



Universidad de la República

Facultad de Psicología

**Perspectivas de las personas usuarias en relación a sus trayectorias
por los dispositivos y prácticas de Salud Mental**

Trabajo Final de Grado

Pre-proyecto de investigación

Estudiante: Evelyn Janeth da Silva Ramírez. CI: 4.872.849-4

Tutora: Prof. Adj. Dra. Adriana Molas

Revisor: Prof. Agdo. Dr. Jorge Chávez Bidart

Montevideo, Uruguay

Julio, 2022

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Fundamentación	3
Antecedentes	8
Marco conceptual	13
Paradigmas en Salud Mental.....	13
Locura, enfermedad mental, trastorno mental, y Salud Mental.....	14
Desmanicomialización, desinstitucionalización.....	17
Dispositivo alternativo.....	18
Participación.....	19
Planteamiento del problema de investigación	20
Preguntas de investigación	21
Objetivos de la investigación	21
Objetivos generales.....	21
Objetivos específicos.....	21
Metodología	22
Técnicas a utilizar.....	23
Criterios de selección de participantes.....	23
Criterios de análisis.....	24
Cronograma de ejecución	24
Consideraciones éticas	24
Valoración de riesgos y beneficios.....	25
Resultados esperados y plan de difusión	25
Referencias bibliográficas	26

RESUMEN

El presente proyecto de investigación pretende conocer sobre las experiencias, significaciones, valoraciones y perspectivas de las personas usuarias que integran el dispositivo comunitario “Movimiento para las Autonomías”, en relación a sus trayectorias por los diversos dispositivos y prácticas de salud mental.

La selección de los participantes se orientará a tres personas que hayan transitado anteriormente por uno o más dispositivos hospitalarios y que actualmente estén formando parte del dispositivo comunitario mencionado.

La metodología de investigación será de tipo cualitativo, utilizando las entrevistas en profundidad, la observación participante, revisión de material bibliográfico y documentos institucionales.

Se realizarán conceptualizaciones sobre la Locura, Enfermedad Mental, Trastorno Mental, y Salud Mental, lo cual se encuentra asociado al concepto de Paradigma. También se abarcarán los conceptos de Desinstitucionalización y Desmanicomialización, Dispositivo Alternativo, y Participación.

Teniendo en cuenta de que las investigaciones que incluyen la perspectiva de las personas usuarias en nuestro país son escasas, y que la Ley 19.529 de Salud Mental promueve la investigación en el área de la Salud Mental, se pretende contribuir a la producción de conocimientos que aporten la perspectiva de las personas usuarias al desarrollo de nuevas modalidades de atención, en el marco de las transformaciones que dicha ley propone.

A su vez se busca promover la participación activa de las personas usuarias, el despliegue de subjetividades por medio de sus narrativas, y se pretende dar visibilidad a los dispositivos comunitarios como modelos alternativos de atención en Salud Mental.

Palabras claves: Salud mental, personas usuarias, perspectivas.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se propone conocer y describir, a partir de las narrativas de las personas usuarias que forman parte del dispositivo Movimiento para las Autonomías, sobre las experiencias, significaciones, valoraciones y perspectivas en relación a sus trayectorias por los dispositivos de atención en salud mental.

A partir de que en nuestro país las investigaciones que involucran la participación y la perspectiva de las personas usuarias de Salud Mental son escasas, es relevante poder contribuir a generar conocimiento desde los propios protagonistas.

Este pre-proyecto se realizará en base a la selección de tres personas usuarias adultas participantes del dispositivo comunitario “Movimiento para las Autonomías”, que anteriormente hayan transitado por uno o más dispositivos hospitalarios.

En cuanto a la problemática, según estudios antecedentes (Batista, Michalewicz, entre otros) el atravesamiento de las personas usuarias por situaciones de internaciones psiquiátricas enmarcadas en el funcionamiento de las lógicas manicomiales, ha generado diversas consecuencias relacionadas al estigma social, el rechazo y la desacreditación de las mismas, que afectan sobre todo en la posibilidad de ejercicio de sus derechos y en su participación social. La escasa participación y consideración de las personas usuarias genera cierta disconformidad en los mismos, al sentirse excluidas y poco escuchadas. Desde este punto de vista, es relevante poder contribuir a generar investigaciones que comprendan las propias voces de las mismas, dando visibilidad y reconocimiento a sus perspectivas sobre las prácticas y servicios de atención en salud mental.

Se utilizará una metodología cualitativa con un enfoque biográfico narrativo, a modo de propiciar la escucha de las narrativas de las personas usuarias cuyos discursos han sido oprimidos y silenciados, y de generar una participación activa de los mismos.

La investigación se llevará a cabo en dispositivo mencionado, esta elección se debe principalmente a mi anterior transcurso por el mismo, el cual surge en el marco de la práctica pre profesional “Efi Apex Interdisciplina” propuesta por el Instituto de Psicología Social de la Facultad de Psicología y llevada a cabo entre marzo y noviembre del año 2020.

El dispositivo socio-productivo y multidimensional “Movimiento para las Autonomías” tiene sus puntos de anclaje en el PTI-Cerro, el Parque Público Punta Yeguas y con proyección en el PAGRO. Este parte de una mirada integral y comunitaria de la salud con un enfoque de respeto hacia los derechos humanos, y se caracteriza por la promoción de la integración socio-productiva, educativa y laboral de las personas y

colectivos que hacen uso de los servicios de salud mental. Además, comprende diversos programas, colectivos y actores que trabajan de forma intersectorial e interdisciplinaria, y se organiza en tres ejes: trayectorias individuales, grupos (“Compaz”, “Juntas Podemos”, “Carancho”) y organización del trabajo en red.

Durante el periodo mencionado, me incorporé en equipos de trabajo interdisciplinarios y participé de múltiples espacios, realizando atención y acompañamientos psicosocial a personas usuarias que asistían al mismo. Las experiencias adquiridas en este dispositivo, fueron de gran relevancia en mi trayectoria como estudiante, ya que me permitieron comprender y sensibilizarme con diversas problemáticas del territorio, tener un acercamiento a diversas situaciones de vulnerabilidad y enriquecer mi proceso de formación. Esta participación me generó interrogantes, y marcó un punto de partida en mi interés por seguir explorando, investigando y generando conocimiento en el área de la salud mental, y es en base a este escenario que surge este proyecto. El mismo va a partir desde una perspectiva de salud integral y comunitaria, con un enfoque de respeto a los derechos humanos, y surge en el contexto actual, donde se han vivenciado importantes transformaciones en relación a la Salud Mental, las cuales se irá abarcando.

FUNDAMENTACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), los “trastornos mentales” son la principal causa de discapacidad a nivel mundial, se estima que una de cada cuatro personas se verá afectada a lo largo de su vida por algún problema de salud mental, siendo las personas más pobres y más desfavorecidas de la sociedad las que mayores riesgos corren y también las que menos probabilidades tienen de recibir los servicios adecuados.

La Organización Panamericana de la Salud (2020) señala que los estudios epidemiológicos han demostrado que alrededor 1 de cada 5 niños, niñas y adolescentes es diagnosticado con un “trastorno mental”. Pero como se menciona, a pesar de estas cifras, en los países de bajos ingresos el presupuesto asignado a salud mental representa el 0,5% del presupuesto general de salud, mientras que en los países de altos ingresos este porcentaje asciende a 5.1%

Continuando con la Organización Mundial de la Salud (2008), en otro de sus informes se plantea la necesidad de que la salud mental se integre en los sistemas de salud de todos los países a partir de cambiar las políticas, las prácticas y los sistemas de prestación de servicios a fin de garantizar que se asigne la prioridad necesaria para reducir la carga de “trastornos mentales”.

En este sentido, la OMS alude a esta problemática en términos de “trastorno mental”, el cual ha tenido una gran difusión a nivel global, tanto en el ámbito de la Salud Mental como en las políticas públicas de los Estados; sin embargo, es un término muy debatido y discutido tal como se abordará más adelante en el capítulo teórico. En este punto, es importante mencionar que en este proyecto de investigación utilizaremos el término “sufrimiento psíquico o mental” para aludir a un sujeto que sufre, comprendido en su contexto de vida.

En cuanto a la situación de nuestro país, nos encontramos actualmente en un proceso de implementación de la Ley N° 19.529 de Salud Mental, la cual propone la desinstitutionalización de las personas con “trastorno mental” con un progresivo cierre de estructuras asilares y monovalentes para el año 2025 y la sustitución definitiva a partir de la creación de sistema de estructuras alternativas (Ley N° 19529 de Salud Mental, 2017). Además, como plantea esta ley, se prohíbe la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, y los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento hasta ser sustituidos por dispositivos alternativos. Por otro lado, se prohíbe el ingreso de nuevas personas usuarias a estructuras asilares, así como también la internación de personas en los establecimientos asilares existentes de cara al cierre definitivo de los mismos. A partir de esta ley, se visibiliza la necesidad de un cambio en las modalidades de abordaje.

Cabe destacar, que en el marco de la aprobación de esta ley en el año 2017, la Universidad de la República creó la Comisión asesora al Área Ciencias de la Salud en Temas de Salud Mental, con el fin de aportar a su implementación desde una perspectiva académica y universitaria. Esta Comisión se propone analizar el proceso de cambio de modelo en la asistencia socio-sanitaria y contribuir al proceso de cambio de paradigma propuesto en el marco de la Ley de Salud Mental N°19529. La misma está integrada por referentes de docentes, estudiantes y egresados/as de diferentes Facultades de la UdelaR, y referentes de los diferentes Servicios, Escuelas y el Programa APEX del Área Ciencias de la Salud, entre otros. (Comisiones internas y asesoras al Área).

A partir de este hecho, se puede ver la relevancia que el tema de la Salud Mental para la propia Universidad. “En el proceso de desmanicomialización la Universidad de la República y sobre todo la Psicología han tenido un papel fundamental para poder pensar e incidir en un cambio de paradigma en la salud mental” (Baroni, 2016: 3).

Continuando con este apartado, a modo de contextualización, es relevante mencionar algunos hechos históricos en relación a la locura que repercutieron en la situación actual de la salud mental de nuestro

país, y señalar brevemente sobre los paradigmas relacionados al modelo de atención de salud mental y las construcciones sociales predominantes de cada época. Para ello tomaré la distinción de paradigmas de Sebastián Batista (2019), quien identifica la existencia de tres tipos de paradigmas de comprensión de la Salud Mental en los últimos 700 años: el paradigma de la locura, el paradigma de la enfermedad mental y el paradigma de la salud mental.

Siguiendo este ordenamiento y con respecto al paradigma de la locura, según Foucault (2014) en el siglo XVII la locura comienza a estar ligada a la tierra de los internados y se comienza a desarrollar el encierro manicomial destinado a aquellas personas que causaban desorden en la sociedad. Posteriormente, a partir del siglo XVIII, el paradigma de la locura comienza a dar lugar a un nuevo paradigma basado en la enfermedad mental, un concepto formulado por la medicina. Este hecho “inaugura la institucionalización de la locura por la psiquiatría y el ordenamiento del espacio hospitalario por dichos profesionales, [...] propiciando una estructura de castigo y tratamiento” (Noelia López y Clara Weber, s.f:2).

El aislamiento social va a ser un factor relevante que se reproduce en las lógicas asilares, el “enfermo mental” considerado como “peligroso” y amenazante para la sociedad, debía ser aislado para no perturbar el orden del espacio social ni poner en riesgo a la sociedad.

Con el surgimiento de la locura como “enfermedad mental” y con la institucionalización, se comienza a disciplinar el cuerpo del loco, donde aparece la figura del médico. Desde este modelo asilar, toda conducta desviada o considerada “anormal”, es catalogada como “enferma” y debe ser ordenada, medicalizada. Como menciona Foucault (2014) el encierro manicomial no pretende la rehabilitación del loco, sino categorizar a aquellos que moralmente no se adaptan a las reglas que impone la sociedad.

Continuando con Foucault (1992), es recién en el siglo XIX cuando aparece una nueva categoría clínica, la “alienación de derecho”, donde el alienado pasa a ser reconocido como loco e incapaz, y de esta forma se inaugura la privación del ejercicio de sus derechos, otorgando fundamento a las instituciones tutelares y manicomiales donde predominaba la psiquiatría.

Según Martín De Lellis (2014) el modelo tutelar acabó por traicionar los principios fundantes de la ética aplicada a la salud mental, tanto los profesionales como instituciones fueron partícipes de situaciones aberrantes donde se vulneró el derecho a decidir de los sujetos, generando la exclusión hacia las personas pobres y desigualdad en el acceso y la calidad de los servicios.

A partir de estos elementos entiendo que se compone un modelo tutelar que se reproduce en las instituciones manicomiales y esto me lleva a pensar la situación en Uruguay.

En base a los aportes de Ángel Ginés, Horacio Porciúncula y Margarita Arduino (2005) en nuestro país el Hospital Vilardebó, en Montevideo, y la Colonia de Alienados en Santa Lucía, constituyeron durante el siglo pasado un gran problema en el área de la salud mental, donde se generaron situaciones inaceptables, que conllevaban una penosa calidad de la internación y del asilo, el deterioro de las condiciones de asistencia y menoscabo de la dignidad de las personas. Según Nelson De León (2013) en esta época en que la internación, encierro y la asistencia asilar eran lo habitual, llegó a existir una concentración masiva de “enfermos mentales” internados en hospitales, colonias y asilos, generando dificultades para brindar una atención adecuada.

En relación a lo planteado, la ONG Mental Disability Rights International (1995) presentó un informe sobre la situación en nuestro país, en el que se plantean situaciones de maltrato, uso de psicofármacos y electroshocks existentes en los internados, así como falta de personal especializado en el área. A partir de esto, se recomiendan estrategias alternativas y comunitarias orientadas a revertir la situación, adaptándose a los principios internacionales de salud mental.

Emiliano Galende (2008) plantea la necesidad de generar transformaciones en las prácticas, aparatos administrativos estatales y creencias del imaginario social respecto a la locura para producir una atención en salud mental desde una perspectiva de derechos.

En base a lo mencionado, este paradigma basado en las estructuras asilares y las lógicas manicomiales comienza a ser discutido y cuestionado fuertemente en algunos países de Europa, lo cual desemboca en movimientos anti-psiquiatría que cuestionan el modelo manicomial basado en el encierro. Desde este contexto, como dice Cecilia Baroni (2019) a partir de los avances realizados por el movimiento antimanicomial en Europa, se lograron cerrar este tipo de instituciones y se promovieron otros tipos de abordajes para las personas con padecimientos psíquicos, y en Uruguay esa transición se ubica a partir de la década de los ochenta.

La Declaración de Caracas de 1990, dió inicio a importantes reformas en el campo de la salud mental, en la cual, como menciona De León (2013), los estados participantes, entre ellos Uruguay, se plantean superar el modelo de asistencia psiquiátrica basada en el dispositivo asilar, y luchar contra los abusos y la discriminación que sufre la población con problemas de salud mental, haciendo énfasis en la importancia de los tratamientos con una perspectiva de salud comunitaria y de respeto a los derechos humanos.

Desde este contexto y la situación que existía en nuestro país, surgen prácticas que en base a las recomendaciones de los organismos internacionales y las políticas promovidas por la OMS van a orientar e impulsar a un cambio de paradigma de salud mental. Este nuevo paradigma “estará basado en abordajes

comunitarios, centrados en la promoción y prevención en el marco de las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS)” (Baroni, 2016: 3). Estos serán impulsados por los gobiernos y por medio de sus políticas, como menciona esta autora.

A partir de esto, en el año 1986 se da la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental, el cual plantea modificaciones en el modelo de atención, gestión y financiación del Sistema de Salud.

Más adelante en el año 2005, se comenzó a llevar a cabo la reforma del Sistema de Salud con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud a partir de la Ley Nº 18.211, y en el año 2011 surge el Plan de Implementación de prestaciones de Salud Mental, que tiene como objetivo mejorar la situación de salud de la población del país, a partir de “intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de salud mental” (Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental, 2011).

Años después, a partir de diversas tensiones en el ámbito de la salud mental, comienzan a surgir movilizaciones por parte de múltiples actores y colectivos vinculados, que desembocaron en un proceso de elaboración y posterior aprobación de la Ley Nº 19529 en el año 2017.

Como menciona Jorge Basso, ex Ministro de Salud Pública en Uruguay, la creación de la Ley implicó un gran trabajo y participación de múltiples actores, entre ellos organizaciones de la sociedad civil, familiares, el Instituto Nacional de Derechos Humanos, la academia, tanto psiquiatría como psicología, Facultad de Enfermería y Ciencias Sociales. (Organización Panamericana de la Salud, 2019)

En base a la Ley, partiendo del derecho a la protección de la salud mental, se comienza a reconocer a la persona de manera integral, así pues, la atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios. Como dice la ley, “la protección de la salud mental va a abarcar acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación” (Ley Nº 19.529, 2017), con el fin de que todas las personas y principalmente aquellas con “trastorno mental severo” puedan ejercer su derecho a tener una vida digna, tal como se plantea.

Continuando con la ley Nº 19.529 (2017), de cara al cierre de las estructuras asilares y monovalentes y la sustitución de las mismas, se plantea fomentar el establecimiento de redes territoriales basadas en estructuras alternativas para la atención en salud mental que posibiliten la inclusión e inserción social de las personas con padecimientos de salud mental y la participación comunitaria. También se incitara y promoverá a la investigación en el área de la salud mental. Con respecto a esto, De León (2013) plantea que para que sean posibles los cambios del modelo manicomial al abordaje comunitario, además de voluntad política, los mismos deben de basarse en la producción de conocimientos y la investigación

desde la realidad en donde se producen los procesos, en la cual va a ser fundamental la organización y participación de las personas usuarias con una Ley de Salud Mental que los garantice.

ANTECEDENTES

En el contexto del proceso de implementación de la Ley de Salud Mental, se propone la desinstitucionalización con un progresivo cierre de las estructuras asilares y la sustitución de los mismos a partir de la creación de estructuras alternativas.

La Ley 19.529 de Salud Mental (2017), parte de garantizar el derecho a la protección de la salud mental y de eliminar toda forma de vulneración de derechos humanos de las personas usuarias. Plantea el cambio hacia un nuevo paradigma que va a estar orientado hacia un modelo de atención basado en la comunidad. Según la ley, para que esta transición sea posible va a ser necesaria una reorganización de los servicios, de las prácticas y de las instituciones de salud mental, lo cual va a implicar la orientación hacia el trabajo comunitario e intersectorial, la atención de salud mental a cargo de equipos interdisciplinarios, el enfoque desde la prevención y la promoción, así como la participación activa de las personas usuarias, que aporte al reforzamiento y la restitución de sus lazos sociales.

En base al relevamiento primario sobre las producciones teóricas en algunos países a nivel regional, el proceso de desinstitucionalización y los cuestionamientos sobre las lógicas manicomiales comienzan a desarrollarse de forma más temprana que en Uruguay. En Brasil es a partir de 1970 que comienzan a surgir los primeros movimientos antimanicomiales y las movilizaciones para adoptar un nuevo modelo de atención en salud mental. En Argentina, surge a partir del año 1988, mientras que en Chile, es aproximadamente a partir de 1990, al igual que en Uruguay, tomando como referente teórico las recomendaciones de organizaciones internacionales y los avances en la desinstitucionalización de otros países de Europa, como es el caso de Italia.

Con respecto a la revisión de investigaciones regionales sobre las reformas en Salud Mental, se observa que han habido avances con respecto al trabajo en red, la creación de dispositivos alternativos y la participación de las personas usuarias en la toma de decisiones. Pero, como mencionan Gabriela Degiorgi, Josefina Revol, Sabrina Sánchez, y María Laura Colombero, (2020), también se identifica que en base a las representaciones sociales, hay una coexistencia de dos paradigmas de atención a la salud mental. Por un lado, un paradigma asistencial centrado en la institución manicomial, que emplea una mirada reduccionista basada en el biologicismo, la enfermedad mental y la medicalización. Y por el otro, un

paradigma de carácter psicosocial basado en la integralidad, que parte desde la multicausalidad de la enfermedad mental, sin reducirla al biologicismo.

Claudia Bang, Laura Cafferata, Viviana Castaño, y Ana Inés Infantino (2020) en su investigación llevada a cabo en Argentina, plantean que en diversas prácticas en dispositivos de salud correspondientes al primer nivel de atención se puede visualizar una división entre una modalidad de atención individual y asistencial por un lado, y dispositivos comunitarios de atención por el otro, generando una fuerte tensión entre estas prácticas y sus lógicas diversas, donde emergen intereses contrapuestos. Según estos autores, las lógicas biomédicas aún se siguen reproduciendo, lo cual repercute en una situación donde lo comunitario queda subsumido bajo la impronta clínica asistencial, generando el sostenimiento de una práctica fragmentada en múltiples dispositivos.

Con respecto a esta situación en Argentina, Graciela Zaldúa, Marcela Bottinelli, Ana Tisera, María Belén Sopransi, María Malena Lenta, y Magalí Freire (2011) identifican en su investigación una vigencia del paradigma tutelar donde prevalecen los centros asilares, la falta de dispositivos sustitutos, así como la falta de articulaciones intersectoriales y políticas para poder avanzar en el proceso de desinstitucionalización.

En el análisis de la producción teórica en el marco del cambio de organización de la atención en salud mental en Uruguay, como veremos a continuación, se identifican dificultades para el avance hacia el abordaje comunitario.

María de Lourdes Pérez (2017) partiendo de un análisis y problematización de las prácticas y conceptualizaciones desde el equipo de Salud Mental Comunitaria de UDAI 2 Sayago, menciona que se identifica principalmente el predominio de una formación basada en la asistencia, la orientación hacia el abordaje individual de los problemas de salud que causa una gran demanda asistencial, y la falta de recursos a nivel presupuestal, de formación, y de profesionales que puedan sostener los espacios alternativos en salud mental. Esto incide en una baja derivación a los dispositivos comunitarios.

Con respecto a esto, Sandra Romano; Gabriela Novoa; Miriam Gopar; Ana M. Cocco; Beatriz De León; César Ureta, Gustavo Frontera (2007) en su trabajo sobre la experiencia realizada en los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) de ASSE con respecto al cambio de organización de la atención en salud mental; plantean que en cuanto a la transición del trabajo asistencial individual al trabajo en equipo, se constata la conflictividad de perspectivas a partir de modelos rígidos de funcionamiento que desacreditan enfoques diferentes.

En cuanto a la situación de las personas usuarias, según las investigaciones de Alejandro Michalewicz, Julieta Obiols, Leticia Ceriani, y Alicia Stolkiner (2011), el estigma asociado a las personas que han atravesado internaciones psiquiátricas actúa como marca permanente y ocasiona que la persona pierda el reconocimiento de su palabra, sea desacreditada y ubicada en un lugar de “no racionalidad”, afectando su posibilidad de reclamar por sus derechos.

Esto lleva a la aparición de lo que Gerry Zarb (1997) denomina como “barreras sociales”, que alude a aquellos obstáculos o restricciones que la propia sociedad impone y que impiden la plena participación social, generando la exclusión y segregación de dichas personas.

Para intentar revertir este tipo de situaciones y proteger contra la estigmatización, el MSP (2020) a través del Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 promueve una participación social activa de las personas usuarias y sus familias en los espacios de planificación y toma de decisiones, posibilitando el reposicionamiento del sujeto y el reconocimiento de sus derechos. Es fundamental tener en cuenta el derecho de las personas usuarias a tomar decisiones relacionadas con su atención y tratamiento, establecido por la Ley 19.529 de Salud Mental (2017), de manera que puedan empoderarse como sujetos activos de derecho, y ser capaces de decidir sobre su propia salud.

El MSP (2020) va a promover la participación en espacios intersectoriales y en instituciones estatales, de forma que las personas usuarias puedan contribuir en el intercambio de información y la integración de políticas públicas, donde sus demandas, opiniones y propuestas desde las organizaciones, inciden en la toma de decisiones en cuanto a temas de salud que los afectan.

En relación a los planteos del MSP, Michalewicz et. al. (2011) menciona que a partir de ser incluidas en organizaciones y poder participar en las reformas en Salud Mental, se le posibilita a las personas usuarias que en ocasiones pudieron haber sido rechazadas, poder recuperar su voz acallada, ser escuchadas y poder compartir desde su experiencia sobre las consecuencias de la medicalización y la institucionalización, lo cual aporta contrarrestar las posturas hegemónicas y mejora en el diseño de propuestas alternativas. Sin embargo, Batista (2019) en base a su investigación con personas usuarias que participaron del proceso de reforma en legislación en salud mental en Uruguay, plantea que a pesar de que la perspectiva de las mismas ha sido considerada, la participación ha sido baja en relación a la cantidad de personas involucradas en el proceso, lo cual generó cierta disconformidad con respecto a que estas personas no se sintieron escuchadas ni tenidas en cuenta en sus reclamos... “la participación de las personas usuarias no parece haber tenido mayor incidencia en los productos finales de los procesos desarrollados en el M.S.P. y el Poder Legislativo”... (Batista, 2019: 134).

A pesar de esta situación, el autor destaca que la participación en estos procesos ha mejorado el bienestar de las personas usuarias y las ha motivado a querer seguir participando desde sus organizaciones. Pero aun así, se hace necesario un mayor ejercicio de participación tanto en el marco de las políticas públicas que apoyen el nuevo paradigma de salud mental basado en los derechos humanos, como en actividades que fomenten el intercambio y reconocimiento, de forma que puedan ser escuchadas y tenidas en cuenta.

A partir del análisis de antecedentes se parte de la idea de que el paradigma tutelar aún sigue vigente, se siguen reproduciendo ciertas improntas de las lógicas manicomiales que emergen como resistencias hegemónicas ante la transición hacia un modelo comunitario.

Por otro lado, el rol de las personas usuarias ha ido cambiando, pero aún no existe una gran implicancia de las mismas en las decisiones sobre salud mental, siendo estos los principales protagonistas. Aún prevalece la idea de “paciente” como un sujeto pasivo, quien se encuentra atravesado por las lógicas institucionales propias del paradigma biomédico.

A pesar de esta situación, los dispositivos alternativos con un enfoque comunitario pueden contribuir a poder pensar a la persona usuaria desde otra perspectiva. Estefanía Sarmiento (2018) plantea en su tesina de grado, como en el tránsito por estos dispositivos alternativos, se da un desplazamiento desde el estatuto del “paciente”, el “usuario”, el “loco”, hacia poder ir reconfigurando su identidad alrededor de perfiles como ser el “vecino”, el “trabajador”, la “jubilada”, el “amigo”, etc.

Esto me permite pensar sobre la potencia que pueden tener los dispositivos alternativos para poder pensarse desde significaciones diferentes, poder reconstruir la propia identidad y luchar contra el estigma tan arraigado que trae la persona usuaria desde su tránsito por las instituciones.

En cuanto al análisis de la producción teórica sobre experiencias en cuanto a dispositivos alternativos en Salud Mental existentes en el país, se encontraron la biblioteca barrial “Bibliobarrio”, “Taller de Trabajo Sala 12 - Casa El Trébol y cooperativas Dódicí y Hamabi” como un dispositivo compuesto por varias estructuras que abordan la problemática de salud mental, “Riquísimo Artesanal”, “Radio Vilardevoz” y “Movimiento para las autonomías”, a partir de los cuales se destacará estos últimos dos, ubicados en la ciudad de Montevideo.

Baroni (2019) en su tesis doctoral plantea sobre la gran contribución del colectivo de la “Radio Vilardevoz” al proceso de desmanicomialización y desinstitucionalización de la locura en Uruguay, que mediante el empoderamiento de aquellas personas usuarias que solían ser estigmatizadas, lucharon por hacer valer su derecho a ser escuchadas y visibilizar la problemática de la salud mental. Esto conformó parte del

movimiento antimanicomial en la lucha por reivindicar el lugar que la locura tenía asignado históricamente, y por ser considerados sujetos de derecho.

Partiendo de lo mencionado, se puede pensar que gracias a la lucha y el aporte de diversos colectivos y organizaciones que conformaron el movimiento antimanicomial, hoy en día es posible pensar en otros modos de atención en salud mental, donde emergen estos dispositivos que se presentan como alternativas a las instituciones psiquiátricas.

En cuanto al dispositivo socioproductivo “Movimiento para las autonomías” ya mencionado anteriormente, parte de una mirada integral y de construcción colectiva de la salud, se encuentra integrado a la red de salud de ASSE y funciona con un equipo interdisciplinario y un equipo de referentes de ASSE. Este es abierto a la comunidad y se propone luchar contra el estigma, fortalecer las capacidades y el relacionamiento, fomentar la integración e inclusión social, así como recuperar la salud de las personas usuarias, y generar mayores grados de autonomía. Para que se den estos procesos, la participación activa de la población usuaria y la comunidad es fundamental.

Este dispositivo promueve la integración de las personas en diversas actividades: como huerta, senderismo, fortalecimiento educativo, educación física, informática y cursos variados (informática, bio construcción, carpintería, canto y guitarra, reciclaje, etc).

Según el documento institucional Dispositivo sustitutivo de Salud Mental “Movimientos para las autonomías” (s.f), como beneficios se han constatado mejoras en cuanto a la autoestima, la autonomía, los vínculos y relacionamiento, así como mejoras en la evolución del tratamiento y disminución de medicación farmacológica. A pesar de esto, la falta de presupuesto y la escasez de recursos existentes han afectado el funcionamiento y sostenimiento de algunas actividades.

A modo de finalizar este apartado, el relevamiento teórico de antecedentes, me permite pensar que aunque han acontecido importantes avances en las reformas en salud mental, aún no hay garantía de que se puedan cumplir los mandatos que plantea la ley de Salud Mental.

Jorge Rodríguez (2011) menciona que a pesar de que los países de América Latina han recorrido un largo camino por la reestructuración de los servicios de salud mental, aún prevalece una estructura en salud mental basada en modelos asilares que se reproducen en los hospitales psiquiátricos.

A partir de estas cuestiones, sumado a las dificultades y deficiencias que se han constatado, lleva a pensar que existen grandes desafíos a enfrentar para poder sostener nuevas modalidades de atención que garanticen el respeto a los derechos humanos. Para poder lograr avances en el proceso de desinstitucionalización se hace necesaria una presencia eficaz del Estado que pueda implementar

políticas públicas así como acciones eficientes que permitan revertir la hegemonía del paradigma biomédico, y que sustenten la transición hacia el nuevo paradigma.

Esta situación lleva a interrogarse acerca del porqué no se logra avanzar en el cambio de modelo en salud mental y que resistencias emergen allí.

Tomando como base algunos planteos de Pérez (2017), el trabajar desde un enfoque preventivo y de promoción de salud atendería contra el paradigma biomédico basado en la enfermedad mental. La transición hacia el nuevo paradigma, atenta a su vez contra la industria farmacéutica y el gran lucro en la comercialización de medicamentos, con los cuales las enfermedades son tratadas.

Con respecto a esto, Simon Williams, Paul Martin y Jonathan Gabe (2011) realizan un análisis crítico de la situación de la farmacopea, y en relación a la gran expansión de la farmacéutica, se visibiliza un crecimiento masivo de los mercados de medicamentos a nivel internacional, el cual se ha multiplicado exponencialmente en los últimos años. Además, plantean que no solo se trata de la fabricación y comercialización de medicamentos, sino que también las empresas farmacéuticas tienen una gran participación en lo que es el patrocinio de la definición de los “trastornos” y “enfermedades” que estos medicamentos deben tratar. Como mencionan estos autores, esto conlleva concebir las dolencias usuales como problemas médicos, ver los riesgos como enfermedades y tratar los problemas personales como médicos.

MARCO CONCEPTUAL

A modo de contextualizar el presente trabajo, se plantean algunos conceptos que me permitirán ubicar un punto de vista de inicio para poder pensar algunos aspectos claves sobre qué entiendo por salud mental, paradigmas en salud mental, locura, enfermedad mental, desinstitucionalización, entre otros conceptos.

Paradigmas en Salud Mental:

A partir de que la Ley N° 19.529 propone un cambio hacia un nuevo paradigma de atención en Salud Mental, se hace necesario plantear qué entendemos por el mismo.

Como menciona Batista (2019) lo que se dicta como verdad y realidad no son más que convenciones formuladas desde determinados grupos y actualmente la comunidad científica es el grupo que se encarga de convenir estas realidades, las cuales se traslucen en paradigmas.

Entendemos por paradigma a “las realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (Kuhn, 1986; p. 13).

A partir de los planteos de Thomas Kuhn (1986) en cuanto a la evolución del conocimiento en las ciencias naturales, el paradigma va a estar sostenido por la comunidad científica, que va a aceptar su modo de formular los problemas y encontrar las respuestas que permitan el avance del conocimiento, pero a veces surgen problemas extraordinarios a los que el paradigma no puede resolver ni responder o ha dejado de funcionar de manera adecuada en la que antes había podido funcionar. A medida que se va generando un agotamiento del paradigma, se generarían las condiciones adecuadas para la adopción de un nuevo paradigma con una visión sustitutiva. Esto daría lugar a una lucha entre paradigmas, y la elección del paradigma que predomina dependerá de cuestiones sociales, así como de su capacidad para avanzar y plantear soluciones. Estos cambios paradigmáticos son lo que Kuhn llama “revoluciones científicas”, y son avances necesarios para que la ciencia continúe evolucionando.

En relación a las diversas transformaciones y realidades que han caracterizado cada época, Batista (2019) identifica tres paradigmas: el paradigma de la locura, el paradigma de la enfermedad mental y finalmente el paradigma de la salud mental.

Como hemos visto en el relevamiento teórico de antecedentes, se ha visibilizado una coexistencia de paradigmas donde emergen tensiones de poder, conflictos y lógicas diferentes. Esto se da entre un paradigma que aún se encuentre vigente y otro que emerge a partir de Ley Nacional de Salud Mental Nº 19.529, el cual se propone superar el modelo hospitalocéntrico, asistencial y curativo, centrado en la institución manicomial y la enfermedad mental, para pasar a un modelo comunitario basado en la integralidad, que como menciona Menéndez (1992) supone un pasaje del Modelo Médico Hegemónico hacia un Modelo de Atención Primaria de la Salud.

Locura, enfermedad mental, trastorno mental, Salud Mental:

Como se mencionó al inicio, las concepciones sobre la “locura”, “enfermedad mental” y “salud mental” son construcciones sociales que han ido variando a lo largo de la historia y del paradigma predominante de cada época.

Mauricio Lugo Vázquez (2015) define la locura como “la organización de razonamientos lógicos que giran alrededor de un eje de representaciones irreales. En el meollo de cualquier locura se halla invariablemente la sintaxis hueca de un discurso que acopla formas lógicas con imágenes oníricas, visiones fantasmales” (p. 18). Desde este punto de vista, lo que es visto como normal o patológico va a variar según los criterios

sociales establecidos y los discursos predominantes que establecen lo correcto e incorrecto de acuerdo al contexto en que se vive.

En base a los planteos de Michael Foucault (1992), la locura históricamente ha sido sometida a diversos modos de visibilización y de catalogación y desde la Antigüedad, siempre hubo cierto despojo de humanidad de las personas que la padecían. Según Foucault (1999) la locura fue codificada por la psiquiatría, como peligrosa y riesgosa para la sociedad, a la vez que fue relacionada con el crimen. La psiquiatría, para poder existir como institución de saber médico fundado y justificable, debió también codificar la locura como “enfermedad”.

Thomas Szasz (1970) parte de entender a la enfermedad mental como un mito, y la considera como las formas de conducta que se desvían de ciertas normas psicosociales, éticas o jurídicas. “En la medida en que la enfermedad mental se manifiesta como un problema social, es expresión de la libertad humana: en este caso, la libertad de “comportarse mal”, de quebrantar las reglas personales y sociales de conducta. El deseo de corregir ese comportamiento y reemplazar así el desorden por el orden social no es nuevo”. (Ibídem: 220).

Continuando con Foucault (1999), en este intento de restablecer el “orden social”, la psiquiatría se basó en patologizar los desórdenes, los errores, las ilusiones de la locura, y fue preciso llevar a cabo análisis (síntomatología, nosografía, pronósticos, historiales clínicos, etc) que aproximarán lo más posible la higiene pública, así como asegurar el funcionamiento de este sistema de protección del cual estaba encargada este saber. De este modo, la psiquiatría, en la medida en que era el saber de la enfermedad mental, podía funcionar efectivamente como la higiene pública. “La prevención y la curación eventual de la enfermedad mental como precaución social, absolutamente necesaria si se querían evitar cierta cantidad de peligros fundamentales y ligados a la existencia misma de la locura” (Foucault, 1999: 116).

Esta situación “produce una demanda social en tratamiento y asistencia, distanciando el loco del espacio social y transformando la locura en objeto del cual el sujeto precisa distanciarse para producir saber y discurso” (Amarante, 2001: 49).

En base a los aportes de Paulo Amarante (2009), la psiquiatría se ocupó de las enfermedades, como externas al hombre y se olvidaron de los sujetos que las vivenciaban, pero posteriormente la antipsiquiatría y la psiquiatría democrática obligaron a la psiquiatría a abandonar el concepto de enfermedad mental ya que demostraron que entender y clasificar a los sujetos como “enfermos mentales” no contribuía en nada y la única respuesta siempre fue crear asilos psiquiátricos. De este modo, como menciona el autor, la psiquiatría más recientemente, optó por adoptar los términos “trastorno mental” (en portugués y en español) y “desorden mental” (en inglés); este último término nos remite a

pensar en una quiebra o ausencia del orden, pero ¿podríamos pensar en definir “orden mental”, y “normalidad mental”?.. “Por estas razones, en el campo de la salud mental y la atención psicosocial se viene utilizando el hablar de *sujetos en sufrimiento psíquico o mental*, pues la idea de sufrimiento nos remite a pensar en un sujeto que sufre, en una experiencia vivida por un sujeto” (Ibídem, p. 68) . Utilizar este término, como dice Azucena Sampayo (2005), contribuye a desmedicalizar un fenómeno predominantemente social y resulta una estrategia que va a movilizar e identificar a un grupo humano comprometido.

Desde este punto de vista, se aludirá a “sujetos en sufrimiento psíquico o mental” para poder pensar en un sujeto complejo situado en su contexto, contemplado en sus problemas de la vida cotidiana, con sus proyectos y sus deseos, lo cual posibilita la ampliación hacia la noción de integridad en el campo de la salud mental y la atención psicosocial. Además, como menciona Batista (2019) la denominación “persona con trastorno mental”, la cual ha generado muchos debates y parte de la psiquiatría, deja por fuera al resto de las miradas. Teniendo en cuenta que en su investigación con personas usuarias, estas han testimoniado reiteradamente sobre la estigmatización que genera portar este tipo de rótulos; y que la denominación que promovían era la de “persona usuaria”, en concordancia con dicha investigación, en este trabajo se utilizara también el mismo término para aludir a las mismas.

Por otra parte, Roger Bastide (1988) plantea que situar al fenómeno de la “locura” de forma diferente al modelo tradicional, de corte biologicista y universalizante, no implica negar el lugar de lo biológico o hereditario en la constitución del sujeto, sino problematizar las múltiples causas, biológicas, ambientales, culturales, vinculares, etc, que pueden incidir en el desarrollo psicológico del sujeto, así como también determinar qué tipos de caracterologías son normalizados y repudiados en distintas sociedades y culturas. Este autor nos propone concebir la salud mental desde una visión amplia, que permita incluir dimensiones históricas, culturales y sociales.

En base a los aportes de De León (2013) se entiende a la Salud Mental desde la noción de campo planteada por G. Baremlitt (1998) como: “lugar de entrecruzamiento de múltiples determinaciones que configuran líneas de fuerza, materialidades diferentes y articuladas o mezcladas, o completamente inter-recurrentes entre sí. Siempre pensamos que existe una determinación sociopolítica, económica, ideológica, es decir histórica en lo que llamamos campo de lo mental”. (p. 18)

Desde este punto de vista, según Amarante (2009) la Salud Mental es un campo de conocimiento y actuación en la salud intensamente compleja, plural e intersectorial que presenta una gran transversalidad de saberes. Como menciona el autor, no hay que pensar el campo de la salud mental como un modelo cerrado, sino como un proceso que crea nuevos elementos y nuevas situaciones, que da lugar

a nuevos actores sociales e intereses conflictivos. “Cuando nos referimos a la salud mental ampliamos el espectro de los conocimientos involucrados de una forma tan rica y polisémica que encontramos dificultades para delimitar sus fronteras, para saber dónde empiezan o terminan sus límites” (Amarante, 2009:17).

Como menciona Spink en Amarante (2009), pensar la salud mental como campo contribuye a dejar de pensar en un paradigma de la verdad única y definitiva, para poder pensar en términos de complejidad, “construccionismo” y reflexibilidad”.

Desinstitucionalización, desmanicomialización:

Asociado al área de la salud mental comunitaria y el cambio de paradigma, surgen los conceptos de desinstitucionalización y desmanicomialización.

Según los aportes de Silvia Faraone (1993) el concepto de desinstitucionalización comienza a surgir a fines de la década del '60 en países europeos y en EE.UU, asociado a la política desinstitucionalización como política de ajuste y reducción económica que llevaba a cabo prácticas de externamiento, las cuales no eran reales sino que las condiciones de internamiento continuaban existiendo en el traspaso a otras instituciones. Esto repercutió en la situación de Uruguay, que como plantea De León (2013), la misma fue nombrada en términos de “desmanicomialización forzosa”, la cual desembocó en el cierre del Hospital Musto, que en ausencia de políticas de desinstitucionalización, condujo a la reclusión de las personas que se encontraban internadas, en las Colonias, o las cuales muchas terminaron con sus familias o en la calle. “Usar esa denominación en vez de ‘desinstitucionalización forzada’, sirvió para visibilizar que la misma se refería a externar personas del manicomio y no de otra institución” (Baroni, 2019: 43).

A partir de estos hechos, De León (2013) señala que para la desaparición del “modelo asilar” es importante que exista un acompañamiento con la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener la situación de la población. Sin embargo, según Sampayo (2005), en la actualidad donde imperan las políticas neoliberales, el concepto de “desinstitucionalización” es redefinido.

Baroni (2016, 2019) refiere a ésta en términos de “políticas de desinstitucionalización”, las cuales son planteadas como parte de las propuestas de Reforma en Salud Mental a nivel mundial. Estas se proponen cumplir con el objetivo de cierre de las instituciones asilares y manicomiales, que como parte de una política estatal, ha llevado a la creación de propuestas asistenciales alternativas ubicadas en la comunidad, como ser Centros de día, Hogares de medio camino, etc, para favorecer la incorporación a la comunidad de las personas con años de institucionalización.

Por otro lado, según Sampayo (2005), la “desmanicomialización” cuestiona al manicomio y su modalidad de atención y cura caracterizada como violenta y represiva que constituyen una negación de los principios y derechos elementales de las personas. Desde esta perspectiva, se propone transformar los dispositivos institucionales y las técnicas con las que se aborda la enfermedad, exigiendo cambios en la estructura edilicia sanitaria, y en la mirada social hacia la enfermedad mental, procurando rescatar la condición humana del interno y reparar su identidad movilizándolo sus capacidades expresivas.

Baroni (2016, 2019) en términos de “proceso de desmanicomialización” lo define como “el diseño de propuestas, desde una perspectiva integral y de derechos humanos, tendientes a sustituir la lógica manicomial, ante su existencia y persistencia así como la ausencia de políticas públicas en dicho campo” (p. 2). Como menciona esta autora, las propuestas son generadas desde colectivos organizados autogestivamente, que parten desde una perspectiva despatologizante y se proponen luchar contra la estigmatización. Estos colectivos se proponen construir alternativas a lo manicomial, generando nuevos dispositivos y formas de participación de las personas con padecimiento psíquico, lo cual implica la puesta en marcha de diversos proyectos y prácticas como ser: radios, bibliotecas, cooperativa de comidas, etc.

Dispositivo alternativo:

Foucault en Luis García Fanlo (2011), define el dispositivo como “un conjunto decididamente heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos” (p. 1).

En ese marco, entendemos el dispositivo como un entramado, una red donde hay líneas de fuerza, y múltiples elementos que se articulan, dando lugar a procesos complejos.

Por otro lado, Gilles Deleuze (1990) los va a pensar en términos de: “máquinas para hacer ver y para hacer hablar” (p. 1). En este sentido, el dispositivo alternativo se inscribe a regímenes históricos de visibilidad y de enunciación, ya que posibilita la fuga de lo instituido y propicia a generar nuevas prácticas y modos de trabajar con las personas usuarias en el campo de la salud mental. A su vez, va a posibilitar también el despliegue de nuevos roles sociales de las personas usuarias mediante el trabajo y acompañamiento psicosocial y comunitario, permitiéndole desvincularse de la idea de “enfermo” que llevaba arraigada.

En cuanto a los planteos de la ley de Salud Mental, los dispositivos alternativos o también llamados como estructuras alternativas, comprenden los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

En este sentido, los dispositivos alternativos con foco en lo comunitario promueven una participación activa de las personas usuarias, y conforman una modalidad esencial para la atención de la salud mental de la población, los cuales serán imprescindibles para el avance en el proceso de desinstitucionalización. Según Juan Vasen y Hugo Massei (2006) los dispositivos alternativos se basan en dos elementos: la integración social y la recuperación de espacios no convencionales. La articulación con el “afuera” permite que la comunidad puede ofrecer diversas formas de ayuda atenuando la perspectiva exclusivamente médica con el “hospitalocentrismo” que suele traer aparejada.

De este modo, “se propone un desplazamiento del interés desde los factores meramente individuales hacia los factores comunitarios que inciden positivamente en el proceso de la cura. Es decir, que es la comunidad misma la que colabora en la creación de ambientes promotores de salud dando lugar a una perspectiva multidisciplinaria en el estudio de los problemas y las estrategias de intervención”. (Vasen, J. & Massei, H., 2006: 436).

En relación a esto, Martín Correa, Silva Thomas, Marcio Belloc y Ángel Martínez (2008) plantean que la creación de dispositivos externalizados constituye una alternativa al modelo custodial clásico y pone en práctica iniciativas de tratamiento e inserción social de colectivos cuyos derechos de ciudadanía que habían se habían visto reducidos, si es que no anulados.

Participación:

Maritza Montero (2005) parte de la participación como una condición fundamental para el fortalecimiento y para la libertad. Desde la perspectiva comunitaria, va a entender a la participación como “un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales (p. 109)

El hecho de participar también es asociado a “una forma de ejercer nuestros derechos y de cumplir nuestros deberes como ciudadanos” (Montero, 1996: 3), lo que Batista (2019) entiende como un ejercicio del ser, que implicaría pensar la participación como una necesidad de seguir creciendo y evolucionando en el intercambio con otros. Según este autor, la participación de personas usuarias es central para el cambio al nuevo paradigma de Salud Mental basado en los derechos humanos. El nuevo paradigma posibilita el ejercicio del derecho a la participación de las personas usuarias, así como también poder ser

escuchadas y tenidas en cuenta, de modo que la no participación de personas usuarias implicaría la negación del cambio.

Se considera que el ejercicio de la participación “es beneficiosa para los individuos participantes, cuyo crecimiento personal se desarrolla positivamente” (Montero, 1996: 109), lo que genera “la posibilidad de acercarse a estados de bienestar que aportan en pos de la salud mental de las personas” (Batista, 2019: 120)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La revisión de la producción teórica y análisis de antecedentes a nivel regional, principalmente en Argentina y Uruguay, muestra que en relación al proceso de cambio de paradigma en salud mental hay una coexistencia de paradigmas, donde surgen diversas dificultades, tensiones, resistencias hegemónicas, así como múltiples intereses que dificultan el avance hacia un modelo comunitario que se propone una atención integral en salud mental. La predominancia de un modelo biomédico basado en la enfermedad y la medicalización que promueve, aumentando el lucro de la industria farmacéutica, lleva a que este paradigma tome fuerza. Se ubica este escenario entre una de las principales resistencias que atentaría contra la implementación de un paradigma basado en una perspectiva multidimensional, con un enfoque desde la prevención y promoción de salud que implicaría un menor gasto financiero, y sostiene el dualismo como principal tensión entre prácticas.

Por otro lado, las divisiones y conflictos que se dan en los equipos de salud, la prevalencia de un modelo hospitalocéntrico, la gran demanda en atención de salud mental y la falta de presupuesto y recursos son algunos de los aspectos que conforman una situación de respuesta insuficiente ante las necesidades de las personas usuarias que transitan por los diferentes servicios de salud mental. Las escasas acciones desde las políticas públicas llevan a pensar que la salud mental no está siendo un tema prioritario en la agenda gubernamental.

En cuanto a las personas usuarias, estas han experimentado cierto sufrimiento en base al estigma generado por haber atravesado internaciones psiquiátricas, y como consecuencia tanto el ejercicio de sus derechos como su participación social, entre otras cuestiones, se han visto afectadas.

Además, aunque desde el modelo comunitario se promueva la participación activa de las personas usuarias y sus familias, empoderándose como sujetos de derecho, se constata que aún prevalece una baja participación y consideración de los planteos y opiniones de las personas usuarias como protagonistas que son, lo que les genera sentirse poco escuchadas y no ser tenidas en cuenta.

Teniendo en cuenta estos planteos y que las investigaciones en nuestro país que involucran la perspectiva de las personas usuarias y sus familias son escasas, entiendo que es pertinente poder contribuir a tal fin, y tomar en cuenta las propias voces de las mismas, permitiéndoles ser escuchadas y reconocidas como sujetos de derecho, y dando visibilidad a sus perspectivas sobre las prácticas y servicios de atención en salud mental. De este modo, se pretende promover una participación activa y propiciar el intercambio de información de modo que sus opiniones, propuestas y demandas también puedan emerger y contribuir en la toma de decisiones y desarrollo de estrategias alternativas en salud mental, tal como propone el MSP (2020).

Tomando estos planteos, y a partir del análisis de antecedentes presentado entiendo que sería relevante conocer y analizar sobre cómo las personas usuarias describen sus experiencias y trayectorias por los diversos dispositivos y prácticas de salud mental transitados. Además, me interesaría poder analizar y describir sobre el modo en que perciben su participación en los diversos procesos.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo, las personas usuarias, describen sus experiencias y su trayectoria por los distintos tipos de dispositivos y prácticas?

A partir de las narrativas de las personas usuarias ¿Cómo valoran estos distintos tipos de prácticas?

A partir de sus propias trayectorias ¿cómo ha sido la experiencia en cuanto a la participación como personas usuarias? ¿Se perciben cambios en la participación a partir de los mandatos de la Ley de Salud Mental?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Conocer y describir, las perspectivas de las personas usuarias sobre sus experiencias y trayectorias por los diversos dispositivos y prácticas de salud mental.

Objetivos específicos:

- 1- Conocer las diferencias y similitudes que perciben a partir de las diferentes modalidades de atención en sus trayectorias como personas usuarias del sistema de atención actual.
- 2- Describir las valoraciones y significaciones que expresan respecto de estas diferencias y similitudes
- 3- Conocer qué percepciones existen en torno al proceso de participación en su trayectoria como persona usuaria y a través de los distintos dispositivos transitados.

METODOLOGÍA

En esta investigación se implementará una metodología cualitativa. Esta es considerada en un sentido amplio como aquella que “produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”. (Taylor y Bogdan, 1987: p.20)

Para poder conocer sobre las experiencias, perspectivas, valorizaciones y significados de las vivencias de las personas usuarias de salud mental, utilizaremos el enfoque biográfico narrativo. Según Anabel Moriña (2017) este se caracteriza por privilegiar la escucha de las voces de personas que tradicionalmente han sido oprimidas y silenciadas en los discursos científicos, las cuales forman parte de grupos oprimidos o vulnerables. Además, permite comprender, valorar y reconocer la subjetividad de las personas que narran su historia, y que las mismas adopten un papel activo como participantes.

Según Marcel Balasch y Marisela Montenegro (2003) la producción narrativa consiste en una serie de sesiones en las que la investigadora y participantes comentan diversos aspectos del fenómeno a estudiar; después de cada sesión la investigadora realiza, a partir de sus propios recursos lingüísticos y su reflexión sobre la sesión o sesiones, una textualización de aquello dicho. Como mencionan los autores, este texto organizado refleja la visión y los argumentos sobre el fenómeno estudiado donde se introducen cuestiones y aclaraciones de la investigadora; además los participantes podrán realizar correcciones y modificaciones hasta validar que la narración creada muestra su visión sobre el fenómeno. De este modo, lo que se recoge es la forma en que los participantes quieren que sea vista su visión del fenómeno. En relación a esto, Pujol y Montenegro en Itziar Gandarias y Nagore García (2014) plantean que las narrativas son producciones que reproducen, cuestionan, alimentan y transforman el contexto sociocultural en que se producen; por lo tanto las narrativas que construimos y que nos constituyen tienen efectos de realidad así como pueden ser interpretadas de diversas formas.

Por otro lado, teniendo en cuenta los aportes de Antonio Bolívar y Jesús Domingo (2006) sobre el enfoque biográfico, este va a implicar el uso de todo tipo de fuentes que aporten información personal y que sirvan para documentar una vida, un acontecimiento o una situación social. La principal fuente de datos se extrae de documentos biográficos, material personal o fuentes orales que darán sentido a las narraciones sobre las trayectorias y las experiencias vividas.

De acuerdo a lo mencionado, y partiendo de que para mí es muy relevante la palabra de estas personas que han podido sufrir situaciones de vulnerabilidad y discriminación, creo oportuno utilizar este enfoque ya que le da voz a las personas usuarias, les habilita a compartir sus trayectorias y describir sus experiencias de vida a través de sus narrativas, y les permite participar y ser reconocidos como un sujeto activo sin que se los silencie.

Técnicas a utilizar:

Para la producción de información se articularon tres técnicas. Se utilizarán las entrevistas en profundidad acompañadas de un guión diseñado previamente junto a la grabación de audio, para poder captar y comprender, mediante las narrativas de las personas usuarias, sus perspectivas a partir de sus experiencias, y además se utilizara la observación participante, análisis bibliográfico y análisis de documentos institucionales para poder realizar un acercamiento y conocer a sus prácticas.

En base a los planteos de Moriña (2017) para mostrar las perspectivas de las personas y sus experiencias, quien investiga debe estar cerca de las personas que participan en las investigaciones, debe acercarse a sus vidas y pasar más tiempo en esos espacios para explorar la naturaleza y extensión de sus intereses, y comprender cómo han sido contruidos sus mundos. Es desde este punto de vista que se piensan las técnicas mencionadas como relevantes para esta investigación.

La observación participante se realizará en alguno de los espacios y actividades grupales que ofrece el dispositivo comunitario Movimiento para las Autonomías. Entre las principales actividades a tener en cuenta, se encuentra senderismo con el grupo “Carancho” en el Parque Público Punta Yeguas, la huerta comunitaria con el grupo “Compaz” que se basa en la producción de alimentos y auto abastecimiento, y las reuniones quincenales donde se juntan los grupos Compaz, Juntos Podemos, y Carancho a pensar sus problemas con respecto a la atención de la salud mental, las cuales funcionan en el PTI.

Criterios de selección de participantes:

Para la realización de las entrevistas se seleccionarán tres personas usuarias adultas que sean participantes del dispositivo comunitario Movimiento para las Autonomías y que anteriormente hayan vivido experiencias de atención en uno o más dispositivos hospitalarios. Además, deben estar en condiciones de ser entrevistados en profundidad y aceptar participar de la investigación.

La selección se hará en coordinación con terapeutas del dispositivo comunitario mencionado, quienes podrán hacer indicaciones sobre aquellas personas que están en mejores condiciones para participar.

Se opta por seleccionar personas que se encuentren inmersas en dicho dispositivo, ya que las mismas han realizado un proceso de trabajo psicológico, se encuentran cuidadas, y por lo tanto tienen mejores condiciones para poder pensarse en su transcurso.

Crterios de análisis:

Se analizará la información producida teniendo en cuenta la perspectiva de las narrativas mencionada, la cual permitirá el despliegue experiencias vividas y sus significados, y partiendo de la idea de dispositivo que plantea Foucault y Deleuze, como se mencionó en el apartado teórico, para pensar estos “dispositivos alternativos” en Salud Mental.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión bibliográfica y antecedentes	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Elaboración de guión para las entrevistas	■	■										
Contacto con las referentes de la institución y autorizaciones. Gestión con el Comité de Ética		■	■									
Selección de participantes y programación de las entrevistas			■									
Realización de las entrevistas				■	■							
Observación participante				■	■							
Análisis de documentos institucionales		■	■	■								
Procesamiento de la información						■	■					
Análisis de datos								■	■			
Elaboración del informe final										■	■	■
Difusión										■	■	■

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo se registrá por los criterios establecidos en el Decreto CM/515 del Poder Ejecutivo promulgado el 4 de agosto de 2008, que refiere a la Investigación en Seres Humanos.

Para llevar a cabo esta investigación, se atenderá un consentimiento informado y voluntario, se resguardaran los datos personales y la privacidad de las personas que participen, y se contemplará la

evitación de daños secundarios o asociados a la investigación. También se solicitarán los permisos institucionales correspondientes. El cumplimiento de estas normas “tiene por finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación, con especial consideración por su dignidad e integridad” (Decreto N° 379/008, 2008).

Valoración de riesgos y beneficios:

Si bien esta investigación será llevada a cabo con la participación de población vulnerable como lo son las personas usuarias, el riesgo es bajo. El hecho de llevar a cabo entrevistas en profundidad donde puedan emerger cuestiones personales puede generar una situación movilizante o de angustia en los participantes. Por este motivo, uno de los criterios de selección parte de que estas personas se encuentren formando parte del dispositivo comunitario mencionado, ya que conlleva que las mismas han realizado un proceso de trabajo psicológico y/o se encuentran trabajando, y además tienen acceso a atención psicológica. En caso de que exista necesidad de apoyo se acordará previamente con el Servicio de atención psicológica que brinda la Facultad de Psicología para que puedan recibir atención profesional sin costo con la mayor brevedad posible.

Como aspecto beneficioso, las personas usuarias que participen tendrán la posibilidad de dar visibilidad a su voz y aportar sus percepciones con respecto a los dispositivos y prácticas en salud mental, lo cual también podría brindarle reconocimiento personal a partir de su participación.

RESULTADOS ESPERADOS Y PLAN DE DIFUSIÓN

Esta investigación pretende contribuir a la producción de conocimientos que aporten a las prácticas de abordaje en el campo de la salud mental. Se espera que los resultados obtenidos puedan contribuir al desarrollo de acciones y estrategias alternativas en el campo de la salud mental, así como a generar mejoras en la integración de políticas públicas.

La metodología planteada contribuirá a generar conocimiento a partir de la participación de las personas usuarias, permitiendo que emerjan sus propias valoraciones y significaciones respecto a las diferentes modalidades de atención que han transitado. Se espera poder identificar aspectos sobre el sistema de atención que sean relevantes para las propias personas usuarias.

Se plantea la difusión del resultado e informe final de esta investigación, tanto en el ámbito académico, como con los distintos colectivos e integrantes del dispositivo comunitario Movimiento para las Autonomías y personas que trabajan en el ámbito de la Salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (2001). Loucos pela Vida. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora
- Amarante, P, (2009). Superar el manicomio. Salud mental y psicosocial. Topia Editorial Bs.As
- Balash, Marcel y Montenegro, Marisela (2003): “Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: las producciones narrativas”, Encuentros en Psicología Social, 1(3), 44-48 (consultado el 15 de septiembre de 2014), recuperado de:
<https://es.scribd.com/document/284984813/Balash-y-Montenegro-una-Propuesta-Metod-Desde-La-Epist-de-Los-Conoc-Situados-Las-Producciones-Narrativas>
- Bang, C., Cafferata, L. I., Castaño Gómez, V. e Infantino, A. I. (2020). Entre “lo clínico” y “lo comunitario”: tensiones de las prácticas profesionales de psicólogos/as en salud. Revista de Psicología. Argentina.
- Baroni, C (2016). El ocaso de una promesa. El proceso de reforma de salud mental en Uruguay en el período entre 1984 y 1996. Recuperado de
https://www.academia.edu/34762956/El_ocaso_de_una_promesa._C._Baroni.pdf
- Baroni, C. (2019) Una historia de locos. Aportes de Radio Vilardevoz al proceso de desmanicomialización en Uruguay. Tesis para defender el título de Doctorado opción Historia. Programa de Doctorado de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27198>
- Bastide, R. (1988). Sociología de las enfermedades mentales. México: Siglo XXI
- Batista, Sebastián 2019. Participación. La experiencia de personas usuarias en el proceso de reforma en legislación en Salud Mental en Uruguay. Tesis de Maestría. (Periodo 2014-2017).
- Bisquerra Alzina, R. (2004). Metodología de la investigación educativa. Madrid: LaMuralla.
- Bolívar, A. y Domingo, J. (2006). La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual. *Forum: Qualitative Social Research*. Recuperado de:
<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/161/357>

- Comisiones internas y asesoras al Área. Área Ciencias de la Salud. Universidad de la Republica.
Recuperado de <https://areasalud.udelar.edu.uy/comisiones-internas-y-asesoras-al-area>
- Correa Urquiza, M., Silva, T., Belloc, M., & Martínez Hernández, Á. (2008). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. Quaderns De L'Institut Català D'Antropologia. Recuperado de:
https://www.academia.edu/48904900/La_evidencia_social_del_sufrimiento_Salud_mental_pol%C3%ADticas_globales_y_narrativas_locales
- Degiorgi, Gabriela M., Revol, Josefina, Sánchez, Sabrina Nair y Colombero, María Laura (2020). Construcciones sociales y prácticas a diez años del nuevo paradigma en Salud Mental. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Decreto 379/008. Regulación sobre la investigación con seres humanos.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa.
- De Lellis, M, 2014. Salud Mental: derechos de los pacientes, compromiso judicial y de las instituciones sanitarias. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires Recuperado de:
<https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/141337>
- Dispositivo sustitutivo de Salud Mental “Movimientos para las autonomías” (s.f). Documento institucional.
- Faraone, Silvia A. (1993). Desmanicomialización: notas para un debate sobre los procesos de transformación de las Instituciones Psiquiátricas asilares. Argentina. Recuperado de:
<https://www.margen.org/suscri/margen03/faraone-03.pdf>
- García Fanlo, L (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. A Parte Rei 74. Revista de filosofía.

- Foucault, M. (1992). Enfermedad mental y personalidad. México: Paidós. Minayo, de S. C. (1997). La investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar.
- Foucault, M. (1999). Los anormales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M (2014). "Historia de la locura en la época clásica. Tomo I." 2a edición. 1a reimpresión. Bs As: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental: la inclusión de no ser. Buenos Aires: Lugar
- Ginés, A, H. Porciúncula, M. Arduino. (2005). El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 69 Nº 2 Diciembre. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf
- Gandarias, Itziar y García, Nagore (2014). Producciones narrativas: una propuesta metodológica para la investigación feminista. En Irantzu Mendiá Azkue, Marta Luxán, Matxalen Legarreta, Gloria Guzmán, Iker Zirion, Jokin Azpiazu Carballo (eds.). Otras formas de (re) conocer. Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista. Pp. 97-110.
- Kuhn, T. (1986). La Estructura de las Revoluciones Científicas. México: Breviarios del Fondo de Cultura Económica. (Séptima reimpresión), Nro. 213. (Original publicado en 1962 por la University of Chicago Press bajo el título de The Structure of Scientific Revolutions).
- Ley N°19.529 (2017). Ley de Salud Mental. Montevideo, Uruguay.
- López, M. Noelia, Weber, Clara. "Transformaciones en el Campo de la Salud Mental: Tensiones entre lo (no tan) nuevo y lo (no tan) viejo". Recuperado de: https://kipdf.com/transformaciones-en-el-campo-de-la-salud-mental-tensiones-entre-lo-no-tan-nuevo-_5aab48ab1723dd04a3a317f5.html
- Lugo Vázquez, Mauricio (2015). Foucault y la locura. Revista de Filosofía y Cotidianidad Diciembre 2015 Vol.1 No.1. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Mental Disability Rights International (1995). Derechos humanos y salud mental en el Uruguay. Washington D.C.: American University. Washington College of Law.

- Michalewicz, Alejandro, Obiols, Julieta, Ceriani, Leticia y Stolkiner, Alicia (2011). Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Ministerio de Salud Pública (2020). Plan Nacional de Salud Mental 2020 – 2027. Montevideo, Uruguay.: MSP.

- Montero, M. (1996a): "La participación. Significado, alcances y límites", en E. Hernández (coord.), Participación. Ámbitos, retos y perspectivas. Caracas, CESAP.

- Montero, M. (2005). Introducción a la Psicología Comunitaria. Santiago del Estero: Gráfica MPS.

- Moriña, A. (2017). Investigar con historias de vida. Metodología biográfico-narrativa. Madrid: Narcea.

- Nelson De León (2013). Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. Montevideo: Psicolibros Waslala.

- Organización Mundial de la Salud. 17 de Junio de 2022. *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos.*
 Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care#:~:text=Los%20trastornos%20mentales%20son%20la,veces%20por%20enfermedades%20f%C3%ADsicas%20prevenibles.>

- Organización Mundial de la Salud (2008). Programa de acción para superar las brechas en salud mental Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/evidence/mhgap_spanish.pdf

- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Salud Mental: Uruguay avanza en la implementación de la Ley Uruguay.* Recuperado de: https://www3.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1473:salud-mental-uruguay-avanza-en-la-implementacion-de-la-ley&Itemid=245

- Organización Panamericana de la Salud. 8 de octubre del 2020. *“No hay salud sin salud mental”*.
Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Pérez, María de Lourdes (2017). Salud mental y trabajo comunitario: ¿un binomio en transformación?
Tesis de Maestría. Uruguay.
- Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (2011). Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Recuperado de:
https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional__junio.pdf
- Rodríguez, J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
- Romano, S; Novoa, G; Gopar, M; Cocco, A; De León, B; Ureta, C, Frontera, G, (2007). “El trabajo en equipo: una mirada desde la experiencia en equipos comunitarios de salud mental”. Revista de Psiquiatría del Uruguay.
- Sampayo, A. R. (2005) La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en:
<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.677/te.677.pdf>
- Sarmiento, Estefanía Alejandra (2018). Dispositivos alternativos en Salud mental: el proceso de desmanicomialización en clave santafesina. Tesina de grado. Universidad Nacional Del Litoral Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales Licenciatura en Trabajo Social. Santa Fe.
- Szasz, T. (1970 – 2001). Ideología y enfermedad mental. Argentina: Amorrortu editores
- Taylor, S. J. y Bogdan R (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Paidós. Buenos Aires
- Vasen, J. & Masei, H. (2006). Reinserción social en adolescentes a través del programa “Cuidar-cuidando”. VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría

- Williams S., Martin, P., Gabe, J. (2011) The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis
Sociology of Health & Illness, volume 33, issue 5, p. 710 – 725. Recuperado de:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>

- Zaldúa, Graciela, Bottinelli, Marcela, Tisera, Ana, Sopransi, María Belén, Lenta, María Malena y Freire, Magalí (2011). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. IX JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN. Instituto Gino Germani, Buenos Aires.

- Zarb, G. (1997). Researching disabling barriers. En C. BARNES y G. MERCER, Doing disability research (pp. 49-66). Leeds: The Disability Press.