

ÍNDICE

Resumen	Pág.2
<u>Capítulo 1</u>	
Contextualización histórica	Pág.3
1 a - La locura desde la Edad Antigua a la Edad Contemporánea	Pág.3
1 b - Construcción histórica del concepto Salud – Enfermedad	Pág.7
1 c - Antecedentes históricos en nuestro país	Pág. 10
<u>Capítulo 2</u>	
Antecedentes internacionales de reforma en el campo de la	
Salud Mental	Pág. 14
2 a - Antecedes Europeos	Pág. 14
2 b - Antecedes Latinoamericanos	Pág. 17
2 c - Antecedentes Regionales (Brasil, Argentina y Chile)	Pág. 19
<u>Capítulo 3</u>	
Reforma de atención en Salud Mental en Uruguay	Pág. 23
3 a - Plan Nacional de Salud Mental	Pág. 23
3 b - Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental	Pág. 26
3 c - Situación actual de las nuevas Prestaciones en Salud Mental	Pág. 31
3 d - Movimientos sociales y el papel de la UdelaR	Pág. 35
Reflexión Crítica	Pág. 38
Referencias bibliográficas	Pág. 41

RESÚMEN

El presente trabajo se enmarca en el análisis de las implicaciones en relación al cercano egreso como estudiante de Facultad de Psicología de la Universidad de la Republica y próxima a la inserción en el campo profesional. Desde este análisis emergen preguntas acerca de: ¿Cuál es la situación actual de nuestro país en relación a Salud Mental? Y, ¿Cómo se han desarrollado las nuevas prestaciones en la materia hasta este momento? De esta forma, surge la idea de dirigir el desarrollo del Trabajo Final de Grado hacia una recopilación bibliográfica que proporcione respuestas a estas interrogantes. A tal fin, se propone un recorrido histórico a través de las diversas concepciones sobre la locura, la salud – enfermedad, y las reformas internacionales y regionales en Salud Mental, para finalmente profundizar en la reforma de nuestro país.

En el ultimo capitulo de este trabajo se sintetizan artículos, investigaciones y evaluaciones de diversas fuentes que brindan un panorama actualizado acerca de cuál es la situación en el campo de la Salud Mental en nuestros días.

Palabras clave: salud mental – procesos de reforma – actualidad

CAPÍTULO 1

CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA

1a – La locura desde la Edad Antigua a la Edad Contemporánea

Según plantea Falcone (2010), en la Edad Antigua la locura era considerada una obra de entes sobrenaturales o demoniacos que introducían el mal en el cuerpo de las personas para perturbar su alma. Por mucho tiempo las enfermedades mentales fueron concebidas como el producto de hechizos, brujerías o posesiones. La cura a estos males provenía de la tradición cristiana, y consistía en alejar al demonio a través del fuego o el exorcismo; quedando bajo patrimonio exclusivo de la iglesia el saber respecto a los fenómenos que aquejaban a los “poseídos”.

Avanzando en la historia y de acuerdo a Foucault (1999) ya en la Edad Media, desaparece la lepra en Europa. No debido a ningún tratamiento, sino que influyeron en la extinción de la misma la exclusión de los maldecidos y el corte de los lazos con Oriente en donde se encontraban los focos infecciosos. En general los bienes de los leprosarios son transferidos a otros hospitales. “La lepra se retira, abandonando lugares y ritos que no estaban destinados a suprimirla, sino a mantenerla a una distancia sagrada (...) Lo que durará más tiempo que la lepra, y que se mantendrá en una época en la cual, desde muchos años atrás, los leprosarios están vacíos, son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible” (Foucault, 1999, Pág.16) Continuando con el planteo del autor, en el siglo XV mientras la lepra ya no es un problema, se propagan las enfermedades venéreas y estos enfermos empiezan a ocupar los sitios segregados. Pero, estas enfermedades no son las que desempeñarán a fines del siglo XVII el papel de la lepra en el Medioevo, ya que estos enfermos pronto ocuparán también establecimientos hospitalarios pasando a ser las enfermedades venéreas materia de los médicos. El papel de la lepra va a ser adjudicado, dos siglos después, a la locura. Pero, como plantea Foucault (1999) antes de que la locura sea dominada por el encierro en la segunda mitad del siglo XVII, en el Renacimiento estuvo relacionada con grandes obras artísticas. Como por ejemplo en la pintura “La nave de los locos” del Bosco donde el árbol de la sabiduría, antes en el paraíso, ahora es el mástil de la nave, o la obra literaria “Narrenschiff” de Brant en la que se muestran varias personas que se

complacen en los placeres pecaminosos, escenas que estos artistas plasmaban presagiando el fin del mundo y por otra parte de manera satírica ejercían una crítica moral.

Los locos eran muchas veces embarcados en el mar sin destino específico por las autoridades de la ciudad, ya que se los consideraban ciudadanos “molestos”. “Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo (...) Es el pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje.”(Foucault, 1999, Pág.26). Estas naves en que eran depositados los locos, simbolizaban también los viajes de confrontación que realizaban los héroes imaginarios de la época entre la verdad y el destino. Tal como nos plantean Techera, Apud y Borges (2010), este emprendimiento de expulsión tiene sus raíces en Atenas. Allí anualmente se buscaba purificar a las comunidades del desorden que sufrían, depositando sobre dos personas elegidas “entre aquel conjunto de seres extraños y desviados de los cánones sociales: ladrones, deformes, borrachos, inmorales” (2010, Pág. 35), todos los elementos negativos de la sociedad para luego expulsarlos de ella. Los elegidos eran llevados por las calles luciendo un collar de higos para identificarlos y eran golpeados con cebollas u otras plantas, luego eran expulsados o en ciertos casos incinerados.

Con el devenir del Renacimiento la conciencia crítica y la reflexión moral tomaron relevancia sobre una visión de la locura como “experiencia cósmica” que fascinaba con imágenes y se relacionaba con el fin de los tiempos. “La locura fascina porque es saber. Es saber ante todo porque todas estas figuras absurdas son en realidad los elementos de un conocimiento difícil, cerrado y esotérico” (Foucault, 1999, Pág.39). Esta experiencia de la locura es callada y lo que se perpetúa es el pensamiento racional que posibilita analizar la locura como enfermedad mental. La locura en el siglo XVI “ha atracado entre las cosas y la gente, retenida y mantenida ya no es barca, sino hospital” (Foucault, 1999, Pág.72) Descartes, a través de la duda como evidencia de pensamiento y de camino hacia la verdad, excluye al loco de pensamiento pues de acuerdo a su postura, éste no puede dudar ni suponer en su condición. Desaparece en el ejercicio de la razón toda posibilidad de locura. “La locura está fuera del dominio de pertenencia en que el sujeto conserva sus derechos a la verdad: ese dominio que, para el pensamiento clásico, es la razón misma.” (Foucault, 1999, Pág.78)

Como muestran Techera et. al. (2010), con el devenir de la modernidad el sistema de Hogueras, Horcas, torturas y ejecuciones, es cambiado por la vigilancia, el disciplinamiento, la corrección y el castigo. De esta manera surgen ciertos saberes que vienen a asistir al diagnóstico y tratamiento de las desviaciones. “Lo normal se establece como criterio de evaluación de las infracciones y desviaciones, es una lógica de análisis, diferenciación y comparación que atraviesa distintas instituciones.” (Techera, et. al., 2010, Pág. 36) En el siglo XVII se crean grandes internados, donde se excluyen de manera arbitraria toda clase de desviaciones: pobres, vagabundos, desocupados, locos. El objeto de estas internaciones no está definido por tratamientos médicos sino por criterios funcionales al orden monárquico y burgués. Con frecuencia estas internaciones se realizan en los antiguos establecimientos dedicados a los leprosos, allí confluyen los fines de caridad y de castigo de la monarquía y la Iglesia que procuran administrar la miseria. La segregación en la Edad Media de los leprosos es retomada en el clasicismo por la exclusión a los internados. Estas personas son entendidas como incapaces frente a los deberes y derechos que le corresponden en la sociedad, y además como generadoras de desorden. Las casas de internados funcionan como castigo moral hacia aquellos concebidos como obstáculos para el progreso del Estado. La locura debía ser colocada “al lado de todos los pobres. Es allí donde la encontraremos aún a fines del siglo XVIII. Para con ella ha nacido una sensibilidad nueva: ya no religiosa, sino social” (Foucault, 1999, Pág.101)

Antes de otorgársele el sentido medicinal a las internaciones, el encierro fue una exigencia motivada por algo muy distinto a la curación. Fue motivado por el deber que implica el trabajo y la falta a las normas que significa la ociosidad. Es así como surge la psiquiatría y el manicomio, teniendo como base del diagrama al conocido panóptico foucaultiano; el cual no sólo se utilizó para fines manicomiales, sino que se hizo extenso a otros sistemas, como la educación. Parafraseando a Techera, et. al. (2010), el panóptico surge de la convergencia de: el modelo de encierro de la Edad Media por un lado, el modelo disciplinario de la Modernidad por otro. De esta forma puede considerarse que “el hospital psiquiátrico es hijo de la modernidad.” (2010, Pág. 37)

Mas adelante según lo expresan Techera, et. al. (2010) en la historia, en el siglo XVIII, comenzaron a utilizarse los denominados tratamientos morales, las primeras psicoterapias y los tratamientos corporales de shock, como por ejemplo la “Silla de Darwin”. Este artefacto fue creado por Erasmus Darwin y el tratamiento consistía en

sentar en ella al enfermo y hacerlo girar hasta que saliera sangre de su boca, nariz u oídos.

Luego, gracias al doctor Philippe Pinel (Francia, 1745 – 1826) y su discípulo Jean Esquirol (Francia, 1772 – 1840), se iniciaron métodos de tratamiento mas humanitarios para con los dementes de la época. Pinel en 1792, “aterrorizado por la lamentable situación por la que atravesaban los alienados... propone reformas en los procedimientos de asistencia... y el derecho a ser tratados como hombres enfermos.” (Falcone, 2010 Pág. 2). En 1838, por medio de Esquirol, se iniciaron los primeros cambios jurídicos en relación a la asistencia de los enfermos mentales. Este cambio se realizó en tres etapas durante el siglo XIX:

- La primera etapa incluía no sólo el aspecto legal, sino también modificaciones en la higiene, la alimentación y la vestimenta de los internados. A nivel arquitectónico, las construcciones amuralladas, monumentales y prisioneras comenzaron a reformarse.
- En una segunda etapa se inicio la supresión de los elementos de coerción mecánica, comenzando a implementarse medios de tratamientos más benevolentes. Esto ayudó en gran medida a reemplazar los gritos y disturbios continuos de los internos, por mayores momentos de calma y orden.
- Por ultimo, la tercera etapa tenía como prioridad establecer el principio de la vida común, impulsando el entretenimiento y la ocupación de los internados. Al mismo tiempo que comenzaba a otorgársele mayor “libertad”.

Como plantean Techera et. al. (2010), al llegar al siglo XX la denominada terapia moral se encontraba en su declive y la enfermedad comienza a biologizarse. La laborterapia impulsada por Hermann Simon cobró especial relevancia a partir de 1918. En los años 20 este recurso terapéutico comenzó a utilizarse en muchos nosocomios, teniendo como fin primordial conectar a la persona internada con actividades cotidianas que posiblemente formaban parte de su vida antes de ingresar al centro de internación, y a las cuales se pretendía volver una vez culminado su tratamiento. El elemento clave de Simon en su concepción, es el de adaptación, dando importancia a la capacidad de todo ser humano de poder adaptarse al medio en el que vive. Si este ambiente se presenta “enfermo”, entonces el paciente se adaptaría a él

enfermándose aun más. La psicofarmacología tuvo su auge en las décadas de los cuarenta y cincuenta, comenzando a utilizarse este termino en 1956 con Sidman, quien “lo utilizo para nombrar el campo de estudios en el que empezaban a comunicarse la farmacología y las ciencias de la conducta.” (Techera, et. al., 2013, Pág. 58). En 1958 se utilizaron por primera vez para el tratamiento de la esquizofrenia la clorpromazina y el haloperidol, denominados neurolépticos.

La introducción de las nuevas terapéuticas somáticas para los pacientes con afecciones mentales fue considerada el hecho mas destacado de las primeras décadas del siglo XX.

1b- Construcción histórica del concepto Salud – Enfermedad

Partiendo desde la idea de Foucault de que “nuestras experiencias practicas y discursos sobre el enfermo, el loco, el delincuente o la sexualidad son inventos recientes que han aparecido a partir de ciertas relaciones entre el saber y el poder que las han hecho posible, de tal manera que si estas disposiciones que han permitido su emergencia desaparecieran, se llevarían consigo dichas realidades.” (Vergara, 2007, Pág.47) Podemos decir, entonces que las concepciones de Salud – Enfermedad que han surgido a lo largo de la historia y a través de las cuales logramos dar explicaciones a muchas prácticas ejercidas en diversas culturas y épocas, son finalmente construcciones sociales.

Siguiendo el planteo realizado por Parafita (2010), podemos identificar cuatro grandes momentos históricos de la humanidad, donde se muestran diversas prácticas relacionadas a estos conceptos: Edad Antigua, Edad Media, Edad Moderna y Edad Contemporánea.

Edad Antigua

En esta etapa se distinguen los desarrollos alcanzados en la medicina griega y romana, donde las explicaciones relativas a los procesos Salud – Enfermedad giraban en el entorno mágico-religioso. Los mitos o cultos de los hombres primitivos hacia los dioses tenían como fin reestablecer la salud, ya que la enfermedad era vista mayormente como un castigo enviado a los hombres.

Según Morales Calatayud (1999), en Grecia se distinguían dos corrientes respecto a la enfermedad. Por un lado, identifica la concepción de Hipócrates (460 –

377 a.C.) quien desvincula la enfermedad de cualquier voluntad o posesión por parte de un espíritu maligno. “Consideró la enfermedad como un proceso que afecta al individuo integralmente, señalando que la existencia del organismo esta determinada por cuatro humores: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, y que la salud es consecuencia del equilibrio de los mismos.” (Morales Calatayud, 1999, Pág. 31) Por otro lado, se identifica la corriente proclamada por Platón (428 – 374 a.C.), quien sostiene en relación a la Salud – Enfermedad, “que estas se determinan por un principio no material, el alma divina o pneuma, y que los procesos patológicos se producen por las modificaciones del pneuma en los organismos y su influencia sobre los órganos.” (Morales Calatayud, 1999, Pág. 32) Esta concepción nos muestra que solo los ritos, los himnos y la música podían tener efecto sobre las enfermedades, ya que estas provenían del cielo como una forma de castigo.

Edad Media

Siguiendo el planteo de Morales Calatayud (1999), con el advenimiento de la Edad Media y su marcada influencia de la religión, los conocimientos y aportes surgidos en la Edad Antigua fueron desplazados por las explicaciones sobrenaturales. Los procesos históricos de la época y las precarias condiciones sanitarias de la sociedad, dieron origen a epidemias de cólera, viruela y peste. Sin embargo, el hecho de que el saber de la época se encontraba bajo la dominación de la Iglesia Católica y la Enseñanza Escolástica, hizo que la explicación e interpretación de estas y otras patologías estuviera ligado a la consecuencia de la ira de Dios o acciones demoníacas.

En esta misma época, emergen a la luz diversas acciones y pensamientos del mundo árabe, principalmente los relacionados a experimentos y observaciones realizados en las disecciones de cadáveres. Los árabes sustentaban sus explicaciones sobre Salud – Enfermedad en un enfoque materialista, considerando que “de acuerdo con el equilibrio o desequilibrio de seis principios se mantenía la salud o se producía la enfermedad. Estos principios eran: el aire puro, la moderación en el comer y en el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales.” (Morales Catalayud, 1999, Pág. 33)

Edad Moderna

Junto con el importante desarrollo cultural y científico que implicó el Renacimiento, se impuso en esta época la necesidad de encontrar respuestas a diversos problemas prácticos en el campo de la realidad concreta. Esto, sintonía con la invención de instrumentos ópticos como el microscopio, el surgimiento de la microbiología y la observación de microorganismos, dieron lugar al nacimiento de las ciencias modernas. Es a partir de este momento que se comenzaba a pensar en la posibilidad de que muchas enfermedades podían tener una etiología específica y tratamiento particular. Este esquema fue sumamente útil para enfermedades de origen infeccioso de la época; y si bien daba lugar a una interpretación unicausal de los procesos del enfermar, ayudo a fortalecer el pensamiento biologista que en cierto punto sigue presente hasta nuestros tiempos.

A lo largo del siglo XVIII, los procesos de transformación económicos, sociales y tecnológicos que implicaron la Revolución Industrial, dieron lugar a nuevas y mayores comprensiones relacionadas tanto a la Salud como a la Enfermedad. Particularmente comenzó a incluirse el medio ambiente como elemento influyente en el desencadenamiento de enfermedades. No solamente se entendía a éstas por sus connotaciones biológicas y físicas, sino que la visión de las mismas comenzaba a ampliarse con los aspectos económicos, sociales y políticos que formaban parte de la sociedad de la cual se formaba parte.

Edad Contemporánea

Según lo expresa Parafita (2010), desde el 1700 comienzan a implementarse en algunos países de Europa prácticas en salud que ubicaban al ser humano en su contexto social y que a su vez comenzaban a hacer responsable al Estado por la salud de la población. En el siglo XIX surgieron expresiones por parte no solo de médicos, sino también de economistas, políticos y filósofos que consideraban que muchas enfermedades podían tener su etiología relacionada a las condiciones materiales de vida y trabajo. Al mismo tiempo, comenzaron a realizarse estudios referidos a las relaciones existentes entre la condición socio-económica de la población y su estado de Salud.

De acuerdo a Ashton (1990), en Liverpool en 1830 el Dr. Duncan “se interesó mucho por las condiciones de las viviendas de sus pacientes y descubrió que un

tercio de la población vivía hacinada en los sótanos de casas, con suelo de tierra, sin ventilación, ni letrinas.” (Ashton, 1990, Pág. 16), dada la gran migración que existía en la época desde el campo a las ciudades. A partir de allí se iniciaron los movimientos de desarrollo para una Salud Pública, que se orientaban básicamente a la mejora de las condiciones de vivienda e higiene, y el aprovisionamiento de agua y alimentos bacteriológicamente seguros.

Durante el siglo XX, la medicina y la biología comenzaron a estrechar su vínculo cada vez más, aumentando los conocimientos relativos al sustento material de las enfermedades y hallando nuevos recursos químicos y físicos para llevar adelante diagnósticos y tratamientos efectivos. Parafraseando a Morales Calatayud (1999), el biologismo iniciado en el siglo XIX pasó a ser en el siglo XX ultratecnológico, teniendo gran impacto en la medicina y la sociedad. Al mismo tiempo, hacia visible una tendencia más racionalista que apunta a una comprensión multi-causal de la Salud – Enfermedad, hacia un enfoque ecológico que consideraba la Salud como el resultado de una interacción favorable y adecuada del hombre y su ambiente. Según este autor (1999), es en la segunda parte del siglo XX donde comienza a hablarse de la salud y la enfermedad como proceso, el cual debería ser abordado por diversas disciplinas y no solamente desde el punto de vista médico.

Como plantea Buss (2006), entre los años 1986 a 1991, se llevaron a cabo tres conferencias internacionales (Ottawa en 1986, Adelaida en 1988 y Sundsval en 1991) que impulsaron las ideas conceptuales y políticas actuales en referencia a la promoción de la salud, y así surge un nuevo proceso: salud- enfermedad-atención. “Este término está asociado inicialmente a un conjunto de valores: vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación, entre otros. Se refiere también a una combinación de estrategias: acciones del Estado, de la comunidad, de los individuos, del sistema de salud y de asociaciones intersectoriales” (Czeresnia y Machado de Freitas, 2006, Pág. 20)

1c -Orígenes y antecedentes de la psiquiatría en Uruguay

Como plantean Techera, et. al. (2010), es en el año 1880 que se inaugura el primer Manicomio Nacional, luego llamado Hospital Vilardebó. Antes de su creación, los locos vivían en la calle, cuidados por sus familias o eran encerrados en prisión si eran protagonistas de conductas antisociales. La construcción del hospital fue parte

del impulso modernizador que surgió en el país, junto con movimientos reorganizadores de la actividad agropecuaria y portuaria en Montevideo.

Desde 1860 existían los denominados nosocomios ubicados en la quinta de Teodoro Vilardebó, en dicho lugar los “locos” eran tratados atrocemente con cepos y castigos físicos. Es importante destacar la negativa de estos tratos por parte de los médicos de la época, aunque en aquel entonces la figura del médico no poseía autoridad, sino que ésta provenía de figuras religiosas como las Hermanas de Caridad, el médico era un especialista más entre parteras, barberos, homeópatas, curanderos, etc. La fundación del hospital coincide, entonces, con la etapa de modernización del Uruguay, que busca adaptarse a los cambios del capitalismo global, exigido por los países centrales. Estos cambios no solamente se relacionaban con el sector económico-financiero, sino también con lo político, lo social y lo cultural, que comienzan a influir en el cambio del modelo pastoril y caudillezco del Uruguay.

Siguiendo la línea que describen Techera, et. al. (2010), también en esta época surge en el país la psiquiatría como disciplina impulsada por la nueva Facultad de Medicina que tuvo gran participación en el proceso de secularización iniciado en 1860. A partir de allí y hasta 1920 tanto la medicina como la psiquiatría atraviesan un gran desarrollo, denominado por Barran (1990) como “disciplinamiento”.

En el Novecientos el poder médico se empieza a acentuar, al decir del autor, “Si la etiología de la enfermedad mental era física, el discurso del loco carecía de significado. No había por qué dialogar con él y descifrar sus sentidos ocultos, sino observar su conducta dentro de un panóptico -el Manicomio-, y su cuerpo en el laboratorio. El enfermo mental nada tenía que decir al psiquiatra”(Barrán, 1995, Pág. 130). La sociedad uruguaya “se medicalizó” como dice el autor. El médico tenía un papel clave en las familias, era recibido con gran respeto y mucha esperanza depositada en él, la misma que anteriormente era depositada en el sacerdote. Parafraseando a Techera, et. al. (2010) hacia 1910, en el hospital los internos ascendían a 1.500 personas y a raíz de esta sobrepoblación fue fundada en 1912 la Colonia Etchepare, establecimiento apartado de Montevideo, donde iban a ser alojadas las personas de los sectores más vulnerables de nuestra sociedad. Ya a mediados del siglo XX estas instituciones albergaban a 5.000 personas.

En los años cincuenta el Dr. Brandelli impulsó la laborterapia (la cura por el trabajo que tiene su origen en Alemania) como método terapéutico de tratamiento y

rehabilitación. Con ella trató de lograr lo que se llamó un “hospital activo”, donde se contemplaran “las necesidades espirituales, los problemas sociales y económicos” (Techera, et. al., 2010, Pág. 56). Según los principales periódicos de la época, la sociedad estaba tomando mayor conciencia de la enfermedad mental como fenómeno complejo relacionado a múltiples factores que iban más allá de lo meramente biológico. Además de esta innovación introducida por Barindelli, comenzaron a desarrollarse otras actividades en la institución, como por ejemplo deportes, paseos, exhibiciones de cine, etc. En estas nuevas formas de rehabilitación de los enfermos mentales participaron varios artistas y profesores del medio que colaboraban en el Hospital, ofreciendo diversas técnicas que buscaban adaptarse a los intereses y posibilidades de los internados.

Con el impulso de los psicofármacos en las próximas décadas, la enfermedad mental cada vez más se reduce a la sola explicación biologista. En 1958 Brandelli deja el Vilardebó y el hospital llega a convertirse en una simple fábrica de explotación de los internos, donde se producían zapatos, jabones, productos de carpintería y herrería que abastecía a toda la Salud Pública. Siguiendo con el planteo de Techera, et. al. (2010), tanto en el Hospital Vilardebó como en la Colonia Etchepare la vulneración a los pacientes era una práctica cotidiana, ya sea por las condiciones edilicias de encierro, por el modelo asilar, como por los tratamientos aplicados en base a los electroshock, la medicalización y los experimentos de los mismos con la finalidad de probar sus efectos en los pacientes con diagnósticos psiquiátricos.

Unos años más tarde, en 1969, con la participación de Juan Carlos Carrasco, se crean talleres de pintura y costura que desarrollan la creatividad de los usuarios del Hospital. Sin embargo, con la llegada de la dictadura Carrasco debió viajar a Francia, y fue allí que profundizó en sus estudios sobre la expresión libre, que luego serían de gran aporte en su regreso.

Actualmente el Hospital Vilardebó cuenta con talleres abocados a la rehabilitación, funcionan a la interna del hospital y en el exterior del mismo el Centro Diurno que brinda a los usuarios, tanto a los internados como los que fueron dados de alta, diversas propuestas que tienen que ver con lo artístico como talleres de música, plástica, expresión corporal, escritura y teatro.

Colonia Etchepare

Siguiendo la línea de investigación de Techera, et. al. (2010), La Colonia fue fundada en 1912 en base a un modelo asilar europeo, donde se enfatizaba la organización por pabellones y la cura a través del trabajo. En un principio el objetivo era crear un establecimiento modelo donde alojar a la mayoría de los pacientes crónicos que ocupaban el Vilardebó, y promover el contacto de los enfermos con la naturaleza. A fin de obtener los conocimientos requeridos para llevar adelante la dirección de esta institución, el Dr. Santin Carlos Rossi viajó al exterior y a su regreso cumplió esta función por diez años.

Continuando con el pensamiento de estos autores, en 1922 asume el cargo de director el Dr. Zabala quien, por no contar con los conocimientos necesarios, enfocaba la administración de la Colonia Etchepare erróneamente, a tal punto que "... muchos de los internos se paseaban desnudos buscando rayos de sol que templaran sus cuerpos helados por el invierno" (Techera, et. al., 2010, Pág. 70). A esta inoperancia por parte de los dirigentes, se sumaba la corrupción de los funcionarios, de forma tal que los alimentos e insumos que debían recibir los pacientes, eran comercializados en la zona por los propios empleados de la Colonia. Gran parte de los internados eran inmigrantes en condiciones de vida precarias, y generalmente los periodos de internación eran extremadamente prolongados. Hacia 1930 se registraban 2.000 pacientes.

En 1936 se aprueba la Ley del Psicópata, Ley N° 9.851, que en su texto promueve: proteger la vida psíquica y física del psicópata, asegurar con el máximo de cuidado la libertad del paciente, y finalmente, proteger a los bienes y a los terceros de las reacciones incontroladas del enfermo.

Más adelante, como mencionan los autores, en 1958 luego de retirarse del Hospital Vilardebo, Barindelli llega a la Colonia como parte de una Comisión Interventora por un año. La situación con la que se enfrentó incluía sobrepoblación, hacinamiento, problemas alimenticios, falta de vestimenta y abrigo, y escasa higiene. La población ascendía a 3.350 enfermos. Barindelli y Lorenzo Sachetti (secretario de la comisión) llevaron adelante modificaciones que tenían como objetivo la recuperación del enfermo mental a través de la humanización en la atención social y médica recibida. Este nuevo enfoque logró disminuir la sobrepoblación a 2.000 internados en un año.

Luego de esta primer Comisión Interventora pasaron varias más, y lentamente la población internada comenzó a disminuir ya que los diagnósticos psiquiátricos fueron ajustándose; hasta que de acuerdo a Arduino y Ginés (2013) en 2002 la Colonia Etchepare no llegaba a albergar a 500 personas, y junto con la Colonia Santin Carlos Rossi no sumaban 1000 pacientes. Los trastornos psiquiátricos que aquejaban a esta población eran: psicosis crónica, retardo mental, trastornos de la personalidad y alcoholismo. En 2005, se alertó que la comunidad de las colonias se encontraba en una situación de emergencia humana, donde los Derechos Humano y Civiles estaban siendo afectados. Con la nueva administración de gobierno iniciada en el mencionado año, se llevaron a cabo planes de mejoramiento del hábitat de los pacientes de las colonias y se implementaron programas comunitarios con fines de rehabilitación. Arduino y Ginés (2013) mencionan que el Informe de Gestión de 2011 reporta que la población de las colonias en el país asciende a 830 personas.

A modo de cierre de este primer capítulo es importante destacar, como plantean Del Castillo, Villar y Dogmanas (2011), que durante los últimos años se han llevado adelante cambios que promovieron una disminución de la población asilar. Dentro de estos cambios los autores identifican: “el desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental (1986), la humanización de los tratamientos, la descentralización de los servicios asistenciales, la creación y desarrollo de la Red de Salud Mental y la mejora en los tratamientos psicofarmacológicos” (Del Castillo, et. al., 2011, Pág. 85). En esta misma línea, Cano (2013) menciona que la población manicomial descendió desde fines de los años 50 de 18 personas cada 10.000 habitantes, a 3 personas cada 10.000 habitantes en los comienzos del siglo XXI.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES INTERNACIONALES DE REFORMA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

2-a Antecedentes europeos

Tal como lo plantean Techera, et. al. (2010), la reforma en Italia se inicia con el movimiento de Franco Basaglia. Él inició sus tareas como director del Hospital Psiquiátrico de Trieste en el año 1971, con la idea fundamental de separar la enfermedad mental del dualismo normalidad-anormalidad del que había estado unida

desde siempre. Dentro de las primeras medidas implementadas en el hospital se destacan: eliminar las terapias de electroshock, evitar la contención de pacientes por coacción física, e implementar espacios de asambleas para pacientes y funcionarios con el fin de tomar decisiones. Cabe destacar la labor de Franco Basaglia, impulsor de la humanización de los hospitales psiquiátricos dando poder a los pacientes, enfermeros, y médicos dentro del hospital para que se reunieran en asambleas y así decidir juntos una reorganización institucional hospitalaria tendiendo a la participación y mejorando la internación. Solo cuatro años después de iniciada la dirección del hospital por Franco Basaglia, se había producido la salida de muchos pacientes de la institucionalización hospitalaria. Luego, en 1977 surgen los primeros centros territoriales para aquellos pacientes dados de alta o usuarios en crisis; a estos centros se les suman los grupos residenciales con el fin de ofrecer un lugar donde vivir a estos pacientes.

Parafraseando una vez más a Techera, et. al. (2010), en 1978, se aprobó la Ley 180 (Incluida luego en la Ley 833 de Salud Pública Italiana). Con ella se produce la consolidación de la asistencia psiquiátrica que reemplaza el modelo hospitalario. No se permite el ingreso de nuevos pacientes en los hospitales psiquiátricos públicos, promoviendo que los mismos permanecieran en los hospitales como “huéspedes”, es decir: por cortos periodos de tiempo y de forma voluntaria siempre que fuera posible. Uno de los objetivos de esta ley fue diseñar instrumentos concretos que desplazaran el eje de la atención desde el polo manicomial al territorial, acercando la atención a la comunidad y a la vida social de los ciudadanos. Una de las formas en que esto se hizo posible, consistió en crear dentro del Hospital una cooperativa con las mismas reglas económicas del mundo laboral, los internados participantes de la misma eran huéspedes voluntarios para tratar su padecimiento y se posibilitó que los egresados también fueran parte de ella como forma de sobrevivencia fuera de la institución. Ésta Cooperativa denominada “Lavoratori Uniti” (Trabajadores Unidos) fue apoyada por la OMS siendo divulgada en otros países para la implementación de iniciativas similares.

Como plantea Evaristo (2013), “el equipo de Franco Basaglia ha desplazado la atención sobre la persona internada y sus variadas problemáticas, para afrontar con respeto la diversidad y organizar acciones de recuperación bio-psico-social de la discapacidad” (Evaristo, 2013, Pág. 14). De esta manera queda en evidencia el modelo comunitario en el cual se basa la asistencia psiquiátrica en Trieste. Muchos aspectos pueden destacarse en este sistema utilizado en Italia:

- La organización en red que incluye: Departamento de Salud Mental, los Centros de Salud Mental Territoriales, el Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento Hospitalario, y la Estructura de rehabilitación.
- La rehabilitación como acompañamiento en la adquisición de habilidades de la vida diaria, como la inserción laboral.
- Favorecer el encuentro entre lo diverso y lo normal en una sociedad tolerante.
- Y, la desinstitucionalización, con el fin de evitar la deshumanización del poder institucional y devolver a la población hospitalaria sus Derechos.

Más allá de los obstáculos con los cuales podría enfrentarse esta reforma según Evaristo (2013), se resalta la convicción de Basaglia al decir que “si a caso el proceso de desinstitucionalización se para o vuelve atrás, queda probado que es posible tratar la locura sin manicomios” (Evaristo, 2013, Pág. 22)

Otro gran aporte europeo de acuerdo a Techera, et. al. (2010) viene desde España. A partir de 1984 la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica da inicio a la atención Comunitaria mediante la sustitución progresiva de los viejos manicomios, y la creación de servicios de agudos en los hospitales generales, impulsada por un cambio político con la Constitución de 1978. Es en Andalucía donde comienza el movimiento de descentralización del sistema de atención en Salud Mental, desplazándolo desde el manicomio a la comunidad por medio de una Red que incluía dispositivos asistenciales y servicios sociales.

En 1986 fue creada la Ley General de Sanidad, y en su texto se muestran las pautas a seguir para la reforma de la atención en Salud Mental. En su capítulo III, artículo XX, se establece que “la atención a los problemas de Salud Mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención en domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización” (Ley General de Sanidad 14/1986, Pág. 11) En esta misma línea, se establece que en caso de procesos que sí requieran hospitalización, ésta se realizaría en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. A su vez, se plantea el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social de los enfermos mentales a través de servicios sociales; éstos también estarían a cargo de las tareas de prevención primaria y atención a los problemas psicosociales.

2-b Antecedentes Latinoamericanos

Siguiendo la línea de análisis de Caldas de Almeida (2007), es en la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, celebrada en Caracas, Venezuela, en el año 1990 que se adopta la “Declaración de Caracas”. A partir de allí comienza un proceso de cambio en la atención de salud mental en Latinoamérica y el Caribe. En la declaración se expresa que “la atención convencional, no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva”. (1990, Pág. 2). Dando cuenta de esta manera que el tratamiento en la comunidad no solo es posible, sino que se evidencia una mejor relación costo-efectividad que con el modelo hospitalario tradicional.

Históricamente la salud mental ha sido dejada de lado, careciendo de recursos adecuados en tanto no ha sido prioridad en las agendas gubernamentales, es por esto que la implementación de estos objetivos y metas no han avanzado lo suficiente. De acuerdo a la OMS (2011), el sector de salud mental recibe solamente entre 2 y 5 % del presupuesto sanitario en 46 % de los países y menos de 2 % en 30 % de los países. Cabe destacar que en los últimos años, lentamente la salud mental viene tomando relevancia en la agenda política de las sociedades latinoamericanas. Así como también se vienen formando asociaciones de usuarios y familiares existiendo diversas experiencias donde la lucha y defensa por los derechos humanos en personas afectadas por trastornos mentales tiene prioridad. Como plantea Caldas de Almeida (2007), la OPS/OMS tuvieron como principal objetivo referente a la Salud Mental, fortalecer la capacidad de los países para elaborar e implementar planes de políticas públicas adecuadas organizando servicios, capacitando recursos humanos, brindando servicios de calidad informativa, legislando, etc., a través de la redacción de guías útiles que promovieran el desarrollo de la atención psiquiátrica en América Latina y El Caribe.

A fin de esclarecer el devenir histórico de los servicios de Salud Mental en América Latina y El Caribe, Rodríguez (2011) identifica los siguientes antecedentes luego de la Declaración de Caracas de 1990:

- 1997 y 2001: el Consejo Directivo de la OPS instó a los Estados miembros a incluir la Salud Mental como prioridad e intensificar las actividades a desarrollar en este plano.

- 2005: se desarrollo en Brasilia, Brasil, la Conferencia Regional para la reforma de los Servicios de Salud Mental, donde se destacan experiencias tales como la movilización cultural, la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención, que formaban parte de la incipiente reforma brasileña.
- 2008: la OMS presento el Programa de acción que superaría las brechas en Salud Mental, enfocándose a mejorar y ampliar la atención de los trastornos mentales, neurológico y por abuso de sustancias.

Según Rodríguez (2011), en 2004 la OPS/OMS identificaron que los trastornos mentales y neurológicos en America Latina y El Caribe representaban el 21% de las enfermedades. Lo más alarmante, sin embargo, es la gran brecha entre los enfermos existentes y aquellos que efectivamente reciben tratamiento, la cual en ese entonces se encontraba en el 60%. También se menciona en este artículo que en la evolución efectuada por la OPS/OMS se observo que el 66% de los países americanos contaban con Planes Nacionales de Salud Mental, y de ellos el 71% había sido aprobado o revisado en 2005 o posteriormente. Dos elementos importantes que destaca el autor mencionado anteriormente (2011) en relaciona la cooperación brindada tanto por la OPS y la OMS en Las Américas, son los Derechos Humanos y la Atención Primaria en Salud Mental respecto a los enfermos mentales. En cuanto a los primeros “los principales problemas que se mencionan son: la falta de acceso a los servicios de salud, las restricciones a su libertad personal, la falta de oportunidades laborales, la exclusión de los sistemas educativos y las condiciones de vida inadecuadas en instituciones psiquiátricas.” (Rodríguez, 2011, Pág. 90). Por otro lado, el hecho de incorporar la Salud Mental al campo de la Atención Primaria en Salud “es la manera mas efectiva y viable de disminuir la brecha de tratamiento existente para las personas con trastornos mentales y permite asegurar su acceso a la atención que requieren” (Rodríguez, 2011, Pág. 91)

De acuerdo con Rodríguez (2011), a pesar del largo y complejo camino recorrido en America Latina y El Caribe intentando salir del tradicional modelo hospitalario e insertarse en uno de base comunitaria, se han logrado avances en asuntos tales como legislaciones, servicios, Derechos Humanos, y sobre todo se ha logrado mayor conciencia por parte de los gobiernos y las sociedades en cuanto a los trastornos mentales, la brecha de tratamiento existente y la estigmatización que aun circunda a los enfermos mentales.

2 – c Antecedentes Regionales

Brasil

Autores como Techera, et. al. (2010), plantean que el inicio de la reforma psiquiátrica en Brasil se inició a finales de la década del 70 con el surgimiento del Movimiento de Trabajadores de Salud Mental (MTSM). A nivel de políticas públicas surgieron iniciativas variadas, entre las cuales se destacaban los nuevos planes de San Pablo y Rio Grande del Sur, y la reforma del Servicio Nacional de Enfermedades Mentales dentro de la División Nacional de Salud Mental. Paulo Amarante (parafraseado por Techera, et. al., 2010), médico brasileño, consideró que en su país la reforma atravesó tres momentos diferenciados:

1. Trayectoria Alternativa: durante el gobierno militar iniciado en 1964, el MTSM recibió gran cantidad de denuncias y acusaciones acerca de la asistencia psiquiátrica de la época (torturas, fraude, corrupción), teniendo un papel de suma importancia en la División de Salud hasta lograr en 1978 su dirección.
2. Trayectoria Sanitarista: iniciada en los primeros años de la década de los 80, donde los movimientos de reforma van ganando su lugar en los órganos directivos y administrativos del Estado. A su vez comienzan a considerarse las ideas impulsadas por la OPS en cuanto a la medicina comunitaria, la atención primaria, la regionalización, etc.
3. Trayectoria de Desmanicomialización: en 1985 con la primer Campaña Nacional de Salud Mental surgieron en San Pablo los Centros de Atención Psicosocial y los Núcleos de Atención Psicosocial. De esta forma se descentraliza la atención psiquiátrica y se brindan servicios tanto ambulatorios como de internación.

De acuerdo a Berlinck (2009), más adelante debido a la influencia de la Declaración de Caracas en 1990 y el surgimiento a lo largo de la década de programas psicosociales para pacientes psiquiátricos (que tienen como fin asistir e incluir en la dinámica de la vida diaria y el trabajo asistido), se promulga en abril de 2001 la Ley N° 10.216 que dispone la protección de Derechos de las personas con trastornos mentales y da una nueva orientación en el modelo asistencial en Salud Mental; ya que reglamenta el cuidado especial de los pacientes que permanecen largo tiempo internados e incluso prevé posibles sanciones en casos de internaciones involuntarias o innecesarias. Siguiendo en esta línea, en 2003 se agrega la Ley N°

10.708; con ella se regulariza el auxilio-rehabilitación psicosocial para pacientes con Trastornos Mentales dados de alta, de esta forma se promueve la desinstitucionalización de aquellos pacientes que habían estado internados por largo tiempo en el hospital psiquiátrico, incluyéndolos en programas de Salud Mental extrahospitalarios.

Tomando en este punto el planteo de Prado (2012), queda claro entonces que “la consolidación de la reforma psiquiátrica brasileña implica la transformación de conocimientos y prácticas en relación al padecimiento mental, percepción de la complejidad del objeto de intervención, reconsideración del sufrimiento psíquico y, efectivamente acabar con manicomios externos e internos” (2012, Pág. 1) De esta forma, parafraseando a Amarante (2009), se crean condiciones y nuevas prácticas terapéuticas que tienen como objetivo la inclusión en la sociedad y la cultura; ya que la construcción de ciudadanía implica un proceso social complejo que debe ser recuperado como derecho de las personas que han sido “depositadas” en los dispositivos manicomiales.

Argentina

Según plantea Falcone (2010), a partir de 1946 comienza un cambio importante en cuanto a Salud en Argentina, ya que prevalece la idea de Estado prestador de servicios de salud y se crea la Secretaria de Salud Pública. Años más tarde, en 1957, se creó el Instituto Nacional de Salud Mental dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Los objetivos de este instituto se dirigían hacia la prevención de enfermedades neuropsiquiátricas, promover la investigación científica en la materia, prestar asistencia integral a los enfermos mentales y contribuir a su recuperación y rehabilitación sociales.

En las décadas de los 70 y 80, como plantea Ottaviano (2011), la situación tanto política como social que se vivía en vecino país ofició de freno para el proceso de apertura que se había iniciado. Tal es así, que se destruyen los servicios de Salud Mental y muchas instituciones fueron intervenidas durante la dictadura militar. Luego, con el retorno de la democracia, entre 1983 y 1989, la Salud Mental fue considerada una política prioritaria en salud. En el entendido de que los efectos en las víctimas directas de la dictadura y el entramado social habían sido devastadores sobre la calidad de la Salud Mental colectiva y sobre los sistemas de atención y rehabilitación.

Tal como plantea el colectivo Cooperanza (2013), en los años 90 se produjeron sucesos en Argentina que afectaron los espacios macropolíticos. Se mencionan dos de ellos: 1989, con la ascensión del presidente Carlos Menem se inició un ciclo de privatizaciones, se incrementa la tasa de desempleo y se abandonan la educación y la salud pública. Las repercusiones de estos hechos en lo social, muestran desinterés de la clase media, complicidad de los medios de comunicación y varios focos de represión. El otro hecho, que no solo golpeó a Argentina, fue la crisis iniciada en el 2000, donde surgen resistencias en asambleas barriales y situaciones económicas que llevaron a situaciones límite como el trueque como forma de comercio.

En julio del año 2000 se promulga la Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, que en su artículo 2do expresa: “el reconocimiento de la Salud Mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya perseveración y mejoramiento implica una dinámica de construcción social. La salud Mental es inescindible de la Salud Integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo” (2000, Pág. 1) Sin embargo, como plantea Ottaviano (2011), es con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 promulgada en 2010 que se inició un nuevo periodo en relación a la temática. Con esta ley se establece el cierre de los hospitales psiquiátricos, la integración de los enfermos mentales a la comunidad y el respeto a los Derechos Humanos de éstos. De esta manera comienza un proceso de desmanicomialización que incluye el trabajo interdisciplinario y una atención integral del paciente, y donde se garantizan los derechos a la intimidad, a vivir en comunidad, a atención sanitaria adecuada, a la no discriminación, a la autonomía personal, a la información sobre su estado de salud, a mantener los vínculos familiares y afectivos.

Otro de los derechos que se reconocen en el texto de esta Ley es el de Identidad, ya que según lo mencionado por el Ministerio de Salud de Argentina (2011), el sistema de aislamiento y encierro generó diversas violaciones a los Derechos Humanos de las personas internadas, entre las cuales se incluyen la pérdida de identidad. A fin de cumplir con estos objetivos normativos, el Ministerio garantiza un financiamiento en aumento progresivo de las partidas destinadas a la Salud Mental, que llegarían al 10% del presupuesto total de salud.

Finalmente, como lo menciona Gorbacz (2011), esta Ley de Salud Mental en la vecina orilla no es el principio ni el fin del proceso, ya que es un movimiento iniciado mucho antes de esta legislación, ni es el fin porque “un proceso político (la reforma en

Salud Mental no es otra cosa), no se hace de un día para otro ni queda resuelto solo por una Ley” (2011, Pág.114). Tal como lo expresa el diputado, el cierre de los hospitales psiquiátricos, manicomios e instituciones de internación es el fin al que busca llegar esta ley, “desmontar el aparato represivo que se ha montado... sobre las practicas en Salud Mental” (2011, Pág. 112)

Chile

Minoletti, Rojas y Sepúlveda (2010), sitúan el periodo de la primera reforma e Salud Mental en Chile entre 1950 – 1973, marcando este periodo por el impacto de la Segunda Guerra mundial en la Salud Mental de las personas y por el avance a nivel mundial de la farmacoterapia. En este país se destacan en este periodo la incipiente inserción de la psiquiatría y la Salud Mental en las instituciones de salud general, el surgimiento de las primeras investigaciones en epidemiología psiquiátrica y la creación del Programa Nacional de Alcoholismo.

Siguiendo la línea de estos autores, en 1966 se desarrolla el Primer Plan Nacional de Salud Mental, con él se iniciaron los trabajos en Psicología Comunitaria. Se proponía un abordaje del vinculo, el dialogo y la intervención diferente en el trato con el enfermo mental, se promueve la participación activa de otros profesionales en las tareas y líderes comunitarios. En 1973, este desarrollo se ve interrumpido por la Dictadura Militar como plantean Minoletti, et. al. (2010). Las experiencias de Salud Mental comunitaria que se desarrollaban hasta entonces quedaron extinguidas, suspendidas o proscritas y quienes habían participado en estas actividades fueron exiliados, presos e incluso asesinados. Una vez concluida la Dictadura militar, se inicia una nueva etapa en la reforma de salud chilena; se establece como problemas prioritarios de Salud Mental el abordaje de la violencia política ejercida durante la Dictadura, la violencia domestica, las adicciones y el trabajo de rehabilitación y reinserción social de personas con trastornos psiquiátricos severos.

Según lo expresado por Minoletti y Zaccaria (2005), en Chile se destacan dos planes nacionales de Salud Mental y psiquiatría. El primero surgió en 1993, con el cual se introdujeron nuevas prácticas que forman la base del segundo plan, el cual fue elaborado en cuanto a la atención en red. Este ultimo plan fue aprobado en el año 2000, siguiendo los lineamientos propuestos por la OMS, proponiendo servicios de salud generales y creando abordajes intersectoriales. Al igual que Brasil y Argentina, “estos programas tienen un enfoque bio-psico-social y dan prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar continuamente la calidad

de atención, con la participación activa de los usuarios, sus familias y organizaciones locales.” (Minoletti y Zaccaria, 2005, Pág. 346)

Retomando el planteo de Minoletti et. al. (2010), el proceso de implementación del Plan Nacional de Salud Mental y psiquiatría 2000 - 2010 incluyó un aumento de recursos financieros disponibles para Salud Mental en todos los servicios de salud: el presupuesto dentro del presupuesto total de salud aumentó del 1 al 3%. Y también un incremento en la cobertura de servicios de atención de Salud Mental que incluyó: más camas de psiquiatría en los hospitales generales, aumento de las plazas en hospitales de día, mayores unidades ambulatorias de Salud Mental y psiquiatría, aumento del porcentaje de centros de atención primaria con psicólogos de 23 a 100%, y aumento de lugares en hogares y residencias protegidas de 488 a 1244.

Considerando los aportes de Valdés y Errázuriz (2012), el gobierno de Chile dió a conocer en 2011 la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 – 2020. En esta política pública se reconoce que las enfermedades mentales influyen negativamente en la calidad de vida de las personas, aumentan el riesgo de enfermedades físicas y producen un alto costo para el Estado. Dentro de los 50 nuevos objetivos que se plantean en esta estrategia, 4 se enfocan en metas relacionadas a la Salud Mental: “disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental; reducir el consumo y riesgo asociado al alcohol; disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas; y disminuir la mortalidad adolescente generada por suicidios.” (2012, Pág. 4)

CAPÍTULO 3

REFORMA DE ATENCION EN SALUD MENTAL EN URUGUAY

3-a Plan Nacional de Salud Mental

Para dar inicio a este capítulo seguiremos lo expuesto por Techera, et. al. (2013), quienes consideran que las políticas Públicas en relación a la Salud Mental en nuestro país tienen sus inicios al menos desde fines del siglo XIX, con la apertura del Hospital Vilardebó. El modelo manicomial sustentado por la Ley N° 9581 de Asistencia al Psicópata (de 1936) se desarrolló hasta fines de los años 60, cuando el informe Chanot realizado por la OPS dejó ver las carencias y la necesidad inmediata de transformar el modelo de asistencia en Salud Mental.

Al igual que en Argentina, Brasil y Chile, y como lo plantean Ginés, Porciúncula y Arduino (2005); luego de la apertura democrática de la década del 80, surgen nuevos movimientos en el país y por lo tanto esperanzas en el ámbito de la Salud Mental en relación a las condiciones de existencia y derechos de los usuarios/as. El 1986, estos movimientos dieron lugar al Plan Nacional de Salud Mental probado por el MSP. La cooperación lograda por diversas instituciones, entre las cuales se encuentra la Universidad de la República y la participación de la comunidad, guiados por los aportes de OPS/OMS, fueron decisivas. Un nuevo informe, a cargo esta vez de la ONG Mental Disability Rights International en 1995, deja en evidencia nuevamente las dificultades de Uruguay: “El maltrato generalizado a los internados, el casi exclusivo uso de psicofármacos y electroshock, la falta de personal especializado. Entre otras cosas se recomienda profundizar en estrategias alternativas y comunitarias.” (2013, Pág. 21)

Parafraseando a Ginés, et. al. (2005) el ciclo electoral iniciado por el Frente Amplio tuvo gran importancia en la transformación del sector salud. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud fue prioridad para el gobierno de izquierda, transformando el modelo asistencial, el financiamiento, la gestión y la participación activa de la sociedad. Un elemento destacado en el avance del SNIS y especialmente en el PNSM es la calidad y compromiso del personal trabajados de la salud. “De ahí la prioridad que deben conceder los servicios universitarios formadores de técnicos, al entrenamiento en habilidades básicas de encuentro, semiología y clínica, con aportes de conocimientos operativos imprescindibles en las acciones de salud.” (Ginés et. al., 2005, Pág. 139)

El establecimiento de un Plan Nacional de Salud Mental va en sintonía con la definición de salud dada por el preámbulo de la Constitución de la OMS, allí se la define como “un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013) El artículo 44 de nuestra Constitución establece que: “El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad.” (Constitución de la República, 2004) En este sentido, como plantea Ginés (2013), el Plan Nacional de Salud Mental implicó un gran desarrollo en cuanto a la concientización acerca de los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales.

De acuerdo a lo planteado por Techera, et. al. (2013), si nos enfocamos en los antecedentes del PNSM, encontramos que éste fue aprobado en 1986, promovido por un amplio movimiento desde múltiples sectores de la población organizada: grupos de familiares de personas con trastornos mentales, Universidad de la Republica, sociedades científicas y gremiales. A partir de estos movimientos surgen la Comisión asesora Técnica Permanente y el Programa Nacional de Salud Mental. Asimismo, el organismo rector (MSP) del cual emanan los lineamientos pragmáticos, trabaja en conjunto con la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata creada en 1948, para dar un cuerpo de normas para el bien de los usuarios/as de salud mental. El siguiente mojón temporal está dado por una estrategia independiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE/MSP) del año 1996, donde se proyectó y se desplegó un plan de Salud Mental a través de los Centros de Salud y Equipos de Salud Mental que obtuvo resultados disímiles. Los antecedentes mas recientes del actual plan de Salud Mental comienzan a gestarse en 2005 cuando se crea la Coordinación de Salud Mental de ASSE – MSP. A partir de este punto es que el referido plan alcanza un enfoque más sistémico y por tanto de impacto más global sobre la población. Finalmente en el año 2010 comienza a elaborarse el Plan de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS.

Sin embargo, de acuerdo a lo planteado por De Leon (2012), fue en el 2005 que la Comisión Asesora Técnica Permanente del PNSM identificó dos problemas importantes en materia de Salud Mental en nuestro país: la marginación de quienes sufren trastornos mentales y el retraso en la incorporación de recursos para psicoterapia y psicosociales en las IAMC y en servicios públicos. Es a partir de ese momento que se convocó la formación de grupos de trabajo que se abocarían al cambio del modelo de atención en Salud Mental, y al agiornamiento a nivel de legislación, al decir de Antunez (2012). De esta forma se da origen al denominado Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la Republica Oriental del Uruguay.

En su primer artículo versa: “la presente Ley tiene por objeto garantizar en la República Oriental del Uruguay el derecho humano a la Salud Mental de todas las personas, tanto en forma individual como familiar, grupal o comunitaria, así como su calidad de sujeto de derecho, no perdiéndose, ni suspendiéndose ésta, en ninguna circunstancia” (2009, Pág.. 2). De esta forma, como plantea Antunez (2012) se resalta la responsabilidad otorgada al Estado en la tarea de promover y apoyar las acciones necesarias para defender los derechos de las personas con discapacidad. A pesar de

que el Anteproyecto constaba con 7 capítulos ya aprobados por la CATP, “sucesivos cambios en la Dirección del Programa Nacional de Salud Mental del MSP no facilitaron la continuidad de la producción del Anteproyecto, encontrándose en la actualidad en perspectivas de elaboración final” (Antúnez, 2012, Pág. 12) desde el año 2008. Es importante mencionar en este punto, que en el año 2010 se aprobó la Ley Nacional N° 18.651 de protección Integral a los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual se refiere a personas con alteración funcional física o mental, complementando de esta manera la protección de los Derechos de los usuarios/as en la medida que tengan imposibilidad o dificultad para ejercerlos o defenderlos, según explica Ottonelli (2013).

3-b Plan de implementación de Prestaciones en Salud Mental

Retomando los planteos del Plan de implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS que comenzó a regir en setiembre de 2011, se establece en su texto que las prestaciones en Salud Mental, “con accesibilidad para todos los usuarios no solo es esperable que repercuta en esta área, sino que logre cambios en diferentes aspectos de la conducta, tanto en la mente como en el cuerpo y en el mundo externo, beneficiándose no solamente la persona, sino la familia, la sociedad y el resto del sistema de salud.” (2011, Pág. 5) Como plantea Ottonelli (2013), estas prestaciones abarcan dentro de su área de trabajo la prevención, promoción y detección precoz de las patologías; además de proporcionar gran importancia a la rehabilitación través de la integración de los pacientes al medio cotidiano.

Prosiguiendo con el texto del Plan, en él se establecen las prioridades, las modalidades y los objetivos de cada una de ellas, cada una de las cuales se detallan a continuación.

El plan aprobado establece seis prioridades:

1. Abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etáreas, con las especificidades correspondientes a la niñez y adolescencia y por otra parte al adulto, incluyendo los aspectos instrumentales, psicológicos y sociales.
2. Que la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud.
3. Priorizar el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables.

4. Actuar sobre aquellas situaciones más frecuentes para contribuir a facilitar el desarrollo saludable de niños, adolescentes y jóvenes.
5. Poner el acento en aquellos motivos de consulta más frecuentes en la infancia y adolescencia cuya atención puede actuar como prevención de situaciones posteriores de exclusión, violencia o muerte prematura.
6. Poner el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud.

La población objetivo se divide en dos grupos, cada uno con sus respectivas modalidades de abordaje. La metodología de implementación presenta una clara caracterización por tramos de edades correspondiente a las categorías de niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

Jóvenes y adultos

MODO 1. En este Modo son intervenciones grupales dirigidas a las siguientes poblaciones objetivos:

1. Familiares o referentes afectivos de personas con uso problemático de sustancias (cocaína, pasta base de cocaína).
2. Familiares de usuarios que tengan diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar grave.
3. Usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana).
4. Usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intentos de autoeliminación en el último año.
5. Personas en situación de violencia doméstica.
6. Docentes de enseñanza primaria que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral.
7. Docentes de enseñanza secundaria y técnica que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral.

8. Personal de la salud, que consulte por temáticas vinculadas a su actividad laboral.

Los grupos son en principio abiertos a la entrada y salida de participantes, se accede libremente o por derivación.

MODO 2. El objetivo de esta modalidad es brindar atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal, dirigida a:

1. Usuarios con intentos de autoeliminación.
2. Usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive y,
3. Docentes de enseñanza inicial, preescolar, primaria y de los Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAIF), docentes de enseñanza secundaria y técnica y trabajadores de la salud.

Los prestadores deben contar con un Comité de Recepción que recibirá al usuario antes de los 30 días de planteado el requerimiento por el usuario. En caso de intentos de autoeliminación y consumo problemático de sustancias los tiempos de espera serán de hasta 48 horas y una semana respectivamente.

MODO 3. En este Modo el objetivo es proporcionar atención individual o grupal. Esta atención psicoterapéutica estará orientada a la rehabilitación de:

1. Usuarios con consumo problemático de sustancias: cocaína, pasta base de cocaína.
2. Usuarios con trastornos mentales severos y persistentes (TMSP). Comprende a portadores de Psicosis Esquizofrénica y Trastorno Bipolar.

El Comité de Recepción tiene un plazo de 30 días para analizar el caso y otros 30 días para iniciarse la prestación. En el caso de usuarios con consumo problemático de sustancias, los tiempos de espera no serán mayores de una semana.

Niños y adolescentes

MODO 1. El objetivo de este Modo es realizar intervenciones grupales, o grupos talleres dirigidas a las siguientes poblaciones objetivo:

1. Padres (o familiares) con hijos en edad pre-escolar, escolar y adolescente (grupos-talleres de orientación en desarrollo y crianza).
2. Padres (o familiares o referentes afectivos) con hijos con discapacidad mental, física o trastornos del espectro autista.
3. Adolescentes (Espacios de intercambio).
4. Embarazadas primerizas.
5. Puérperas primerizas o pareja parental primeriza.
6. Madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión.
7. Educadores y cuidadores de niños de la primera infancia (Grupos talleres de orientación).
8. Niños con dificultades en la inserción escolar.
9. Niños con indicación de intervenciones quirúrgicas (psicoprofilaxis quirúrgica).

Los grupos serán abiertos a la entrada y salida de participantes (como excepción y por razones técnicas fundamentadas se aceptarán grupos cerrados).

MODO 2. El objetivo de este Modo es brindar atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia. Esta atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia estará dirigida a:

1. Madres deprimidas en el primer año de vida del niño.
2. Niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje.
3. Niños y adolescentes con problemas situacionales o adaptativos: situaciones de violencia, abandono, pérdida de un familiar cercano o referente afectivo, separación de los padres, migración, dificultades de relación con pares,

portadores de enfermedades orgánicas crónicas e hijos de personas con enfermedades mentales severas o adicciones.

4. Niños que tengan una intervención quirúrgica de alta complejidad.
5. Niños y adolescentes con intentos de autoeliminación.

Los abordajes serán individuales, grupales o de familia de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.

MODO 3. El objetivo de este Modo es proporcionar atención psicoterapéutica individual o grupal. La atención psicoterapéutica individual o grupal que incluirá entrevistas con adultos referentes, tendrá como población objetivo a niños y adolescentes con:

1. Dificultades de aprendizaje específicas no resueltas en el Modo anterior.
2. Situaciones de abandono, violencia sexual o intrafamiliar no resueltas en otros niveles del sistema de salud.
3. Discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista.
4. Consumo problemático de sustancias psicoactivas (cocaína y pasta base de cocaína).
5. Trastornos disruptivos.
6. Trastornos del humor.
7. Trastornos de ansiedad.

Las prestaciones serán individuales o grupales de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción. Los usuarios con dificultades de aprendizaje, discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista serán atendidos en equipo interdisciplinario o con los técnicos que el Comité de Recepción indique (incluye al menos: fonoaudiología, psicopedagogía, psicomotricidad, maestra especializada y psicólogo).

3-c Situación actual del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental

Luego de la implementación del Plan, el MSP dió a conocer los resultados de la evaluación (realizada en marzo y mayo 2012) que estuvo a cargo del Lic. Hebert Tenenbaum. Entre los datos revelados se menciona en primer lugar que dentro de las instituciones que enviaron en tiempo y forma la información solicitada no se encuentra ASSE, por lo tanto solo se relevaron datos correspondientes al subsector privado de salud (IAMC y Seguros).

A continuación se muestran algunas de las tablas proporcionadas por el MSP que reflejan datos importantes de destacar referentes a los recursos humanos destinados a las nuevas prestaciones y el funcionamiento general de los distintos modos. Si se desea visualizar el estudio completo, puede encontrarlo en: http://www.psicologos.org.uy/documentos12/20121120_PP_Eval-mayo12_final.pdf

Recursos Humanos para atención directa:

RRHH PROPIOS – ATENCIÓN DIRECTA MAYO/12	Cantidad de Personas	Horas mes contratadas	Horas mes empleadas
Psiquiatras	88	3840,20	3812,50
Lic. en Psicología /Psicólogos	152	8705,00	8486,90
Lic. en Trabajo Social	19	868,50	706,50
Lic. En Enfermería	10	604,00	472,00
Otros técnicos	30	2122,83	1716,83
TOTAL	<u>299</u>	<u>16.142,53</u>	<u>15.194,73</u>

Recursos Humanos para coordinación y/o administración:

RRHH PROPIOS – COORDINACIÓN/ADMINISTRACIÓN MAYO/12	Cantidad de Personas
Psiquiatras	50
Lic. en Psicología /Psicólogos	39
Lic. en Trabajo Social	5
Lic. En Enfermería	6
Otros técnicos	22
TOTAL	<u>122</u>

Recursos Humanos contratados por hora o sesión:

RRHH CONTRATADOS POR HORA O SESIÓN	Cantidad de Personas	Cantidad de horas pagadas
Psiquiatras	44	588
Lic. en Psicología /Psicólogos	226	5.803
Lic. en Trabajo Social	2	52
Lic. En Enfermería	0	0
Otros técnicos	8	134
TOTAL	<u>280</u>	<u>6.577</u>

Beneficiarios de atención en cada modalidad:

BENEFICIARIOS DE ATENCIÓN Poblaciones Objetivo		MARZO 2012	MAYO 2012
Niños y Adolescentes	Modo 1	394	580
	Modo 2	590	1586
	Modo 3	353	795
	Subtotal	1.337	<u>2.961</u>
	IAE	15	21
	UPS	5	0
Adultos	Modo 1	361	537
	Modo 2	999	1353
	Modo 3	337	413
	Subtotal	1.797	<u>2.303</u>
	IAE	174	261
	UPS	244	286
Pareja/Familia		27	85
s/d		196*	3
TOTAL		3.357	<u>5.352</u>
Usuarios con IAE		189	<u>282</u>
Usuarios con UPS		249	<u>286</u>

La Coordinadora de psicólogos (2012), con el fin de conocer como ha sido el impacto de las Prestaciones en Salud Mental, instrumentó un cuestionario dirigido a sus socios, del cual se pueden destacar los siguientes puntos:

- En su mayoría los psicólogos son contratados como unipersonales terciarizadas, siendo ellos mismos los responsables de los costos requeridos para la atención (por ejemplo: alquiler de consultorios).

- Se trabaja principalmente en los Modos 1 y 2, dentro de los cuales se prevalece a los niños y adolescentes sobre los adultos.
- Se destaca la útil tarea del Comité de Recepción Derivación presente en la mayoría de las instituciones.
- Y, en muchos casos se menciona como elementos de oportunidad de mejora el aumento salarial y el hecho de que la institución contratante pueda hacerse cargo de los costos (principalmente de alquileres de consultorios o que éstos puedan ser establecidos dentro de la institución).

En una nota publicada en El Observador, el director de Salud Mental de ASSE, Porciúncula (2013), califica como negativo el impacto de las nuevas prestaciones en Salud Mental, tanto desde el punto de vista monetario como de Recursos Humanos. Y, además, plantea que más allá de que el modelo a seguir a nivel teórico está claro, el hecho de poder trabajar con la comunidad no es fácil, así como tampoco lo es el no contar con lugares de residencia intermedios para quienes son dados de alta del Hospital Psiquiátrico. Por otro lado, hace mención al hecho de que actualmente los profesionales de las instituciones no solo atienden pacientes psicóticos, sino que se enfrentan a nuevas patologías relacionadas al consumo de sustancias y alcohol, la violencia y los trastornos de personalidad graves.

Diferente situación parece vivirse en el subsector privado de acuerdo a lo expresado por Montalbán (2013), al decir que la implementación de las Prestaciones en Salud Mental “permitió la creación de servicios de Salud Mental y de referentes (...), tuvo un impacto en la mutualista, en la empresa de salud; un impacto en la organización. Obviamente un impacto directo en los usuarios que pudieron acceder a las prestaciones. Promovió la formación de equipos y trabajo interdisciplinario y tuvo un impacto en todo el equipo de salud, no solo en los trabajadores de la Salud Mental.” (2013, Pág. 49) Siguiendo el planteo del médico psiquiatra (2013), los avances obtenidos en el subsector privado fueron impulsados por los desarrollos a nivel del subsector público en cuanto a rehabilitación, psicoterapia, equipos interdisciplinarios, etc. Allí tomaron relevancia la psiquiatría, la Salud Mental y el trabajo en prevención y promoción de salud. En este punto también se resalta la creación del Programa de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, que se aboca a la problemática de las adicciones, la atención a personas privadas de libertad, las residencias asistidas, el

fortalecimiento de programas de rehabilitación, y la atención a personas en situación de calle.

Montalbán (2013) considera importante poder optimizar la toma de datos y registros de la atención brindada a los usuarios, promover actividades de lucha contra el estigma, promover la participación de los usuarios y sus familias, y principalmente disminuir la disparidad actual que existe entre el subsector privado y el subsector público.

Rehabilitación

Este punto merece un espacio apartado dentro de lo que es la situación actual de las Prestaciones en Salud Mental. De acuerdo a del Castillo, Villar y Dogmanas (2011), la rehabilitación debe concebirse como un modelo terapéutico integral que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y su comunidad. A través de la prevención primaria, secundaria y terciaria, se busca guiar al usuario a la recuperación de su autonomía.

Según del Castillo et. al. (2011) en nuestro país es ASSE quien cuenta con la mayor articulación e integración en red de servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención en Salud Mental, de acuerdo a lo evaluado en 2008 por el MSP en cuanto a dispositivos públicos y privados relacionados a centros de rehabilitación psicosocial y tratamiento diurno. Las autoras distinguen así los siguientes dispositivos:

- Las colonias psiquiátricas: Santín Carlos Rossi y Bernardo Etchepare que albergan a 821 personas actualmente, de las cuales 174 son parte del Programa de Egreso Asistido.
- El Hospital Vilardebó: donde se desarrollan varios programas con fines de rehabilitación: Programa de atención en Crisis, rehabilitación en Sala, Centro Diurno y Psicoeducación, Pasantías de Capacitación Laboral en Gastronomía y Tisanería Básica y en Huerta Orgánica, Pasantías de reparación y reciclaje de espacios, muebles y materiales del hospital. Además, se lleva a cabo el Programa de Egreso y enlace para quienes son Dados de alta a fin de prevenir recaídas y asegurar un seguimiento del usuario/a.

- La Unidad de Coordinación e Egreso Asistido: funciona en el Hospital Vilardebo brindando apoyo al momento del egreso a nivel residencial, familiar o económico.
- Las Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales a nivel nacional.
- Los Centros Diurnos de rehabilitación Psicosocial: Centro Diurno Hospital Vilardebo, Centro Diurno Sayago y Centro de rehabilitación de Pando, Montevideo y área Metropolitana.
- Los Equipos Comunitarios de Salud Mental: 28 ubicados en el interior del país y 17 en Montevideo.

Del Castillo et. al. (2011) consideran que si bien se han producido “avances en la rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales severos persistentes en estos últimos años, aun es baja la cantidad de usuarios que están recibiendo atención en rehabilitación psicosocial.” (2011, Pág. 93) Para lograr este objetivo piensan que son necesarias políticas tendientes a sensibilizar a la sociedad con el fin de la inclusión de los enfermos mentales.

En esta misma línea se muestra el planteo realizado por Apud, Techera y Borges (2013) respecto a la rehabilitación en nuestro país, proponiendo que sería necesario “un plan que involucre a los usuarios, a los familiares, a los profesionales de la salud y a otros actores comunitarios trabajando conjuntamente para desarrollar las mejores condiciones posibles. El concepto de rehabilitación es superficial si solamente da cuenta de una adecuación del individuo a los requerimientos o exigencias sociales.” (2013, Pág. 116). Agregan el poder reducir la sobremedicación, promover el fortalecimiento de la autoestima y superar las limitaciones de los usuarios/as.

3-d Movimientos sociales y el papel de la UdelaR

Como plantean Baroni, Jiménez, Itza y Giordano (2013), las propuestas de rehabilitación que se llevan a cabo en el país provienen en su mayoría de colectivos formados por personas que vivieron el encierro o personas que se han conmovido con la temática. Muchas veces estas propuestas son financiadas como proyectos de extensión de investigación por parte de la Universidad de la Republica o por organizaciones de la sociedad civil. Para poder comprender estos trabajos colectivos es necesario contextualizarlos “en aquellos lugares donde son posibles los cambios,

alejados de aquellos núcleos duros, y nos permiten niveles de flexibilidad donde poder pensar, soñar, creer que puede ser distinto.” (Baroni et. al., 2013, Pág. 172)

A continuación se describen brevemente algunos de estos dispositivos y colectivos en funcionamiento en relación a la participación de usuarios/as, familiares y el papel de la Universidad de la Republica.

Puertas abiertas

Al decir de Penino, Perdomo y De León (2013), el programa surge en 1993 como un lugar donde los usuarios se expresaban libremente a través de diversas técnicas relacionadas con el arte. Actualmente se desarrollan dos trabajos: uno se desarrolla en la sala 14 del Hospital Vilardebó, denominado Espacio Humanizante, en el sector masculino; el otro se denomina Espacio Psicosocial, y se ubica en el sector femenino. El objetivo de este proyecto es la producción artística, ya que “el arte obliga a las personas a un recorrido interior, a una búsqueda interior de equilibrio, una forma de enfrentamiento y de procesar y elaborar a realidad” (Penino et. al., 2013, 233) En estos espacios Humanizante y Psicosocial, se busca facilitar el proceso de singularización, de individuación y habilitar la espontaneidad de los participantes.

Participación de la UdelaR

El papel de la UdelaR, como plantea Arocena (2013) se establece en el Art. 2do de su Ley Orgánica, resaltando entre ellos el poder “contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión publica.” (2013, Pág. 7) A través de la enseñanza, la investigación y la extensión la Universidad da respuesta a estos objetivos. Diversas facultades aportan y participan en el trabajo relacionado a la Salud Mental desde diversas disciplinas y a través de una gran variedad de proyectos. Tomando específicamente la labor de Facultad de Psicología, según establece la fundamentación del nuevo Plan de Estudio 2013, se busca acompañar el proceso de reforma de la UdelaR que se orienta hacia una articulación y cooperación mayor entre los Servicios que la componen. A este sentido aporta la definición que Techera, Apud y Borges (2013) establecen de la Universidad al decir que es “un actor social inmerso en una comunidad, generadora de conocimiento útil y comprometido con la realidad del país.” (Pág. 203)

Dentro de la gran variedad de proyectos y programas de extensión que se llevan adelante desde la UdelaR pueden mencionarse: el proyecto de investigación “Arte y rehabilitación” como mencionan Apud et. al. (2013), llevado a cabo por estudiantes y egresados de Facultad de Humanidades y Ciencias, Psicología, Ciencias Sociales y Bellas Artes. Y, el trabajo desempeñado por el “Colectivo La Grieta: Salud Mental y DDHH”, al decir de Andrada et. al. (2013), como actividad de extensión universitaria tanto curricular como extracurricular que permite la participación de actores del ámbito social, comunitario e institucional; con el objetivo de promover la participación de los usuarios/as y construir experiencias de resistencias frente a la producción de sufrimiento de lógicas invasivas.

Asamblea Instituyente por Salud Mental, desmanicomialización y vida digna

Fue creada en el 2012, es una conjunción de organizaciones sociales, colectivos académicos, universitarios, trabajadores, usuarios/as, y familiares vinculados al campo de la Salud Mental. Sus principales objetivos son: hacer visibles las condiciones de vulnerabilidad de los Derechos de las personas con padecimientos psiquiátricos y promover vínculos solidarios y de encuentros con la diversidad. Este colectivo entiende la desmanicomialización como la desestigmatización de la locura, en el sentido de que la lógica manicomial implica aislamiento y vulnerabilidad. Por otro lado, el supuesto de vida digna esta conformado por la autonomía, la libertad, la singularidad y la acción transformadora.

Tal como se plantea en el blog de la Asamblea Instituyente, el pasado año se celebró el Primer Encuentro Antimanicomial en nuestro país, con el fin de movilizar a las personas en pro de una salud justa y humanizadora. Se trabajaron varias líneas, entre las cuales aparecen: los derechos de los usuarios/as de salud mental, la preocupación en referencia a las políticas publicas que rigen a nivel de inclusión laboral, la situación de los pacientes judiciales, la posibilidad de cierre de las colonias, el fortalecimiento de las labores en los Centro Diurnos a fin de disminuir los periodos de internación, descentralización de servicios y atención en salud mental, etc.. Este encuentro finalizó con la movilización de la Segunda Marcha Nacional por Salud Mental, desmanicomialización y vida digna, con motivo del día mundial por la Salud Mental el 10 de octubre. A fin de acceder a mayor información puede consultar: <http://asambleainstituyente.blogspot.com/>

Radio Vilardevoz

Según describen Jiménez, Baroni, Giordano, Cresi y Planchesteiner (2013) la radio tiene su inicio en 1997 y tiene como fundamentación la participación, la comunicación y la Salud Mental. Este proyecto en constante producción se nutre de los usuarios, las propuestas que llegan desde la UdelaR y la comunidad como audiencia, persiguiendo tres objetivos fundamentales: contribuir al proceso de rehabilitación desde una perspectiva comunitaria, promover la comprensión de la Salud mental en la comunidad y producir elementos que aporten al conocimiento profesional en el área de la Salud mental. Como plantean los autores arriba mencionados, lo importante en este proyecto es “haber logrado hacer una radio en un Hospital donde, para acallar la locura se adormecen palabras y sentimientos con pastillas y micronarcosis.” (2013, Pág. 171)

REFLEXION CRÍTICA

Para dar inicio a esta última parte del Trabajo Final de Grado, considero importante destacar el papel de los movimientos sociales, de usuarios/as y familiares, las organizaciones no gubernamentales y los trabajos de extensión e investigación de la UdelaR, entre otros; ya que es a partir de estas acciones que han apoyado, promovido y fomentado la divulgación de los recientes avances en materia de atención en Salud Mental en nuestro país. En la última década han logrado materializarse leyes y proyectos que brindan un respaldo a nivel de Derechos Humanos, promoción de autonomía e inclusión social de los usuarios de la Salud Mental. Sin embargo, la existencia de estas nuevas legislaciones ¿es suficiente para lograr el cambio que nos impulse a la desmanicomialización como en otros países? Considero que lo primordial en este punto no es tratar de hacer “encajar” al usuario/a de salud mental cual si fuera una pieza de puzzle en el gran rompecabezas de la cotidianidad social, sino que la sociedad logre superar la concepción de peligrosidad y rareza con la que ve al loco.

Es tal vez con el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental incorporado al SNIS en 2011, que se dé inicio a una nueva etapa en este ámbito. Las medidas allí presentadas no solo aportan beneficios para los usuarios/as directos, sino también para su entorno familiar y por ende también tendrían un gran impacto a nivel social; dado que las intervenciones se focalizan en la promoción y prevención de Salud Mental, brindando diversos modos de intervención tanto individuales como grupales.

Me permito en este punto pensar sobre diferentes aspectos en los que estas prestaciones influyen directa y positivamente:

- Implica un gran avance por parte del Estado en cuanto a la importancia adjudicada a la Salud Mental como parte fundamental del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Reconocimiento a la práctica de la atención psicológica que durante muchos años estuvo opacada por la tarea del médico psiquiatra que medicalizaba. Aunque, en este sentido, muchas de las direcciones y jefaturas de los planes de Salud Mental aun siguen estando a cargo de estos profesionales.
- Lograr entender y demostrar que la enfermedad mental no solamente se ubica tras los muros y puertas de las colonias y los hospitales psiquiátricos.
- Puede entenderse este Plan como reacción ante las nuevas problemáticas sociales como la violencia y el abuso de sustancias que sobrepasan los límites de edades, sexos y clases sociales.
- Y también como un avance en referencia a la concepción de los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales severos, los cuales no deben ser disminuidos ni pasados por alto.

Al respecto surgen varias interrogantes: ¿es este el comienzo de una etapa de concientización en Salud Mental para la comunidad de nuestro país? ¿Puede el Estado seguir trabajando en esta línea y así incorporar paulatinamente un sistema semejante al creado en Chile por ejemplo? Seguramente el proceso sea largo, pero no imposible. Siempre que logren equilibrarse las acciones desarrolladas a nivel público y privado, siempre que se siga trabajando en una línea de Derechos, siempre que los profesionales de la salud trabajemos en forma interdisciplinaria y en red, siempre que el objetivo sea la atención comunitaria, y siempre que se proporcionen los recursos económicos y humanos necesarios, será posible avanzar. Algunos elementos que podrían evaluarse a tales efectos pueden ser:

- Lograr que los servicios de rehabilitación que están funcionando eficazmente a nivel público, como se mencionara en el desarrollo del trabajo, se extiendan a toda la sociedad; sacar a la luz estos dispositivos de trabajo que se enfocan a

la rehabilitación psicosocial de los usuarios/as y les brindan herramientas útiles para abrirse lugar en la cotidianidad y sus exigencias.

- Por otro lado, lograr que a nivel de ASSE las Prestaciones en Salud Mental adquieran el mismo funcionamiento que a nivel privado, a través de una mayor organización y sistematización de sus servicios y registros; ya que en la evaluación realizada por el MSP al respecto no aparece el subsector público debido a la falta de información proporcionada por el mismo.
- La creación de hogares para quienes son dados de alta luego de las internaciones psiquiátricas, donde los usuarios/as puedan tener una continuidad y seguimiento más cercano por parte de la institución, y no verse en la situación de ser “empujados” al afuera en el que muchas veces están solos, o la familia no es capaz de sostenerlos.
- Finalmente, la imprescindible tarea de dar a conocer los movimientos de usuarios/as y familiares que luchan cada asamblea, cada marcha y cada encuentro por ser visibles en una sociedad que ha intentado ser ciega ante lo diferente, una sociedad que no sabe muchas veces como actuar frente al loco y entonces opta por evitarlo e ignorarlo, sin darse cuenta que de esa forma provoca aún más daño.

Considero, entonces, que ya no se trata de silenciar la locura, sino darle lugar a los antes “alienados”, escuchar en lugar de silenciar, abrirse a lo diverso, a lo múltiple. Las implicaciones y las afecciones son herramientas de trabajo habilitadoras de encuentro, encuentro necesario para desplegar las potencialidades que muchas veces han sido reprimidas o inhibidas. Hay que darle lugar al deseo, a la producción de vínculos, voluntades y potencias; pensando los dispositivos desde una producción deseante, viéndolos como generadores de autonomía, y pensándolos como espacios de miradas y escuchas que sostienen y dan lugar a la producción de subjetividad e individualidad del otro.

BREFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAVV. (2009) Propuesta de Anteproyecto de Ley de Salud Mental en la R.O.U. Grupo de trabajo Política, Legislación y DDHH en salud mental, CATP-PNSM-MSP. En Publicación oficial de la *Coordinadora de Psicólogos del Uruguay N° 209*, Montevideo.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Ed. Topía.
- Andrada, D., De Leon, N., Dorta, G., Garolfi, M., Jurado, F., Leguisamo, M. (...) Vecino, L. (2013). Colectivo La Grita: Salud Mental y DDHH. En N. De León (2013) *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo. Ed. Levy.
- Antúñez, M^a C. (2012). Hacia la inserción social y comunitaria. Derechos Humanos y dignidad de las personas con padecimiento mental. En *Revista de la Coordinadora de Psicólogos N° 238*. Junio 2012.
- Apud, I., Techera, A. y Borges, C. (2013). Proyecto arte y rehabilitación: sistematización de los trabajos realizados en rehabilitación mediante técnicas derivadas del arte en instituciones psiquiátricas del Uruguay. En N. De León (2013) *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo. Ed. Levy.
- Arduino, M. y Ginés, A. (2013) Cien años de la Colonia Etchepare. En *Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 77 N° 1*. Junio 2013.
- Arocena, R. (2013). La Universidad al servicio de la Republica. En De León, N. *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Publicas en Salud Mental*. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala.
- Ashton, J. (1990). *La Nueva Salud Pública*. Barcelona. Ed. Masson
- Baroni, C., Jiménez A., Itza B., y Giordano, M. (2013). Locura en movimiento. En De León, N. *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Publicas en Salud Mental*. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala.
- Barrán, J. P., (1995). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. La Invención del Cuerpo*. Montevideo: Ed. De la Banda Oriental.

- Berlinck, M. (2009). La reforma psiquiátrica brasileña: perspectivas y problemas. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/582/58212276001.pdf
- Caldas de Almeida, J. (2007) Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. En *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 71 N° 2. Diciembre 2007.
- Cano, A. (2013). Algunos desafíos para la desmanicomialización en Uruguay. En N. De León (2013) *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo. Ed. Levy.
- Constitución de la República (2004). Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/constituciones/const004.htm>
- Coordinadora de Psicólogos (2012) *SNIS y nuevas prestaciones: ¿Qué nos dice el MSP? ¿Qué nos dicen nuestros socios?* N° 242-243. Noviembre 2012
- Cseresnia, D. y Machado de Freitas, C. (2006) *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires. Colección Salud Colectiva.
- Del Castillo, R., Villar, M. y Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. En *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad* – 4. Noviembre 2011
- De León, N. (2009). *La intervención Psicológica desde la Psicología Social: análisis y perspectivas con relación a la locura y la enfermedad mental*. En *Derivas de la Psicología social*. Montevideo: Ed. Levy.
- De León, N. (2012) Consideraciones acerca de la Salud Mental y los procesos de institucionalización de la locura. En *Revista de la Coordinadora de Psicólogos* N° 238. Junio 2012.
- *El Observador* (2013). ASSE sufre impacto “negativo” del plan de salud mental oficial. Recuperado de: <http://www.elobservador.com.uy/noticia/257858/asse-sufre-el-impacto-negativo-del-plan-de-salud-mental-oficial/>
- Evaristo, P. (2013). La desinstitucionalización de la psiquiatría en Trieste y en Italia. En N. De León (2013) *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo. Ed. Levy.

- Falcone, R. (2010) Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina. Del hospital cerrado al hospital abierto. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_Historialnstit.pdf
- Foucault, M. (1999). *Historia de la locura en al Época Clásica*. Tomo I. México, D.F. Ed. Fondo de Cultura.
- Ginés, A. (2013) Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud. En N. De León (2013) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala.
- Ginés, A., Porciúncula, H. y Arduino, M. (2005) El Plan de salud mental: 20 años después. Evolución, perspectivas y prioridades. En *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 69 N° 2. Diciembre 2005.
- Gorbacz, L. (2011). Ley 26.657: el desmontaje del sistema represivo en salud mental. En *Revista Salud Mental y Comunidad*. N° 1 Diciembre 2011. Buenos Aires. Ed. UNLa.
- Jiménez, A., Baroni, C., Giordano, M., Cresi, L. y Planchesteiner, D. (2013) Locos por la radio... 15 años de comunicación participativa. En N. De León (2013) *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo. Ed. Levy.
- Ley N° 9.851 Ley del Psicópata. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=9581.&Anchor=>
- Ley General de Sanidad 14/1986, 25 de abril. Recuperado de www.unileon.es/ficheros/servicios/prevencion/ley14_1986.pdf
- Ministerio de salud (2011) Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Argentina. Recuperado de http://www.fepra.org.ar/docs/salud_mental/ley_nacional_26657.pdf
- Minoletti A, Rojas G, Sepúlveda R. (2011) Notas sobre la historia de las políticas y reformas de salud mental en Chile. En Armijo MA, Ed. *La psiquiatría en Chile: apuntes para una historia*. Santiago.

- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005) Plan Nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. En *Revista Panamericana Salud Publica* 18 (4/5)
- Montalbán, A. (2013). Retomando el debate sobre la organización de la atención psiquiátrica y salud mental en Uruguay. En *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 77 N° 1. Junio 2013.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la Salud*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- MSP (2011). Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional integrado de Salud. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/categoria_375_1_1.html
- OMS. (2011). Organización Mundial de la salud. Discapacidades. Recuperado de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- OMS (2013). Salud Mental: un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OPS. (1990) Declaración de Caracas. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Ottaviano, M^a L. (2011). La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. En *Revista electrónica de Psicología política* N° 26.
- Ottonelli, F. (2013). Marco jurídico: Salud Mental y Derechos Humano. En N. De León (2013) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala
- Parafita, D.(2010) *Recorrido histórico sobre las concepciones de salud y enfermedad*. Área de salud – Facultad de Psicología. Curso niveles de atención en salud.
- Penino, R., Perdomo A., y De León, M. (2013). 20 años de Puertas Abiertas. Devenires vitales en el Hospital Vilardebó. En N. De León (2013) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala.
- Prado, L. (2012). Los desafíos de la evaluación en el campo de la salud mental. Recuperado de http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a01-es.pdf

- Rodríguez, J. (2007) La atención de Salud Mental en America Latina y El Caribe. En *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 71 N° 2. Diciembre 2007.
- Rodríguez, J. (2011) La atención de Salud Mental en America Latina y El Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. En *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 75 N° 2. Diciembre 2011.
- Techera, A; Apud, I; Borges, C. (2010). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre salud mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: Central de Impresiones.
- Techera, A., De León, N. Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J. (...) Sánchez, C. (2013) Pasado, presente y futuro de las Políticas Publicas en Salud Mental. En N. De León (2013) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Publicas en Salud Mental*. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala
- Valdés, C. y Errazuriz, P. (2012) Salud Mental en Chile: el pariente pobre del Sistema de Salud. En *Revista del Instituto de Políticas Públicas*. Universidad de Chile. N° 11.
- Vergara, M.C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf
- WHO – AIMS (2011). Informe regional sobre los sistemas de Salud Mental en America del sur mediante el instrumento de evaluación de los sistemas de salud mental. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/iesm_sudamerica_12_2011.pdf
- WHO – AIMS (2013). Informe regional sobre los sistemas de Salud Mental en America Latina y el Caribe. Recuperado de <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>

