud Mental. Se retoman lineamientos del anterior Plan de 1972, contando con la participación de la UdelaR, organizaciones de familiares asilados, asesoría técnica de OPS/OMS, y Ministerio de Salud Pública (MSP) entre los más destacados. Este Plan tuvo como ejes: acciones para el cambio de modelo de atención a personas con trastornos crónicos en Hospital Vilardebó y las Colonias, la APS como estrategia de promoción, prevención y atención en territorios a través de equipos comunitarios, y la apertura de plazas en hospitales generales. Componentes similares a los que años después se acordarán en la Declaración de Caracas en 1990.

Con la aplicación de dicho Plan, a lo largo de los años 90' se materializa la apertura de Policlínicas, Equipos de salud territoriales, tratamientos ambulatorios, Centros Diurnos, primeras viviendas asistidas y primeras asociaciones de familiares. Este Plan no pudo abarcar la situación de las Colonias, que se mantuvieron en igual situación a lo largo de estos años.

En 1996 se cierra el Hospital Musto. inaugurado en 1983 para el traslado de usuarios agudos desde el Hospital Vilardebó. Tras el fallecimiento de usuarios por hipotermia (Apud, Techera, 2010), el Estado decide el cierre de esta institución, provocando que muchas personas queden sin continuidad en sus tratamientos, en situación de calle (de León, 2013) o sean trasladadas a las Colonias. Años después, a finales de los 90, el Hospital Vilardebo pretende comenzar a funcionar como hospital de usuarios agudos, lo cual no es posible concretar ya que existe una mixtura de pacientes sin alternativas de egreso dado su situación de extrema vulnerabilidad social. De todas formas, en esta década surgen proyectos que permiten ingresar “el afuera” al Hospital. En 1993 (Penino, 2013) se crea el Programa Puertas Abiertas, originalmente llamado “Programa Puertas Abiertas- Acompañantes Voluntarios del Paciente Psiquiátrico”. Aquí estudiantes de la Facultad de Psicología concurren semanalmente a la sala de seguridad femenina, dinamizando su estar en el hospital a través de actividades y



brindando la escucha a las usuarias como modo de sostén. Este proyecto se mantuvo durante 20 años (Penino, 2013). El Proyecto Radio Vilardevoz comienza a funcionar en 1997 (Vilardevoz, s/f), teniendo como base la participación de los usuarios y su platea abierta a la comunidad, tal como se mantiene hasta el día de hoy.

En el año 2005 se actualizan los postulados de derechos y de atención comunitaria del Plan de Salud de 1986, formalizando los Centros de Salud comunitaria como referencia para la atención en salud mental, esto en coordinación con el primer nivel de atención de salud; se establece la creación de Centros de Rehabilitación en el sistema público y privado para disminuir las hospitalizaciones y estrategias para apoyo a familiares; crear Albergues Comunitarios Permanentes u Hogares Protegidos, donde los usuarios con menor autonomía puedan vivir en condiciones dignas y Viviendas Supervisadas para aquellos con mayor desempeño autónomo; contemplar el pleno acceso de los usuarios al sistema social facilitado por la incorporación a actividades laborales y/o creativas protegidas.

En ese mismo año, respecto a los usuarios asilados, la Comisión Asesora para la actualización del Plan de Salud de 1986, junto con organizaciones de familiares y la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, documentan las “Bases para la Reconversión del Asilo Mental”. Allí expresan que los usuarios asilados se encuentran en situación de emergencia humanitaria, lo que es incompatible con el nuevo modelo de atención y sus postulados de derechos (Giné, A.M., 2013).

En el contexto internacional, la OMS/OPS celebra la “Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de Caracas” en Brasilia (OPS, 2005). En esta conferencia se destacan avances en las reformas de los sistema de salud de la región, en las coordinaciones APS-salud mental, y en el desarrollo del modelo comunitario de atención. A su vez, en la Declaración de Montevideo (OPS, 2005) se refuerza la necesidad de la APS como estrategia y la necesidad de descender el número de plazas en hospitales psiquiátricos para la inversión en modelos alternativos de externación insertos en la comunidad.

El año 2005 también cuenta con ciertas particularidades a nivel socio-político nacional, asumiendo lo que sería el primer periodo de gobierno de izquierda, período en que se realiza la reforma en el sistema de salud, implementando el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), puesto en marcha con la sanción de la Ley 18211 en diciembre de 2007. En su Artículo 3 se detallan los principios rectores del nuevo sistema, como son la atención universal, la accesibilidad, orientación preventiva, integral y humanista y la equidad en oportunidades de atención a toda la población (IMPO, 2007). Como parte de esta reforma, se sanciona la descentralización de ASSE (Ley 18161), con el cometido de ser el prestador de

salud de referencia en calidad asistencial y administración de recursos dentro del SNIS (ASSE, s/f).

En este mismo año se crea y reglamenta por la Ley 17866 (2005) el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), siendo sus competencias crear, coordinar y ejecutar estrategias destinadas a mejorar las condiciones de vida de poblaciones vulnerables. Formalizando todas las políticas orientadas a discapacidad en su Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS).

En 2011 el SNIS incorporó prestaciones obligatorias para la atención en salud mental. Se reconoce la salud mental como un derecho humano fundamental, y como tal, se debe contar con accesibilidad universal a intervenciones psicosociales y de psicoterapia (MSP, 2012). Siendo la primera vez que con carácter de obligatoriedad, prestadores públicos y privados deben contemplar la atención en salud mental con intervenciones destinadas a aliviar el sufrimiento psíquico fuera de la tradicional consulta con médico psiquiatra.

En 2012 se crea la “Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna” (Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo [INDDHH], 2013) para la defensa de los derechos de personas con sufrimiento psíquico, nucleando a colectivos sociales, familiares de usuarios, usuarios, colectivos de la academia y trabajadores del campo de la Salud. En este año, se realiza la primera Marcha de Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, la cual se realiza hasta el día de hoy en cada mes de octubre. Se comienza a gestar, incluso en la escena pública, la necesidad de una nueva ley de salud mental que establezca y respalde el nuevo modelo de atención que se ha intentado implementar desde el Plan de Salud de 1986. Es así que en el año 2015 ingresa para su discusión al parlamento el anteproyecto de la nueva Ley de Salud Mental (MSP, 2015).

En el 2016 se crea la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental (CNLSM), conformada por organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares, así como representantes de la academia. Todos estos movimientos colaboraron en el trabajo de elaboración de la actual Ley de Salud Mental promulgada en el año 2017, derogando la Ley de 1936.

#### ANTECEDENTES DE ESTRUCTURAS ALTERNATIVAS:

Se mencionan aquí estructuras alternativas realizadas antes de la promulgación de la nueva ley, que actualmente se encuentran en funcionamiento (ASSE, 2020), creadas a través de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental de 1986. Se trata de un abanico de programas y residencias, sostenidas mediante intersectorialidad estatal, o en convenios con privados bajo estrategias de atención comunitaria tal como se propone en dicho Plan.

-Programa de Egreso de CEREMOS (antes llamado Plan de Asistencia Familiar): creado en la década de los 90' a través de convenios entre ASSE y familias particulares que funcionan como hogares sustitutos en localidades adyacentes a la institución. Estos usuarios no cuentan con el alta médica, por lo que su atención es ambulatoria en la policlínica de CEREMOS.

-Asociación de Hermanas Hospitalarias "Benito Menni" : Residencias con Apoyo, comienza en 2012 con 13 usuarios, ampliando el cupo a 26 personas en el año 2016.

-Convenio ASSE-MIDES: en 2012 a través de Pronadis se cuenta con cuatro viviendas asistidas, 2 en Montevideo, 1 en Treinta y Tres y 1 en Lavalleja. El equipo de cuidadores es proporcionado por MIDES, mientras que las viviendas y la red de atención es proporcionada por ASSE.

-Programa "Arrayán" del Centro de Rehabilitación Psíquica Martínez Visca (CRMV) - CHPP: desde el 2014 el CHPP crea el Programa de Vivienda y Promoción de Autonomía con diferentes niveles de complejidad, para usuarios del sistema de salud público y privado. Contando con capacidad para 10 usuarios en Residencia Asistida, cuatro apartamentos supervisados con capacidad total de 10 usuarios.

Luego de 2015 se continúan creando estructuras alternativas en Montevideo y el interior del país. Desde el MSP.y ASSE, estas estructuras son creadas en función del anteproyecto de la actual ley de salud mental (Ley 19529, 2017). Dado que en 2016 ya se contaba con media sanción en el parlamento.

Es así que en 2016 se da apertura desde ASSE en San Carlos de Maldonado a una Residencia de Medio Camino, con cupo para 8 personas, con apoyo de equipo técnico las 24 horas. Lo mismo sucede en San José de Mayo donde se inaugura una Vivienda Asistida para 4 personas con mayor grado de autonomía, lo que implica que el equipo técnico realiza visitas con frecuencia determinada según las necesidades de los usuarios. Ambas estructuras funcionan al día de hoy.

En 2019, ASSE da apertura en Montevideo a la Residencia con Apoyo tomada como referencia para este trabajo, con capacidad para 17 personas. A mediados de 2020 en Mercedes, se da apertura a una Residencia similar, pero con capacidad para 10 personas, en enero de este año desde la misma dependencia se da apertura a Residencia con Apoyo en Pando, para 9 usuarios.

## **Sobre la Ley de Salud Mental 19.529**

En este apartado se exponen las ideas centrales de la actual Ley de Salud Mental (Ley 19529, 2017) en relación a derechos, salud y modelo de atención. Esta ley se aprueba en un contexto sanitario, que se mantiene hasta hoy, donde se encuentran activos tres modelos de atención en salud mental (Romano, 2017a). El modelo asilar, donde la atención se sustenta en internaciones prolongadas y exclusión del sujeto del ámbito social. El modelo hospitalocéntrico en hospitales monovalentes para situaciones agudas (Romano, 2017b), habiendo internaciones prolongadas por situaciones de vulneración social. Y el modelo de salud comunitaria, propuesto en el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) de 1986. Desde la nueva ley, queda establecido que el modelo de salud comunitaria es el modelo a desarrollar para el abordaje en salud mental. Se presenta así, el desafío de unificar la atención de los usuarios en clave de igualdad de derechos y de accesibilidad de todos a la atención integral en salud. Las acciones a realizar en diferentes niveles estatal, sanitario, social, académico se establecen en el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (INDDHH 2020).

**4.1 Derechos y Participación:** con la aprobación de la nueva ley en 2017, se deja sin efecto el antiguo marco jurídico de 1936 (Ley Nº 9581), desfasado respecto a nuevos paradigmas en salud y con acuerdos internacionales que nuestro país ha adherido y ratificado. Los lineamientos establecidos en la ley tienen como sustento el respeto a los derechos humanos e individuales, a través de prácticas humanizadas.

Teniendo en cuenta que el campo de la Salud Mental “es el único espacio dentro del campo de la salud, en el cual, el Estado se reserva el derecho de privar de libertad a una persona en nombre de su cuidado” (Stolkiner, 2022), la necesidad de promulgar una nueva ley, responde a erradicar modelos de atención anacrónicos que vulneran libertades individuales y derechos humanos. En relación a esto, se establece el cierre de las estructuras asilares y monovalentes para el año 2025, así como el progresivo proceso de desinstitucionalización de los usuarios a estructuras residenciales alternativas, que permitan la vida integrada en comunidad (Ley 19529, 2017).

En materia de derechos, se evidencia un cambio importante en relación al lugar en que se posiciona al sujeto y el ejercicio de sus libertades. En tanto, la dignidad del sujeto y el respeto a los derechos humanos conforman el marco de referencia de toda acción de promoción, prevención, atención y rehabilitación. En la misma línea, se establece como derecho del usuario la autodeterminación sobre sí mismo, la participación y decisión en las estrategias de

tratamiento recibiendo información comprensible. Siendo obligación de los profesionales brindar el tratamiento que menos “restrinja sus derechos y libertades”, “promoviendo su integración familiar, laboral y comunitaria.” (Ley 19529, 2017).

En cuanto a la participación de nuevos actores, se abandona el paradigma de la simplicidad (Baroni, 2018), donde la única mirada proviene de la psiquiatría, dando lugar a nuevas miradas, saberes, prácticas e intervenciones. Desde su proceso de creación y discusión han participado actores involucrados desde diferentes lugares al campo de la Salud Mental. Lo más destacado en este ámbito, es la participación de familiares de usuarios y usuarios representados en diferentes colectivos organizados. Sosteniendo su participación, luego de promulgada la ley, en la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental (Ley 19529, 2017). en conjunto con representantes de sociedades científicas, Universidad de la República (UdelaR), trabajadores de la salud, representantes de la sociedad civil y derechos humanos. Este nivel de participación rompe y deja atrás concepciones basadas en una única mirada, contemplándose ahora, la complejidad del ser humano en los devenires del dinámico estado de salud/enfermedad, con aportes de múltiples actores y disciplinas.

**4.2 Salud integral:** en relación a la salud mental, es propuesta desde una perspectiva de derechos, concebida como inseparable de la salud integral. Se entiende como un “estado de bienestar” resultante de un proceso dinámico que es determinado por factores sociales, económicos e históricos. El individuo es concebido como una “unidad singular” también determinado por aspectos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, y culturales. Se define la categoría “trastorno mental” en tanto las personas que lo padecen, son las que especialmente debería ser protegida su salud. Se destaca que esta denominación no contó con la aprobación de todos los actores participantes en la redacción de la ley, por considerarse estigmatizante. Dado que el modelo de atención que se propone se sustenta en lo comunitario y el objetivo es la reinserción de los usuarios en la comunidad, esta denominación no sería propicia al cambio cultural necesario para la plena vida en comunidad. En este trabajo se utilizará la denominación de sufrimiento psíquico, entendido como aquel que se produce en relación a los efectos iatrogénicos que produce la institucionalización. Se establece que el estado de salud de la persona con padecimiento psíquico es modificable mediante el acceso a tratamientos y apoyos adecuados a su etapa vital.

**4.3 Modelo de atención:** el modelo de atención establecido en la nueva ley es el modelo de salud comunitario, implementado la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia, con abordaje interdisciplinario e intersectorial. La articulación en red de servicios en territorio,

facilitando y promoviendo la participación activa de los usuarios, así como la atención en su ámbito de referencia.

La rehabilitación psicosocial se establece como metodología y estrategia de trabajo, entendida como (ASSE, 2020) el conjunto de técnicas e intervenciones orientadas a aumentar la autonomía de los usuarios, a través del desarrollo de sus competencias en la vida cotidiana y sus habilidades sociales. El objetivo final de esta metodología/estrategia es la inclusión en ámbitos sociales, educativos, laborales y culturales. Se establece la creación de estructuras alternativas residenciales, donde los usuarios puedan transitar tanto el proceso de rehabilitación, como el pasaje de lo institucional a lo social comunitario. Se adjunta a esto, la prohibición de apertura de nuevas instituciones asilares o monovalentes (Ley 19529, 2017).

### **Marco técnico estatal de las Residencias con Apoyo**

Desde la aprobación de la ley de Salud Mental en 2017, ha quedado establecido en nuestro país un nuevo marco jurídico que aplica para todas las instituciones que conforman el SNIS. En su Artículo 22 sobre los dispositivos residenciales con apoyo se lee: “Se establecerán programas de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, adecuando el tipo de dispositivo a la adquisición progresiva de niveles de autonomía de la persona, asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social.” (Ley Nº 19529, 2017). Respecto al proceso de desinstitucionalización en el Artículo 37 se lee: “Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas. Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.” (Ley Nº 19529, 2017).

Dado lo establecido, desde la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE se crea en 2020 el marco técnico para las Residencias con Apoyo (ASSE, 2020a). En este documento, se definen dichas estructuras, sus objetivos, la población a la que están destinados, la conformación de los equipos de trabajos, se disponen los parámetros de trabajo y atención basados en el concepto de rehabilitación y recuperación. Dado que la Residencia con Apoyo tomada como referencia para este trabajo se organiza en base a este marco técnico, se expondrán conceptualizaciones que se expresan en el documento.

Corresponde aclarar que en dicho marco se puntualiza que la definición de Residencias con Apoyo se asimila a la definición de Residencias Asistidas que realiza el Ministerio de Salud

Pública (MSP, 2019). Desde el MSP, las Residencias Asistidas se incluyen dentro de los dispositivos de inclusión social y se definen como: “Dispositivo socio-sanitario, de rehabilitación con supervisión las 24 horas, de mediana estadía, para personas con trastornos mentales graves, con nivel de autonomía que en ese momento no permite la vida en una vivienda autónoma.” (MSP, 2019 p. 10).

Los objetivos generales definidos para estos dispositivos son, en primera instancia, brindar una vivienda con todas las necesidades básicas cubiertas, para luego lograr la recuperación de proyectos vitales promoviendo el empoderamiento, lograr la mayor autonomía posible en la vida cotidiana de cada usuario, evitar su marginación, promover su inclusión e integración social, así como los vínculos familiares. Como objetivos específicos se plantea generar espacios de convivencia con respeto a los derechos de los usuarios, acompañar la construcción de un proyecto personal posible, desarrollar el mayor grado de autonomía personal y social, brindar apoyo a las familias referentes para que sean partícipes del proceso de rehabilitación (ASSE, 2020b).

La población a la que están destinadas las Residencias con apoyo son aquellas personas con posibilidades de egreso de instituciones asilares o monovalentes clínicamente estables, y personas que presenten dificultades para la vida autónoma o con su familiar con grado de dependencia leves a moderados. Estas Residencias no están destinadas a personas cuyo grado de dependencia no les permita transitar procesos de autonomía, personas con consumo problemático de sustancias o con conductas disruptivas graves. La persona puede ingresar en la residencia con curatela judicial, en ese caso el curador, deberá también participar en el proceso de rehabilitación (ASSE, 2020c).

Respecto al concepto de mediana estadía dado en la definición desde el marco técnico, se definen tres tiempos de estadía referidos a diferentes circunstancias, donde la Residencia puede ser una alternativa no solo para usuarios en procesos de desinstitucionalización:

Estancia breve o de apoyo puntual: alternativa ante eventos estresantes dentro del grupo familiar o de referencia del usuario, que impliquen brindarle distancia de dicha situación, ingresos hospitalarios de cuidadores, viajes o descansos de familiar o cuidador. Aquí se estima un tiempo de 30 días, flexible a posibles cambios de las circunstancias del usuario.

Estancias medias o de transición: usuarios que no cuentan con sostén familiar que facilite los apoyos necesarios en su vida diaria, que a su vez necesitan un periodo de preparación para pasar a vivir en domicilio propio o familiar o a otra estructura con menores apoyos.

Estancias medias o de largo plazo: para aquellos usuarios que no cuentan con red familiar y sin posibilidad de vida independiente. Pudiendo ser la Residencia el hogar del usuario a largo plazo, sin excluir la posibilidad de oportunidades de vida independiente durante el proceso de rehabilitación.

La concepción de rehabilitación que se propone como metodología de trabajo en estos dispositivos, tiene como ejes centrales el concepto de rehabilitación psicosocial y de recuperación. La rehabilitación psicosocial es entendida como un proceso largo y complejo, durante el cual se debe respetar al usuario, su sufrimiento psíquico y la discapacidad que esto supone a fin de brindarle todos los apoyos necesarios para desarrollar sus habilidades intelectuales, físicas, sociales y emocionales. Esto permitirá a la persona vivir, aprender y trabajar en su comunidad, así como sostener su calidad de vida.

Como “ingredientes esenciales” de este proceso se destacan (ASSE, 2020d): la planificación de todas las etapas con participación del usuario, evaluación de resultados observables, entrenamiento de habilidades y apoyos adecuados al ambiente de referencia del usuario, formación del personal a cargo del proceso, trabajo en equipo en coordinación y comunicación entre todos los profesionales participantes con acuerdo de objetivos.

Esta concepción de la rehabilitación se encuentra alineada con lo propuesto por Hernandez (2017), en tanto es una dimensión del abordaje en salud mental que comprende una ética de trabajo. Siendo sus prácticas un conjunto de técnicas y estrategias a desplegar en los contextos cotidianos del individuo con el objetivo de desarrollar su función psicosocial. Así mismo Saavedra (2011a), focaliza los objetivos de los programas de rehabilitación en la inclusión del usuario a la comunidad y el desarrollo de “[...] las habilidades y las competencias psicosociales para interactuar de forma autónoma en sociedad” (p.122).

El concepto de recuperación (ASSE, 2020e) se refiere a un proceso subjetivo e identitario que se logra en la medida que la persona logre comprender su enfermedad. Para esto es necesario un cambio de actitud frente a la vida, de valores, de objetivos personales, de habilidades y de roles. Implica encontrar un nuevo sentido a la vida, basado en la esperanza, y en el crecimiento continuo de la persona que irá más allá de la enfermedad. El profesional que acompaña este proceso debe establecer una relación simétrica con el usuario y contar con cualidades personales como la empatía, la creatividad, el realismo y la resiliencia; estas cualidades son tan importantes como las académicas. A su vez, debe brindar los apoyos necesarios para que el usuario recupere su proyecto de vida, este proyecto debe causar satisfacción y bienestar al sujeto y sostenerse en base a sus fortalezas.

La recuperación debe ir acompañada de la inclusión social activa, participativa y con sentido de satisfacción personal. Otro de los objetivos del proceso, es que la persona pueda producir una narrativa propia de toda su historia, donde la enfermedad solo sea una parte de ella, ya que de lo contrario, si la enfermedad condiciona toda su historia, se refuerza la cronicidad. Se deben cultivar los vínculos familiares, y estos serán tan importantes como el apoyo entre pares (ASSE, 2020f). Siguiendo a Saavedra (2011b) la recuperación es entendida como un proceso para construir identidad integrando la enfermedad como experiencia que aporte nuevos sentidos, conectados con todos los componentes identitarios, y no la enfermedad



como dominante de la identidad del sujeto. Este proceso dentro del modelo de recuperación opera como la base del empoderamiento y control de la propia vida como persona autónoma (Saavedra 2011c).

La conformación del equipo de trabajo, se sugiere, esté conformado por Licenciado en Enfermería, Licenciado en Trabajo Social, Acompañantes Terapéuticos, Auxiliares de Enfermería, Auxiliar de Servicio y Cocinero, siendo la cantidad de sus integrantes según el perfil de la Residencia y la cantidad de usuarios. El personal debe estar debidamente capacitado y mantener una ética de trabajo que tenga como eje rector el respeto y cuidado en derechos humanos. Brindar el apoyo y acompañamiento necesario en forma coordinada desde cada disciplina, para que los usuarios puedan concretar/recuperar su proyecto de vida e inclusión social. Se debe tener en cuenta, que el equipo de trabajo es parte de la matriz vincular y social del usuario.

En cuanto a la coordinación con equipos de salud, se debe contar con Equipo Básicos de Salud en primer nivel de atención y Equipo Comunitario de Salud Mental. Se debe contar con coordinaciones específicas dentro de la red de emergencias, así como con las unidades especializadas en salud mental dentro de hospitales generales.

### **Presentación de Residencia con Apoyo elegida como referencia para el presente trabajo:**

La Residencia que se abordará en el presente trabajo, comienza a funcionar en el año 2019, ubicada en Montevideo, en un contexto barrial, con rápida accesibilidad a otros puntos centrales de la ciudad, como ser zonas céntricas, comerciales o la zona costera.

Su apertura tiene como fin comenzar a realizar acciones de desinstitutionalización de usuarios del Hospital Vilardebó y del Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS, Ex Colonia Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santin Carlos Rossi).

El equipo técnico se conforma por un Coordinador (Licenciado en Enfermería), cinco Acompañantes Terapéuticos, un Licenciado en Trabajo Social, siete Auxiliares de Enfermería, un Auxiliar de Servicio y un Cocinero. Se organizan diferentes turnos para brindar apoyo las 24 horas del día.

El grupo de usuarios se conforma por 16 personas (13 hombres y 3 mujeres), con edades que oscilan entre los 27 y los 65 años. Del total, 4 son egresados del Hospital Vilardebó y 12 son egresados desde CEREMOS (3 de ellos del Programa de Egreso, en casas de cuidadoras). Sus trayectorias institucionales mantienen un núcleo común, que es el pasaje por el Hospital

Vilardebó con posterior traslado a CEREMOS. Los equipos de las instituciones mencionadas (Asistentes Social, Médico Psiquiatra y Talleristas) comienzan meses antes a trabajar en la selección y preparación de los usuarios para su egreso. Según manifiestan los usuarios fueron informados en forma individual de la posibilidad de egreso por Asistentes Sociales o Médicos de referencia. Describen haber sido convocados para ser informados sobre el funcionamiento general de la Residencia y haber contado con uno o dos días para decidir si aceptaban o no la propuesta de egreso.

El equipo técnico de la Residencia tiene entre sus funciones la de sostén, acompañamiento y apoyo en la organización de la vida cotidiana grupal, actuando como un facilitador y no como un proveedor de soluciones. En el plano individual, las intervenciones deben tener en cuenta la situación singular de cada usuario más allá de su diagnóstico, a fin de considerar las experiencias vitales y su salud en forma integral.

Para la planificación de proyectos personales, los usuarios cuentan con la posibilidad de elegir un referente que los apoye y acompañe en la realización del Plan Individual de Acompañamiento Residencial (PIAR) (ASSE, 2020). Esta herramienta facilita visualizar las etapas, estrategias y tiempos para alcanzar lo propuesto por el usuario. Se debe promover la reflexión necesaria para cada etapa, así como contar con flexibilidad para respetar los tiempos de cada uno y/o los cambios de rumbo de sus proyectos.

Respecto al trato con los usuarios se debe tener en cuenta que el equipo es la referencia diaria y cotidiana que el usuario tiene para establecer vínculos desde el trato respetuoso, empático y contemplando las singularidades.

Como se indica en el marco técnico respecto al Equipo Básico de Salud Comunitario, desde ASSE se establece coordinación con las Policlínicas que serán de referencia para el grupo de usuarios, para su atención en todos los niveles de salud. Si bien los Equipos de Salud Mental de cada Policlínica realizan la asignación de Médicos Psiquiatras, el usuario puede cambiar de médico si así lo desea, así como contar con Psicólogo de referencia. En este momento dos usuarios concurren semanalmente a tratamiento terapéutico psicológico en su Policlínica.

En referencia a la agenda de cada usuario, el equipo de la Residencia es quien realiza los primeros contactos y coordinaciones necesarias con instituciones públicas y privadas donde los usuarios puedan concretar sus actividades educativas, recreativas, laborales, o las que sean parte de su proyecto personal. Luego de esto, se evaluará con el usuario su nivel de autonomía, así como los apoyos y acompañamientos necesarios acordes a la actividad. En este momento, pasados dos años, han logrado desarrollar un buen nivel de urbanidad, pudiendo trasladarse a sus lugares de referencia con total autonomía o con apoyo de pares. Así como incorporar referentes de equipos externos a la Residencia (profesores, adscriptos, maestros, talleristas, coordinadores, maestros, compañeros) que ofician de apoyo fuera de la Residencia.

### **7.1 Momento de apertura:**

En el correr de la primera semana de la apertura, los usuarios llegan a la Residencia desde las instituciones acompañados de Asistentes Sociales, o sus Médicos de referencia. Apenas unos días antes de su llegada se recibió el mobiliario de la casa, por lo que son los usuarios y el equipo quienes realizan el armado de dormitorios, living, comedor, cocina y patios desde el primer momento y en los días posteriores. De esta forma fortuita se da una dinámica en la cual los usuarios son quienes deben decidir cómo disponer todos los muebles, en qué dormitorio dormirán y sus compañeros de cuarto.

Los usuarios establecen contacto telefónico con sus familiares acordando cuando vendrán a verlos, y a conocer la casa. En los casos en que los vínculos no puedan ser retomados por conflictos preexistentes, se establecen estrategias en acuerdo con el usuario para comenzar a retomarlos si así lo desea.

### **7.2 Organización de la convivencia:**

La organización de la vida cotidiana dentro de la Residencia es una necesidad para su funcionamiento, siendo una dinámica donde se ponen en juego competencias personales. Desde este punto de vista es que se promueve la participación de todos los usuarios en dicha organización, esto se plasma en las asambleas semanales o en charlas informales entre y con usuarios que verbalizan diferentes propuestas para organizar y construir la convivencia grupal. La Residencia a su vez cuenta con un reglamento interno, que se entrega a cada usuario en los primeros días de su estancia.

Aspectos contemplados en este reglamento son el uso respetuoso de espacio comunes, el trato respetuoso entre pares y con el equipo técnico, el uso de las llaves de la Residencia (1 juego de llaves a disposición de todos), última hora de ingreso a la Residencia o los avisos pertinentes en caso de llegar más tarde de lo pautado, el respeto a la intimidad por parte del equipo y entre los usuarios, y aquellas decisiones que deben ser consensuadas en asamblea (organización de tareas cotidianas, organización de higiene de espacios comunes, reposición de artículos en caso de rotura, espacios abiertos para fumadores, horarios de comidas), sin perjuicio de que la dinámica del vivir aporte más ítems a ser contemplados en este espacio.

Las asambleas se realizan con frecuencia semanal, pudiendo solicitar asambleas extraordinarias tanto usuarios como el equipo, siendo de carácter obligatorio para todos.

De esta forma se generan instancias que hacen a los procesos de rehabilitación, conjugando la participación en la organización de la vida cotidiana junto con la realización de tareas

personales y grupales. Se intenta contribuir a construir la convivencia y la generación de contextos que faciliten el desarrollo de competencias individuales y en grupo.

### **Instituciones totales e internaciones prolongadas**

Todos los usuarios de la Residencia han transitado internaciones prolongadas, promediando como grupo los diez años de permanencia en instituciones totales. Desde la teoría se puntualizan una serie de efectos comunes a todos los sujetos como consecuencia de la institucionalización prolongada. Goffman (2019a) define las instituciones totales como [...] "lugares de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (p.15). Desde Castel las instituciones se definen como totales cuando la vida del sujeto transita por una única institución (Castel (1989) citado en Arteaga, 2008). En ambas definiciones el sujeto que permanece dentro de la institución total, lo hace en situación de vulnerabilidad. Desde Goffman (2019b), entre las causas que provocan esta vulnerabilidad, se encuentran las mortificaciones que la lógica totalitaria impone sobre el Yo del sujeto mediante acciones que lo despojan de todo lo que lo identifica, lo hace reconocerse en sí mismo, afectando su identidad subjetiva. Desde Castel, la vulnerabilidad que produce transitar por una única institución, está dada por la imposibilidad de contar con diferentes soportes que inscriban al sujeto en la estructura social, y lo protejan a su vez de quedar en los márgenes de lo social (Castel (1989) citado en Arteaga, 2008).

Las causas para que un individuo transite por una única institución durante años de su vida justificado por su sufrimiento psíquico, adviene según Foucault (2005), desde la modernidad, donde el sistema mercantil comienza a desarrollarse, necesitando controlar aquellos cuerpos y fuerzas que le son productivas y aquellas que no. El nacimiento de saberes disciplinares, entre ellos la psiquiatría, tendrán a cargo el disciplinamiento de lo anormal (no productivo) y su tratamiento (Foucault 2005), creándose así los manicomios y sus lógicas de encierro.

Transitar el encierro, como se apuntó antes, implica una situación de vulnerabilidad ante relaciones de poder asimétricas entre el sistema organizativo de la institución, materializado en las personas que allí trabajan, y el sujeto internado. Esto genera la sumisión del sujeto en su vida cotidiana con actitudes de conformidad, de derrota, lo que desde Goffman (2019c) es entendido como una renuncia a la volición. Acrítico frente al poder médico, transformándose en un ser pasivo, y por tanto controlado. Esta pasividad se encuentra en relación con la pérdida de roles que el sujeto ejercía antes de ser encerrado (laborales, familiares, sociales), lo que provoca una ruptura en relación a lo que era. Al tiempo que debe internalizar un nuevo rol que es el de "interno", "loco", "enfermo", "paciente", y de no hacerlo, le será impuesto.

La organización asilar abarca el control social, no solo desde el encierro en relación con el afuera, sino generando una dinámica social interna entre las personas que allí residen y las que allí trabajan, ya que son las únicas personas con las que se podrá establecer vínculos. Todo esto afecta los procesos subjetivos del usuario viendo, viviendo y sintiendo en un contexto que será su universo objetivo sin saber hasta cuando.

Los impactos de la institucionalización ante lo expuesto, podrían pensarse como obediencia irreflexiva ante las jerarquías, principalmente las relacionadas al equipo médico o técnico, deterioro cognitivo por inactividad, pérdida de iniciativa y autodeterminación, autoestigma, pérdida de conductas de autocuidado, de habilidades de sociabilización.

Esto potencia el gran desafío que deben afrontar los usuarios a nivel subjetivo en el momento de ingresar a una estructura comunitaria, así como también generar y sostener cambios a través de los procesos de rehabilitación. Lo cual implica desde el equipo técnico intervenciones con sentido ético, desde el respeto hacia el usuario, estableciendo vínculos empáticos sin caer en la victimización.

### **Sobre la experiencia subjetiva de ser/estar institucionalizado**

Tomando como punto de partida la definición que realiza Goffman de institución total, se analizarán aspectos que desde la experiencia subjetiva de los usuarios determinan el ser/estar institucionalizado.

Como se apuntó en el apartado anterior, la definición de instituciones totales de Goffman (2019) refiere a “lugar de residencia”, en situación de aislamiento por un “tiempo apreciable”. ¿A partir de cuándo se podría decir que se está institucionalizado? ¿cuánto tiempo es “un periodo apreciable”? y ¿apreciable por quién?.

Los periodos de institucionalización que han transitado los usuarios de la Residencia son muy disímiles: en Hospital Vilardebó los periodos van desde uno a seis años, y en CEREMOS (Ex Colonias) de diez a dieciséis años. La mayoría de los usuarios relatan haber “vivido” en el Hospital” o “en las Colonias psiquiátricas”. Algunos relatan que comenzaron a sentir esta condición de “vivir” en la institución, cuando pasados los meses sus redes de sostén familiar o de amigos dejó de “aparecer”. Otros refieren que ya al ingresar habían perdido vínculo con su familia, y en cada ingreso no podían estimar el tiempo que allí estarían viviendo. Otros entienden que de no haber vivido allí, estarían en situación de calle expuestos a abusos, consumo de sustancias y descompensaciones. De todas formas manifiestan “el poder” percibir que su situación dentro de la institución era injusta, inhumana. Unos pocos agregan a esta situación, que luego de meses entendieron que “hay un vacío” en la institución: no

vuelven a la calle, su motivo de ingreso no ha pasado a juez, ya se sienten estables, y solo queda “estar ahí”.

Este vacío al que refieren como causa de ese “estar ahí”, puede relacionarse con la falta de prácticas, estrategias e intervenciones individuales, singulares y sostenidas, que permitan restituir su salud y comprender su sufrimiento intrapsíquico. O puede responder a intervenciones focalizadas en lo intrapsíquico del sujeto como algo ahistórico y natural, sin intervenir en lo que Pichon Rivier denomina la dramática familiar, que permita involucrar otros actores.

El “estar ahí”, muestra un desfase entre lo que espera el usuario, su demanda, (espera ser curado, encontrar alivio, recuperar su red de sostén, recomponer su realidad sin estar encerrado) y el nivel de intervención que la institución puede dar. Esto evidencia una relación asimétrica entre el usuario despojado de su voz y la institución que sostiene su “estar ahí” con la imposición de lógicas inherentes al encierro como eje de su tratamiento.

En la medida que los usuarios perdieron su vínculo con lo que para ellos representaba “el afuera”, comenzaron a “apreciar” que su vida sólo está siendo dentro de la institución, comenzando a construir su identidad de habitante de la misma. Es en ese momento en que el adjetivo “totalizante” cae sobre el individuo. Intentando responder las preguntas iniciales, desde la escucha de relatos de los usuarios, se podrá pensar que ese “periodo apreciable” es definido por los propios usuarios cuando la experiencia subjetiva de “estar ahí” es vivenciada como su único recurso.

### **Efectos de la institucionalización en los procesos de rehabilitación**

En el presente apartado, se exponen experiencias donde se evidencian los desafíos que presenta el proceso de rehabilitación en articulación con ciertos efectos producidos por la institucionalización prolongada que han atravesado los usuarios de la Residencia.

Respecto a las intervenciones en rehabilitación, dado la dinámica de convivencia entre usuarios y equipo técnico, se producen diferentes niveles de intervención. Un nivel refiere al plano de lo espontáneo en el contexto cotidiano, tanto dentro como fuera de la casa. Dada esta característica de espontaneidad, en este nivel no es un recurso la planificación. El equipo técnico deberá contar con la habilidad para identificar estos eventos y transformarlos en oportunidades de aprendizaje. Otro nivel de intervención relacionado con la convivencia usuarios-equipo técnico, refiere a la saturación que esto puede generar. Se podría definir como “intervenir sin intervenir”, retirarse como forma de respetar los tiempos individuales y grupales, generando espacios para el despliegue de la autonomía y el vivir.

### **10.1 Desplegar nuevos modos de habitar lo cotidiano**

En los primeros meses, ante la dinámica que propone la Residencia, algunos usuarios se notaron desorientados ante el hacer cotidiano. Eligiendo la pasividad al momento de tomar decisiones, mostrándose obedientes por no diferenciar sugerencias de órdenes. Otros sostenían y defendían rutinas intentando adaptar/encastrar lo actual al pasado o el pasado a lo actual, a pesar de tener nuevas opciones para nuevas formas de hacer. Algunos ejemplos de esto son las dificultades para organizar sus espacios privados, manteniendo sus pertenencias en bolsos, permanecer horas inactivos, no salir de la Residencia, dificultades para sostener la higiene personal (dado que no hay un horario establecido para ducharse, o por entender que no hay agua caliente durante todo el día), no saber cuándo lavar su ropa, o intentar ubicarse en el rol de “ayudantes” del equipo.

En otros casos, se presentan dificultades para encontrar un nuevo sentido a su cotidianidad. Si bien pueden manifestar que sus condiciones de vida han mejorado, sobreviene la angustia por la pérdida de su mundo de referencia, construido durante años dentro de la institución, conformado por amistades, rutinas, lugares, códigos internos y formas de vincularse. Este estado de desarraigo, es abordado por el equipo técnico de la Residencia en coordinación con el equipo de Policlínica. Desde la Residencia se brinda la escucha y el diálogo para dar palabras a la angustia, y concientizar sobre la posibilidad de nuevos sentidos vitales. Esto al tiempo que se realiza, junto con los usuarios, la planificación de actividades relacionadas con sus deseos, tanto dentro como fuera de la Residencia. Generalmente las propuestas de estos usuarios se refieren a actividades que no han podido realizar por estar institucionalizados. Desde salir a caminar por el barrio, visitar a familiares, realizar actividades recreativas o educativas, hasta redescubrir lugares de la ciudad que hacía mucho tiempo no visitaban.

Pasado el tiempo, y siendo acompañados en el proceso de abandonar la demanda de ser organizados por un otro, han logrado encontrar algunos nuevos sentidos al cotidiano, han establecido sus propias rutinas, se han apropiado de los espacios que brinda el barrio y la Residencia. Esto los hace creadores y por tanto partícipes activos de su vida cotidiana.

Por tanto, se puede afirmar que si se brindan los apoyos necesarios y un contexto habilitante, es posible lograr niveles de autonomía y autodeterminación, entendida esta última como forma de concretar las decisiones personales en conformidad con el propio deseo.

### **10.2 Sobre los vínculos con el equipo**

Dentro de las lógicas institucionales se establece un orden de jerarquía que abarca a trabajadores y usuarios. Este orden jerárquico mantiene a los funcionarios en un lugar de ejercicio de poder y saber y al usuario en el lugar de obedecer, limitando y en algunos casos

anulando, posibilidades de participación y autodeterminación. Teniendo esto en cuenta, dentro de la Residencia, acontece un desencuentro entre el lugar que ocupa el equipo técnico y el lugar que los usuarios le asignan. Como parte del proceso de rehabilitación, las prácticas e intervenciones que realiza el equipo, están dirigidas a acompañar y brindar los apoyos necesarios para que los usuarios sean lo más autónomos posible en todos los aspectos de su vida. Desde los usuarios, la demanda hacia el equipo es que este brinde soluciones, organice la convivencia, y se los asista.

Desarticular estos modos de relacionamiento, exige al equipo no ceder espacio a la tutela y asistencia, como opuestos al empoderamiento. Implica proponer la construcción de vínculos que demanden la participación activa del usuario, incitando a que paulatinamente construya un nuevo rol en la relación usuario-equipo. Un rol diferente al que tenía adjudicado dentro de la institución, que le permita reconocerse como actor y como hacedor de la trama vincular. Evitar acciones de sobreprotección, infantilización y victimización contribuye a nuevos procesos subjetivos que se pondrán en juego en todas sus relaciones vinculares.

### **10.3 Participación**

La participación como acción rehabilitante y los impactos positivos en la salud excede este trabajo, de todas formas dado que la Residencia es un recurso de orden comunitario para los usuarios, se expondrán experiencias significativas de participación. Dentro del proceso de rehabilitación, la participación se despliega en diferentes niveles: en la construcción de su proyecto personal, la participación grupal y en la comunidad.

Respecto al proyecto vital, debe ser construido por el usuario, independientemente de los apoyos que necesite para definirlo y ejecutarlo. No es posible llevarlo adelante si el usuario no pone en juego su deseo. Ejemplo de esto dentro de la Residencia son dos usuarios que se propusieron como proyecto retomar sus trayectorias educativas, siendo el 2021 su segundo año de concurrencia a sus respectivas instituciones educativas. La construcción de su rol de estudiantes dentro y fuera de las instituciones como inscripción en el plano social, impactó significativamente en la vida de estas personas reflejado en aumento de su autoestima, aprendizajes en la organización de actividades y horarios, cuidados en su presentación personal, preparar y transitar instancias de evaluación, ser parte de un grupo de alumnos. Uno de los mayores desafíos que se ha presentado en relación a sus largos periodos de institucionalización son opuestos en cada uno. Uno de los usuarios debió aprender a trasladarse solo hasta la institución educativa y despojarse de lo ansiógeno que le resultaba circular solo en las calles, mientras el otro, su deseo de realizar actividad fuera de la Residencia le provocaba altos niveles de ansiedad, pudiendo realizar sólo acciones dirigidas a su salida e incluso salir antes de tiempo.



Dentro de la Residencia el mayor órgano de participación es la asamblea semanal. Este es un espacio compartido por todos los usuarios, donde resuelven aspectos organizativos de interés e implicación para todos. Aunque se deben valorar todas las formas de participación dentro de la Residencia, ya que algunas personas, se sienten más seguras participando de otros espacios grupales más pequeños y menos estructurados. Estos espacios, como cocinar en grupos pequeños, los juegos de mesa o el diálogo directo con miembros del equipo, ofician como facilitadores en algunos usuarios para expresar sus opiniones. El trabajo del equipo consiste en mantener estos espacios, a la vez que lograr que todos los usuarios, con sus características singulares, se apropien del espacio de asamblea.

#### **10.4 Las consultas médicas**

En el primer nivel de atención, los usuarios cuentan con su Policlínica de referencia. Las más frecuentes y comunes a todo el grupo, son las consultas a Médico de Familia y Médico Psiquiatra. En los primeros meses concurren acompañados, ya que no conocen la Policlínica, así como tampoco el camino de ida y de regreso. Esta es otra oportunidad para incorporar conocimientos de urbanización, manejo de tarjeta de transporte, identificar referencias en el recorrido de bus.

A su vez, la espera para ingresar a las consultas es una oportunidad para que el usuario identifique el personal de referencia de cada sector, así como un tiempo para promover la reflexión sobre la instancia de consulta. Al ser motivados a pensar sus demandas, los usuarios responden que no las tienen, “que el médico les dirá”. Comienzan ubicándose en un lugar pasivo frente al saber médico, argumentando con cierto conformismo, que no serán escuchados. Así, se normalizan dolencias o estados que provoca su medicación, sin poder identificar qué ayuda puede brindarles al respecto su Médico de Familia, su Psiquiatra, u otro profesional. Esta actitud pasiva, conformista e internalizada, se trabaja en la Residencia a través del diálogo en forma individual o integrando a sus pares si el usuario lo habilita, a modo de ampliar el proceso reflexivo y favorecer el intercambio de ideas. Se trabaja sobre el valor que tiene su saber como únicos expertos de su propio sentir, el derecho a ser escuchados por los profesionales de la salud. Surge de parte de un usuario la demanda de no querer dormir durante la tarde, que a él en realidad nunca le gustó “hacer siesta”, pero ahora menos porque hay cosas para hacer, pero de todas formas se duerme durante la tarde. Se incentiva su participación activa en su consulta mediante el planteo de su demanda y la evaluación en conjunto con su médico de dicha situación. Su planteo es escuchado, y en forma paulatina se adecua su dosis de medicación a su contexto actual. Recibe información sobre los cambios realizados y los controles pertinentes para la evaluación de los mismos. Esto actuó como un reforzador positivo para continuar pensando y evaluando otras situaciones en otros usuarios.

### **10.5 Sobre las pertenencias personales y su cuidado**

Dentro de las instituciones los usuarios debían custodiar sus pertenencias, valiéndose en algunos casos de cadena y candado para evitar que otros usuarios se las quiten. Varios describen una alerta continua, “dormir con un ojo abierto”, para cuidar objetos personales.

Nuestros objetos personales nos identifican siendo soportes de nuestra presentación frente a los otros. Dentro del contexto institucional este significado se potencia, en tanto cuidarlos y conservarlos, es un intento que realiza el individuo para sostener su identidad. Dentro de la Residencia cada usuario cuenta dentro de su dormitorio con su armario personal y mesa de noche para guardar sus pertenencias. Se presenta la situación de un usuario que quita su ropa de los tendederos antes de que se seque y la usa húmeda. Al preguntarle porque no esperar a que la ropa esté seca para usarla, responde que sí espera corre el riesgo de perder la ropa en manos de otros usuarios, y no le fué fácil encontrar ropa de su agrado. En esta situación se trabaja con el usuario brindándole apoyo en la organización de sus lavados, buscando horarios que le reporten más confianza para tender su ropa, así como los efectos sobre su salud e higiene personal. Esta conducta se extingue al poco tiempo

### **10.6 Sobre el automodelado de la conducta**

Se ha generalizado entre los usuarios una estrategia que surge a raíz de una problemática individual con un usuario. Este usuario en varias ocasiones expresaba su malestar de forma repentina diciendo “no estoy de humor, no quiero que me hablen, ¿no se dan cuenta?”, tal como lo hacía, según su discurso, en la institución para evitar ser molestado. Ante la reiteración de esta conducta y los conflictos interpersonales que esto generaba en la convivencia, se le sugiere como posibilidad utilizar el espacio de asamblea para expresar su malestar sin la obligación de exponer detalles personales. Se le ayuda en el proceso reflexivo sobre la no asertividad comunicativa, y el lugar de desconcierto en que quedan sus compañeros. El usuario propone una frase corta y concreta como “código” para utilizar cuando vuelva a surgir su malestar. Una vez que logra compartir en el espacio de asamblea parte de las causas de su malestar, así como su nueva forma de dar aviso de “mal día”, se generan movimientos en el usuario y en el grupo. El usuario logra sentirse aliviado y un tanto contenido por el grupo, al tiempo que descomprime conflictos interpersonales. Desde el grupo surgen respuestas como “ahora entiendo” o “porque no avisaste”, lo que refuerza su necesidad de comunicarse a futuro. Así como el despliegue de cierta empatía entre pares, ya que algunos comparten sus estrategias personales cuando se sienten de forma similar.

Otras conductas que se relacionan con el encierro institucional prolongado, son aquellas en que el usuario se extralimita en su accionar por no haber podido por años salir, estudiar, visitar a su familia, salir a bailar, visitar lugares de interés. Si bien esto tiene una faceta vital muy importante en el proceso individual, es necesario ayudar a organizar prioridades y

objetivos personales, de forma que el usuario pueda sostener todas sus actividades. Ayudar a alcanzar cierta organización y decidir qué tiempo dedicará a cada actividad. Organizar y decidir sus tiempos de estudio, acordar con un otro familiar o amigo cuando visitarlos, horarios de sus lugares de interés, costos asociados.

### **Reflexiones finales**

El presente trabajo se enmarca en la reforma de atención en salud mental que nuestro país intenta concretar a partir de la aprobación del nuevo marco jurídico aprobado en 2017. Se analizan las ideas centrales de la ley, tomando dimensiones como su concepción de salud integral, los derechos humanos y el modelo de atención a desarrollar. El recorrido histórico previo, evidencia los principales puntos de inflexión en el contexto nacional e internacional que nos hacen arribar a una nueva ley. El principal objetivo de esta ley consiste en asegurar que la atención y las prácticas en salud mental, se efectúen sobre una base de respeto a los derechos humanos, por tanto los procesos de desinstitucionalización resultan claves para su cumplimiento. El cambio desde el modelo asilar al de salud comunitaria, es paulatino, y llevará tiempo que se concrete por completo. Por lo cual, una de las principales tareas que tenemos hoy, es evaluar lo que sí se ha hecho, los logros alcanzados del modelo comunitario, y las Residencias con apoyo son parte de estos logros. En esta línea, este trabajo es realizado desde lo posible en el campo de la Salud Mental. El trabajo de articulación de experiencias que son parte de los procesos de rehabilitación psicosocial en personas con institucionalización prolongada, demuestra lo que es posible y no solo lo probable. Por lo que las Residencias con Apoyo, ajustadas al marco técnico presentado, son un recurso comunitario que debería continuar desarrollándose, ya no como alternativa al modelo asilar, sino como recurso en sí mismo para el abordaje en salud mental. De todas formas es un recurso a evaluar, y que nos posiciona en la pregunta de ¿cómo continuar?. Y de allí a más interrogantes, ¿qué opciones tienen luego de la Residencia con Apoyo, aquellas personas con internaciones prolongadas que alcanzan niveles de autonomía a través del proceso de rehabilitación? ¿Se deben desarrollar estructuras con menores niveles de apoyo? Teniendo en cuenta la edad de algunas personas que son externadas de las intuiciones, donde la posibilidad de inserción laboral/familiar se reduce y sus ingresos económicos son bajos, ¿deben continuar en las Residencias con Apoyo? o ¿debemos generar nuevas alternativas para ellas?.

De cara a desarrollar más estructuras alternativas, ¿contamos con recursos humanos especializados para su atención? Desde la academia, se deben producir cambios en los programas de formación ajustados a este tipo de estructuras? De ser necesarios, ¿cuáles serían estos cambios?.

Otro punto a reflexionar, es ¿cuál es el lugar donde el Psicólogo podría ejercer su rol en estas estructuras?, ya que por el momento, no forma parte de las recomendaciones del marco técnico en referencia a la formación del equipo de atención. ¿Podría ejercer su rol habilitando espacios de sostén al equipo técnico como grupo?, así como espacios de reflexión para pensar sus prácticas? ¿Podría brindar herramientas para elaborar aspectos transferenciales y contratransferenciales propios de la práctica y el vínculo? Son preguntas en condicional, que deben ser pensadas sus respuestas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administración de Servicios de Salud del Estado. (s/f). Misión y Visión.  
<https://www.asse.com.uy/contenido/Mision-y-Vision-2113>
- Administración de Servicios de Salud del Estado. (2018). Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE. Diagnóstico de situación.  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiYrebo6l\\_2AhUrIrkGHd-WD5UQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.asse.com.uy%2Faucdocumento.aspx%3F10377%2C71011&usg=AOvVaw3bX9cTOwV6Oog0D4YHyHOK](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiYrebo6l_2AhUrIrkGHd-WD5UQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.asse.com.uy%2Faucdocumento.aspx%3F10377%2C71011&usg=AOvVaw3bX9cTOwV6Oog0D4YHyHOK)
- (2018). Propuesta para la implementación de la nueva Ley SM en ASSE. 1era. Etapa 2019-2020. (Resumen).  
<https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10377,70787>
- (2020). Documento Técnico. Residencia con Apoyo. Versión 1.  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjU9\\_WmkpD2AhUVGLkGHV0RBbAQFnoECAIQAQ&url=http%3A%2F%2Fplataforma.fundacionmanantial.org%2Fsystem%2Ffiles%2Fnormatecnica\\_residencia\\_con\\_apoyo\\_asse\\_26\\_7\\_2020\\_2.pdf&usg=AOvVaw20SwYq8Vc2UO0fpATRSXhJ](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjU9_WmkpD2AhUVGLkGHV0RBbAQFnoECAIQAQ&url=http%3A%2F%2Fplataforma.fundacionmanantial.org%2Fsystem%2Ffiles%2Fnormatecnica_residencia_con_apoyo_asse_26_7_2020_2.pdf&usg=AOvVaw20SwYq8Vc2UO0fpATRSXhJ)
- Apud, I., Techera, A., Borges, C. (2010). La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. CSIC. UdelaR.
- Ardila, S., Galende, E. (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Comunitaria. Salud Mental y Comunidad. pp. 39-50  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjG6LXniZD2AhW3pZUCHblfCXyQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.bibliopsi.org%2Fdocs%2Fcarreras%2Fobligatorias%2FCFG%2Fsalud%2Fstolkiner%2Fel%2520concepto%2520de%2520comunidad%2520en%2520la%2520salud%2520mental%2520comunitaria.pdf&usg=AOvVaw1d3bwLmoGsrJgpqUt6Rmzf>
- Arteaga Botello, Nelson. (2008). Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel. Sociología. México. Volumen 23(68), pp. 151-175.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-01732008000300006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732008000300006&lng=es&tlng=es)

Baroni, C. (2018). Tiempos de desencerrar. Aportes para pensar la Ley de salud mental en Uruguay. Hemisferio izquierdo.

<https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2018/10/09/tiempos-de-desencerrar-aportes-para-pensar-la-ley-de-salud-mental-en-uruguay>

Basaglia, F. (2008). La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio. Editorial Topía.

<https://proletarios.org/books/Basaglia-La-condena-de-ser-loco-y-pobre.pdf>

Cassarotti, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en Uruguay. Revista Uruguaya de Psiquiatría. Volumen 71 No.2 pp. 153-163

<https://www2017.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/histpsiq-casarotti.pdf>

de León, N. (coord.). (2013.). Salud mental en debate : pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental. CSIC..UdelaR.

Ferrante, M. D., & Loiacono, R. (2013). Violencia institucional y sufrimiento psíquico en instituciones totales. Encrucijadas de la modernidad tardía. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

<https://www.aacademica.org/000-054/525.pdf?view>

Foucault, M. (2005). Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2007). El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974). Fondo de Cultura Económica.

Ginés, A., Porciúncula H., Arduino M. (2005). El Plan de Salud Mental: 20 años después. Evolución, perspectivas y prioridades. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 71 N° 2. pp 129-160

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCm7e5i5D2AhX6pZUCHbKLC\\_kQFnoECAUQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.spu.org.uy%2Frevista%2Fdic2005%2F03\\_1\\_asm.pdf&usg=AOvVaw33C-zCKS25j5QUZg8Le06x](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCm7e5i5D2AhX6pZUCHbKLC_kQFnoECAUQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.spu.org.uy%2Frevista%2Fdic2005%2F03_1_asm.pdf&usg=AOvVaw33C-zCKS25j5QUZg8Le06x)

Goffman, E (2019). Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu Editores.

Hernandez, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitutionalización y la recuperación. Revista Asociación Española de Neurología. Volumen 37(131). pp. 171-187.

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. (2013). II Asamblea de Derechos Humanos. Documento de síntesis. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=creacion+de+asamblea+instituyente#>

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. (2020). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027.

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi9mNvH8Y\\_2AhVWGbKGHdnhDKsQFnoECAYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gub.uy%2Finstitucion-nacional-derechos-humanos-uruguay%2Fcomunicacion%2Fnoticias%2Fmsp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027&usg=AOvVaw0eXSL1202j13HowgzwwYMX](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi9mNvH8Y_2AhVWGbKGHdnhDKsQFnoECAYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gub.uy%2Finstitucion-nacional-derechos-humanos-uruguay%2Fcomunicacion%2Fnoticias%2Fmsp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027&usg=AOvVaw0eXSL1202j13HowgzwwYMX)

Ley Nº 9581. Ley de Asistencia al Psicópatas (8 de agosto de 1936).

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi-nq-L-o\\_2AhVXGbkGHZbBCkgQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Ftbineternet.ohchr.org%2FTreaties%2FCAT%2FShared%2520Documents%2FURY%2FINT\\_CAT\\_ADR\\_URY\\_16764\\_S.pdf&usg=AOvVaw2-nynC-sfbye9WV01Q3skx](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi-nq-L-o_2AhVXGbkGHZbBCkgQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Ftbineternet.ohchr.org%2FTreaties%2FCAT%2FShared%2520Documents%2FURY%2FINT_CAT_ADR_URY_16764_S.pdf&usg=AOvVaw2-nynC-sfbye9WV01Q3skx)

Ley Nº 11139. Ley Patronato del Psicópata (16 de noviembre de 1948).

<http://www.impo.com.uy/bases/leyes/11139-1948>

Ley Nº 17866. Ley Creación del Ministerio de Desarrollo Social. (21 de marzo de 2005). <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17866-2005/5>

Ley Nº 18211. Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. ( 5 de diciembre de 2007).

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/22>

Ley N.º 19529. Ley de Salud Mental (24 de agosto de 2017).

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

Ministerio de Salud Pública (1986). Plan Nacional de Salud Mental.

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

Ministerio de Salud Pública (2012). Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud. MSP.

Ministerio de Salud Pública (2015). Camara de Senadores. Comisión de Salud Pública. Salud Mental.

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwipkY6Uqfj1AhUTlRkGHbRRDy4QFnoECDMQAQ&url=https%3A%2F%2Flegislativo.parlamento.gub.uy%2Ftemporales%2Faresuelveref.aspx%3FDISTRIBUIDO%2CS%2F2015%2F12%2F15%2F0347%2F0525%2F00%2F%2FCON%2FPDF%2F%2527%2Fdistribuidos%2Fcontenido%2Fsenado%2FS20151215-0347-0525-00.pdf%2527&usg=AOvVaw1wwZ8lyTPbNQ4jcBM1Wjaz>

Ministerio de Salud Pública (2019). Ordenanza Nº 1046/2019. Red de atención Salud Mental.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1046019-red-atencion-salud-mental>

Organización Mundial de la Salud (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata.

<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Organización Mundial de la Salud (1990). Declaración de Caracas.

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwijt\\_3Ah5D2AhXRpZUCHVqVAgIQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fhq%2Fdmdocuments%2F2008%2FDeclaracion\\_de\\_Caracas.pdf&usg=AOvVaw1isct1ZpZ0TQJ-zX5CINYU](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwijt_3Ah5D2AhXRpZUCHVqVAgIQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fhq%2Fdmdocuments%2F2008%2FDeclaracion_de_Caracas.pdf&usg=AOvVaw1isct1ZpZ0TQJ-zX5CINYU)

Organización Panamericana de la Salud (2005) Principios de Brasilia.

[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=rdmore&cid=5188&item=salud-mental&type=mandates&Itemid=40870&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=5188&item=salud-mental&type=mandates&Itemid=40870&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud (2005). Declaración de Montevideo. Nuevas orientaciones de la atención primaria en salud.

<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-montevideo-nuevas-orientaciones-atencion-primaria-salud-2005>

Penino, R., Perdomo, A., de León, N. (2013). 20 años de Puertas Abiertas, devenires vitales en el Hospital Vilardebó. En de León, N. (ccord). Salud mental en debate : pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental.(pp. 221-227). CSIC. UdelaR.

Romano, S. (2017). Oportunidades y desafíos de la Ley 19529. Revista de Psiquiatría del Uruguay.

[http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/01\\_EDIT.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/01_EDIT.pdf)

Saavedra, F. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro. Volumen 18, n.1, pp.121-139.

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&c>



[ad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwizmPi93Zv2AhWVqpUCHSZ-AEIQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Farticulo.oa%3Fid%3D386138054008&usg=AOvVaw24dCeYuQnKTQo0Lz0i9JCC](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3D386138054008&usg=AOvVaw24dCeYuQnKTQo0Lz0i9JCC)

Stolkiner, A. [Facultad de Psicología Universidad de la República ]. (2022, febrero,16). Mesa: Intersectorialidad, salud mental y derechos. [Archivo de video]. YouTube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=XotYi9gwqTA&t=3919s>

Szasz, T. (1994). El mito de la enfermedad mental. Amorrortu Editores.  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjuk4OPgpD2AhUPqpUCHUkzDAYQFnoECAQQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.pensamientopenal.com.ar%2Fsystem%2Ffiles%2F2015%2F01%2Fdoctrina40175.pdf&usg=AOvVaw1obrOd1296THdVUhYbt3s>

Vilardevoz (s/f). Vilardevoz. Locos por la radio. Que es Vilardevoz [Mensaje en blog]. Blog Vilardevoz.  
<http://vilardevoz.blogspot.com/p/que-es-vilardevoz.html>