



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

CAMBIO DE PARADIGMA EN EL ABORDAJE EN SALUD MENTAL A PARTIR DE LA  
IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY DE SALUD MENTAL 19.529

Universidad de la República  
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Valentina Resende dos Santos

C.I: 4.875.052-6

Tutor: Asist. Rossina Machiñena

Revisor: Asist. Andrea Gonella

MONTEVIDEO, 2020

## Índice.

<b>Resumen.....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>Marco teórico.</b>	
Paradigma.....	6
Abordajes en Salud Mental.....	7
Locura.....	9
Psiquiatría.....	10
Rehabilitación Psicosocial.....	11
Movimiento Antipsiquiatría.....	14
La Salud Mental en Uruguay.....	14
Ley N°. 9.581 De Asistencia al Psicópata.....	16
Ley N°. 11.139 Creación del Patronato del Psicópata.....	18
Ley N°. 19.529 Ley de Salud Mental.....	19
Modelo comunitario en Salud Mental.....	22
Dispositivos para la atención en salud mental.....	24
<b>Reflexiones finales.....</b>	<b>26</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>28</b>

## **Resumen.**

El siguiente trabajo se estructura en función de las siguientes preguntas: ¿qué implica la ley actual?, ¿qué percepción tiene de los usuarios de Servicios de Salud Mental?, ¿qué alternativas propone a la institucionalización/ hospitalización?, y ¿cómo se construye el concepto de locura?

Hablar de un cambio de paradigma en el abordaje en salud mental a partir de la implementación de la Ley de Salud Mental N° 19.529, implica situar a este dentro de una serie de transformaciones, y la emergencia de nuevos paradigmas, por el que han transitado todas las ciencias, para esto, se describe en un primer momento el pasaje del paradigma de la simplicidad hacia el paradigma de la complejidad, y los cambios que va a traer en cómo se concibe al sujeto, la representación del mundo y la interacción entre ambos.

A modo de contextualización, se realiza un recorrido de la construcción del discurso de la locura, y los diferentes abordajes a esta población, tomando como punto de partida la Edad Moderna, para llegar a la actualidad de la salud mental como política pública en nuestro país.

Se describirá y analizará la normativa actual en salud mental en Uruguay, y el sistema de estructuras alternativas que sustituirán progresivamente las estructuras asilares y monovalentes, articulándolo con el paradigma de la complejidad, y el modelo comunitario de atención.

**Palabras clave:** Salud Mental - Paradigma - Modelo Comunitario de atención.

## Introducción.

El presente trabajo de carácter monográfico se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, a través del cual se pretende realizar un análisis en el cambio de paradigma en el abordaje a la Salud Mental a partir de la implementación de la Ley de Salud Mental N°19.529.

A modo de contextualización se realizará un recorrido de las diferentes prácticas y dispositivos utilizados a lo largo del tiempo para abordar la locura, analizando cómo se construye el concepto de la misma, y las relaciones que la atraviesan, tomando como punto de partida la Edad Moderna, ya que es en este contexto socio-histórico en que se instala el encierro, o el internamiento como solución a los considerados pesos (por su improductividad) para la sociedad, entre los que se encontraban los “sin-razón”, (junto a los ociosos, los mendigos, los criminales). Estas lógicas de marginación y encierro no guardan relación con ninguna idea médica, y no consideran la cura, sino que funcionan como un mecanismo de castigo, respondiendo al orden burgués y monárquico. El surgimiento de la Psiquiatría, impulsado por el desarrollo de las ciencias y la razón, va a traer consigo tratamientos que intentan “curar” estas patologías, entre las que se encuentran la terapia electroconvulsiva, un tratamiento no farmacológico que se basa en inducir una crisis epiléptica generalizada. Posteriormente se desarrollará la llamada revolución psicofarmacológica, donde se comienzan a utilizar sustancias químicas como psicofármacos. El uso generalizado de psicofármacos resulta ser un tratamiento efectivo para lo que se considera síntomas “positivos” de la enfermedad mental, pero no rinden efectos en el tratamiento de los otros síntomas, los “negativos”, por lo que se hace necesario incorporar una forma de abordar estos aspectos que quedan por fuera del alcance de los psicofármacos. El fracaso parcial de los psicofármacos y el cambio de visión del mundo y de los profesionales que intervienen, dan lugar a comprender al otro como persona y no como enfermo, habilitando la posibilidad de la profundización de abordajes psicosociales.

En la Edad Contemporánea se gestan nuevas formas de concebir a la locura, que consideran el sufrimiento psíquico del sujeto, y lo conciben desde un abordaje biopsicosocial. Entre 1955 y 1975 va a surgir un movimiento que cuestiona la categorización y el tratamiento que se le da a la locura por parte de la psiquiatría, el movimiento antipsiquiatría, que ha tratado de reformar los asilos y las relaciones entre el personal y los internados, eliminando la noción misma de enfermedad mental, y percibiendo a la institución psiquiátrica como una instancia opresora.

Se describe el marco legal de la Salud Mental en Uruguay, que presenta como antecedentes de la Ley de Salud Mental N° 19.529, la Ley de Asistencia al Psicópata N° 9.521 que regía

desde el 1936 y es derogada por la normativa actual; la Ley N° 11.139 Creación del Patronato del Psicópata; la creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), como organismo descentralizado, que se encargará de organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud, rol que cumplía hasta ese momento el Ministerio de Salud Pública. Y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley N° 18.211), que universaliza el acceso a la salud, para luego analizar qué propone la ley aprobada en el 2017 por el Parlamento, qué transformaciones trae en la percepción del sujeto, en el modo y lugar de atención, articulándolo con el Modelo Comunitario de atención, y qué dispositivos alternativos a las estructuras asilares y monovalentes propone la misma.

## **Marco teórico.**

### *Paradigma.*

Al referirnos a un cambio de paradigma en la atención a los usuarios de servicios de Salud Mental, a partir de la implementación de la Ley de Salud Mental N° 19.529, es necesario ubicarlo a este dentro una serie de transformaciones, y la emergencia de nuevos paradigmas, por el que han transitado todas las ciencias. Implica una nueva manera de pensarnos a nosotros mismos, la ciencia que producimos, y el mundo que construimos gracias a nuestras teorías y nuestra capacidad creativa.

Denise Najmanovich, en “Redes. El lenguaje de los vínculos” (1995), describe el pasaje del paradigma de la simplicidad, en el proceso de cambio hacia un paradigma de la complejidad.

Va a describir el paradigma de la simplicidad como enfocado en la “objetividad”, las certezas definitivas, el conocimiento absoluto y el progreso permanente, con nociones abstractas de tiempo y espacio “naturalizadas”. Este concibe la representación del mundo como anterior e independiente de la humana, es decir, el tránsito humano era incapaz de generar interacciones con el mundo.

Del “sujeto de la modernidad” sólo se espera que sea objetivo, que observe el mundo desde fuera de sí mismo, que cumpla las reglas, que se comporte “como se debe” (Najmanovich, 1995), básicamente, que no sea subjetivo. La modernidad concibe a la salud como un equilibrio armónico, esta definición se centra exclusivamente en la persona, en lo biológico, dejando por fuera lo contextual, relacional, y los aspectos de carácter psicológico, considerando “enfermo” al sujeto que no logra este equilibrio.

Por el contrario, el paradigma de la complejidad, concibe al Universo como una red o entramado de relaciones, y los individuos nodos de esa red, para este, el mundo ya no es un mundo abstracto, sino nuestra propia creación simbólico-vivencial (Najmanovich, 1995).

Desde la perspectiva de las ciencias de la complejidad, el sujeto no es meramente un individuo, es decir un átomo social, ni una sumatoria de células que forman un aparato mecánico, sino que es una unidad heterogénea y abierta al intercambio. El sujeto no es una sumatoria de capacidades, propiedades o constituyentes elementales; es una organización emergente de la interacción de suborganizaciones entre las que se destacan la cognición, la emoción, y la acción; que son las formas de interacción del sujeto con el mundo. El sujeto sólo adviene como tal en la trama relacional de su sociedad (Najmanovich, D. 1995. p. 64).

La concepción de sujeto que trae el paradigma de la complejidad, va a incluir los aspectos sociales, relacionales, cognitivos y emocionales del individuo como una unidad, y no pone el foco solamente en lo biológico como el paradigma de la simplicidad, entiende como sano entonces, a un sujeto que logra una correcta interacción con su mundo, a través de la cognición, la emoción, y la acción; considerando como “enfermo” a aquel que no logra esta correcta interacción, por diversos motivos.

Existe una nueva visión de “lo otro”, “lo distinto”, que posibilita el crecimiento. Esta transformación implica pasar de la búsqueda de certezas a la aceptación de la incertidumbre, del destino fijado a la responsabilidad de la elección, de una única perspectiva privilegiada al sesgo de la mirada (Najmanovich, 1995).

La transformación en las concepciones del ser humano, de salud, y de enfermedad, en el cambio de paradigma va a significar en consecuencia, un cambio en el abordaje a la atención a la salud mental, ya no será desde “el enfermo mental”, desde la otredad, sino que posiciona al profesional de la salud mental frente a un semejante, y un sujeto de derechos, genera una interacción horizontal y empática, desde una perspectiva de respeto a los Derechos Humanos.

El cambio de paradigma en el abordaje a la Salud Mental en Uruguay, a partir de la implementación de la Ley de Salud Mental y las transformaciones que ésta trae, están vinculadas directamente a esta concepción del mundo, del sujeto, y de la interacción entre ambas, que concibe el paradigma de la complejidad.

Por cambio de paradigma se entiende a una transformación de ideal, de visión sobre un tema, en este caso, sobre la salud/enfermedad mental. Dentro de este se resaltan tres transformaciones necesarias: la primera es en la percepción de las personas, la segunda es en el lugar de atención, y la tercera transformación necesaria es en el modo de atención.

Es decir, el cambio de paradigma implica la consideración de la persona con problemas de salud mental en su condición de ciudadano, activo en su proceso de recuperación, asociado a la red de salud y su comunidad. Esto implica la nueva visión que se tiene del sujeto, activo y participando como ciudadano, quitando el foco sobre la deficiencia.

Antes de profundizar en los mencionados cambios, se realizará a modo de contextualización un recorrido de las diferentes prácticas y dispositivos utilizados a lo largo del tiempo para abordar la locura, analizando cómo se construye el concepto de la misma, y las relaciones que la atraviesan.

### *Abordajes en Salud Mental.*

La normativa actual en Salud Mental en nuestro país va a romper con la reproducción de “[...] prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el

disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales” (Artículo 37, Ley N° 19.529, 2017), presentes en la ley derogada.

Las lógicas de marginación y encierro a los considerados “locos”, “sin razón”, “enfermos mentales”, se remontan al S. XVII, con la creación de los hospitales generales. La Edad Moderna se caracteriza por la instauración de la razón y el pensamiento crítico, esta nueva corriente de pensamiento denominada Positivismo entiende a la ciencia y la razón como la única forma válida de conocer y entender el mundo, deja de lado las explicaciones predominantes creadas por la religión, lo que genera nuevas concepciones en torno a la locura, que pasa de ser concebida como una posesión demoníaca, a ser entendida como un quiebre del individuo con la razón.

Este cambio de paradigma, está lejos de tener repercusiones positivas sobre los considerados “sin razón”. Pasan de ser una figura que se asocia a designios sobrenaturales, a considerarse un peso social, asociado a su incapacidad de producir. No rompe con la segregación social que sufre este sector de la población, sino que la va a acentuar, ubicándolos detrás de los muros de los Hospitales Generales. En “Historia de la locura en la época clásica”, Foucault va a decir que “El internamiento de los alienados es la estructura más visible en la experiencia clásica de la locura” (Foucault, M. 1967, p. 80).

La creación de los hospitales generales, no guarda relación en su funcionamiento u objeto, con ninguna idea médica, sino que es una instancia del orden monárquico y burgués; desde el principio se propone tratar de impedir la mendicidad y la ociosidad, como fuentes de todos los desórdenes (Foucault, 1967). El confinamiento marca en la historia de la locura un acontecimiento decisivo: “el momento en el que la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo; el momento en que comienza a asimilarse a los problemas de la ciudad” (Foucault, M. 1967, p. 124).

Los cambios sociales en este nuevo contexto histórico, la búsqueda de entendimiento a través de la observación guiado por la razón, la necesidad de producir a partir del auge de la industrialización, explican la proliferación de los hospitales generales, que son una solución a la realidad de aquello que no se logra comprender a través de la razón (la locura, mendicidad, ociosidad, pobreza), a la vez, que no logran ser sujetos productivos, ubicando al internamiento o encierro como el abordaje que caracteriza a la Época Moderna.



## Locura.

Llamamos locura a esta enfermedad de los órganos del cerebro que impide a un hombre necesariamente pensar y actuar como los otros. El loco es el otro por relación a los demás: el otro —en el sentido de la excepción— entre los otros, en el sentido de lo universal. Toda forma de la interioridad queda conjurada ahora: el loco es evidente, pero su perfil se destaca sobre el espacio exterior; y la relación que lo define, lo ofrece entero por el juego de las comparaciones objetivas a la mirada del sujeto razonable. Entre el loco y el sujeto que pronuncia "aquél es un loco", se ha abierto toda una distancia que ya no es el vacío cartesiano del "yo no soy aquél", sino que se encuentra ocupada por la plenitud de un doble sistema de otredad: [...]; el loco es más o menos diferente en el grupo de los otros que, a su vez, es más o menos universal. El loco se vuelve relativo, pero así está más desarmado aún de sus poderes peligrosos: él, que en el pensamiento del Renacimiento figuraba la presencia próxima y peligrosa, en el interior de la razón, de un parecido demasiado interior, ha sido rechazado ahora hasta el otro extremo del mundo, apartado y mantenido donde no pueda inquietar, mediante una doble seguridad, puesto que representa la diferencia del Otro en la exterioridad de los otros (Foucault, M. 1967, p. 285).

El ser o estar loco se concibe de esta manera, desde la mirada de un otro, y no como diferencia sentida, es una relación exterior que va desde los otros hacia el otro singular que es el loco. La experiencia de la locura pasa a ser una construcción, en el sentido de que el loco lo es, en función de un otro "sano" que así lo pronuncia, porque su habitar el mundo es discordante con la sensibilidad dominante de esa época. El discurso de la locura es producido por los técnicos vinculados a ella, y reproducido y adoptado por la sociedad en general, conjeturando que es lo normal y lo anormal, definen a la locura como anormal, pero esta normalidad no es para nada objetiva, sino que responde a los intereses del sector de la población dominante, y las exigencias y expectativas que este pone sobre los sujetos, a través de esto se desprende una relación de ejercicio de poder.

Foucault plantea que el poder no solo debe ser considerado como un agente de prohibición, sino más bien y principalmente como un agente productivo; el poder no es ejercido por sujetos, los sujetos son creados por él. Aunque influye a través de individuos, no está bajo su control, el impulso por renunciar al poder resulta en el ejercicio de nuevas formas de

poder, y en la creación de nuevos individuos o sujetos (Nchamas, A. en Alvarez Carrizo, A. 2017).

En esta misma línea, E. Pichón Riviere, va a decir que los criterios de índole normativa son expresiones concretas de poder. El criterio de salud, que engloba un criterio de competencia social, es una condensación de ideas de la clase dominante, funcional a sus intereses objetivos. Se refiere a un aparato de dominación, que está destinado a perpetuar las relaciones de producción, siendo estas relaciones de explotación. En el cual psiquiatras, psicólogos y otros técnicos del campo de la salud tratan al sujeto como equivocado, desde un punto de vista racional, condicionan su cronicidad, y establecen relaciones jerárquicas en las que se reproduce el par dominador-dominado. (Enrique Pichón-Riviere en Zito Lema, 1976).

### Psiquiatría.

El desarrollo de las ciencias y la razón como métodos de conocimiento va a dar lugar al nacimiento de la medicina moderna, y con ello el surgimiento de la Psiquiatría como disciplina hacia fines del 1700, a partir de las primeras investigaciones en torno a la enfermedad mental. En la búsqueda de un tratamiento que “cure” esta afección, se desarrollará la terapia electroconvulsiva, un tratamiento no farmacológico caracterizado por el pasaje de corriente eléctrica a través del sistema nervioso central, con el objetivo de inducir una crisis epiléptica. Se basa en el supuesto antagonismo entre la epilepsia y la esquizofrenia, postula que, si los ataques epilépticos generan mejorías en los pacientes con esquizofrenia, la inducción artificial de los mismos también lo haría. Esta resulta ser una práctica que arrastra características estigmatizantes, y de carácter invasivo para el sujeto, sin embargo, en la actualidad, se sigue empleando.

A mediados del S.XX se comienzan a administrar sustancias químicas como psicofármacos, comenzando por lo que se conoce como la revolución psicofarmacológica, con un carácter menos invasivo que la terapia electroconvulsiva.

Deniker analizó el comportamiento del enfermo agitado, chillón y gesticulador, que poco tiempo después de la inyección de clorpromazina se calmaba y se quedaba tranquilo en su cama. No era el sueño invencible provocado por un hipnótico. Más asombroso aún: la calma física producida por el medicamento, se acompañaba de una sedación psíquica; las injurias, los sarcasmos, las palabras delirantes, absurdas, disminuían de intensidad y poco a poco cedían.

Curiosamente, la vuelta a la calma se acompañaba de una disminución de la confusión mental y del restablecimiento normal del curso del pensamiento.

Los chalecos de cáñamo eran guardados de nuevo en los armarios, las bañeras de hidroterapia sólo servirían para el aseo; en los pasillos del Servicio de Deniker ya no se cruzaban enfermos paseándose con su camisa abierta con las ataduras desatadas para ir a los lavabos, sino pacientes vestidos con el uniforme de tela de paño basto, azul, del manicomio, deambulaban decentemente y en silencio hasta la sala de reposo. El furor y la violencia habían dejado paso a la calma y a la paz, la señal más evidente de este extraordinario resultado terapéutico podía apreciarse incluso desde el exterior del edificio de la clínica de hombres: se había hecho el silencio (Thuillier, J. en Marietán, H. 2004).

El uso de psicofármacos, resulta ser un tratamiento efectivo para lo que se considera síntomas “positivos” de la enfermedad mental, estos son excesos o distorsiones de las funciones normales (distorsiones en el pensamiento, la percepción, el lenguaje, la comunicación y el comportamiento) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV. 2002). En cambio, no actúan sobre los llamados síntomas negativos, que reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales (alogia, abulia, y aplanamiento afectivo) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV. 2002). Por lo que se hace necesario incorporar una forma de abordar estos aspectos que quedan por fuera del alcance de los tratamientos farmacológicos. El fracaso parcial de los psicofármacos y el avance de otras disciplinas, el cambio de visión del mundo y de los profesionales que intervienen, dan lugar a comprender al otro como persona y no como enfermo, habilitan la posibilidad de la profundización de abordajes psicosociales.

### Rehabilitación psicosocial.

El artículo 21 de la Ley de Salud Mental plantea que las estrategias y programas de rehabilitación “estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital” (Ley N°. 19.529, 2017).

Siguiendo el Consenso Intercentros del Uruguay, la Rehabilitación puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y

terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes (Del Castillo, R, Dogmanas, D. y Villar, M. 2011, p. 85).

La rehabilitación psicosocial es una dimensión de la intervención en Salud Mental, que opera como un factor clave en la eficacia de los procesos de desinstitucionalización, recuperación e inclusión social de las personas que padecen un trastorno mental. Refiere a un conjunto de estrategias para afrontar las dificultades en el desempeño de la vida diaria, e incluye técnicas de desarrollo de habilidades sociales, estimulación cognitiva, o psicoeducación familiar, entre otras (Hernández Monsalve, M. 2017).

Pone énfasis en la asunción por parte de la persona con Trastornos Mentales Severos y Persistentes de la dirección de su propio proyecto vital, y en la construcción de un sentido y significado de la propia vida.

Nace en la década de los 60 en Europa y Estados Unidos, en los equipos de profesionales implicados en la atención a pacientes mentales graves. En un primer momento emerge en conexión con la desinstitucionalización psiquiátrica, un movimiento social y político que se caracteriza por la salida de los pacientes de los hospitales psiquiátricos, la tendencia a evitar la hospitalización y la creación de nuevos recursos en el contexto comunitario. (Hernández Monsalve, M. 2017)

En Estados Unidos la desinstitucionalización se alió a la economía liberal, que vio en ella una oportunidad para el ahorro y cierre de recursos públicos, sin la creación de dispositivos alternativos. De esta experiencia surgieron aportes como la intervención en crisis, los programas de seguimiento comunitario, los programas de gestión de casos y los de tratamiento asertivo comunitario. Pero también, esta desinstitucionalización sin un sistema de cobertura universal que garantice el acceso a servicios sociales y sanitarios y a programas de salud mental comunitaria, tuvo desastrosos efectos. Entre los más documentados se encuentran el abandono de enfermos entre la población sin hogar y la abundancia de enfermos mentales en prisión, tomando la exclusión y el encierro nuevas formas de hacerse presente (Hernández Monsalve, M. 2017).

El contrapunto a la experiencia norteamericana, es la italiana. Entre 1950 y 1970, Italia vive la primera revolución industrial de su historia moderna, pasando a formar parte de los países de capitalismo avanzado. El “Estado asistencial”, caracterizado por una multiforme intervención pública, parece no penetrar en el mundo de las instituciones psiquiátricas. El manicomio priva al internado de los estándares mínimos garantizados por el Estado (pensiones, alimentación, salud, y educación) y de su derecho a ser persona, además de sujeto de producción y consumo. Este “Estado asistencial” avala la marginación social del internado en la institución manicomial. Al mismo tiempo que ofrece la última integración posible, la de asistencia de por vida en régimen de institucionalización (De Salvia, 1986).

A partir de esto, surge un movimiento de oposición institucional, de acción antimanicomial, arraigado a partir de los años '60, en Italia.

La lucha antimanicomial no fue una operación de iluminismo psiquiátrico. Se desarrolló en un contexto en el cual se entrelazaron las causas de liberación anti-autoritaria del movimiento juvenil, feminista, estudiantil y aquellas otras de la emancipación obrera para el logro de equilibrios políticos más avanzados (De Salvia, D. 1986, p. 71).

Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra italiano considerado el padre de la psiquiatría sin manicomios, llevó adelante la desinstitucionalización, trabajando desde dentro de las propias instituciones.

El 13 de mayo de 1978, se aprobó por el Parlamento Italiano la Ley de Reforma de la Asistencia Psiquiátrica N°180, conocida como "Ley Basaglia". La Ley 180/78 es un aporte al cambio de modelo de atención a la Salud Mental a nivel mundial, esta propone:

- El cierre gradual de los hospitales psiquiátricos, prohibiendo nuevos ingresos, y la construcción de nuevos hospitales.
- La creación de Centros de Salud Mental Comunitarios.
- Secciones de psiquiatría en hospitales generales (con un máximo de 15 camas).
- Que los tratamientos sean voluntarios, siendo excepcionales los tratamientos obligatorios.
- Transferir gradualmente los recursos del hospital, a los Centros de Salud Mental Comunitarios (Pasquale, 2011).

En Italia, el elemento central de la salud mental comunitaria no fue la incorporación de nuevas técnicas de rehabilitación psicosocial, sino el compromiso con el proyecto de emancipación de los pacientes psiquiátricos y de defensa de sus derechos de ciudadanía en los nuevos escenarios de vida, fuera de los muros del manicomio. (Hernández Monsalve, M. 2017)

La Ley de Reforma de la Asistencia Psiquiátrica tiene más de 30 años desde su aprobación, existiendo, actualmente, en todas las regiones de Italia Departamentos de Salud Mental, estructurales o funcionales, que administran las camas en Hospitales Generales para agudos, Centros de Salud Mental Comunitarios para programas de atención personales, comunidades terapéuticas, entre otros dispositivos.

### Movimiento antipsiquiatría.

El término Antipsiquiatría fue creado por David Cooper en un contexto preciso, pero sirvió para denominar un movimiento político para impugnar el saber psiquiátrico, desarrollado entre 1955 y 1975, tuvo como precursores al mismo Cooper, Ronald Laing, y Thomas Szasz. La Antipsiquiatría ha tratado de reformar el asilo y las relaciones entre el personal y los internados, eliminando la noción misma de enfermedad mental. Entiende a la institución psiquiátrica como una instancia opresora, donde los internamientos funcionan como una conspiración de silencio, ya que la esencia de la locura es el disturbio social. (Vásquez Rocca, 2011). “La “enfermedad mental”, se transforma así, en el mecanismo social, regulado y determinado por la psiquiatría, para patologizar la heterogeneidad humana, su carácter antinómico y su singularidad” (Vásquez Rocca, A. 2011, p. 325).

En 1961, Thomas Szasz inicia un debate sobre los denominados trastornos mentales, con la publicación de *“El mito de la enfermedad mental”*, donde va a decir que, no puede haber, literalmente hablando, una enfermedad mental, ya que la mente no es un órgano anatómico. Los diagnósticos psiquiátricos son etiquetas estigmatizadoras aplicadas a personas cuyas conductas molestan u ofenden a la sociedad. La enfermedad mental como tal no existe, lo que hay son conductas anormales. Y de ser considerada una enfermedad, no constituye una categoría aparte, por lo que no se justifica que existan hospitales especiales, como los psiquiátricos, para tratarlas (Vásquez Rocca, 2011).

Esta postura no intenta negar la existencia de la locura, lo que hace es cuestionar la categorización y el tratamiento que se le da.

La locura no puede ser definida con ningún criterio objetivo, no existe un método para describirla, sin recurrir a la interpretación subjetiva; además de no contar con una terminología uniforme y precisa, “la etiología sigue siendo especulativa, la patogénesis sumamente oscura, las clasificaciones predominantemente sintomáticas, y por tal, arbitrarias, [...] y el tratamiento físico empírico [...]” (Vásquez Rocca, A. 2011, p. 331).

### *La Salud Mental en Uruguay.*

En nuestro país, la Salud Mental y los problemas de expresión predominantemente mental no han sido abordados como problema de salud pública de igual importancia que los de expresión predominantemente somática.

Se crean en un primer momento las instituciones para abordar a esta población, y luego el marco legal que las rige. En 1880 se crea el Hospital Vilardebó, con una capacidad de 700 camas, llegando a 1500 pacientes en 1912. Debido al aumento de la población internada en Vilardebó, se crea en 1912 la Colonia Etchepare con 3000 pacientes aproximadamente. La Colonia Santin Carlos Rossi se crea en 1936, con una capacidad para 1000 pacientes. Como política pública, la Salud Mental, o mejor dicho, la asistencia médica al psicópata, se inicia con la aprobación de dos leyes: La Ley N° 9.521 de Asistencia al Psicópata de 1936, y la Ley N° 11.139 Creación del Patronato del Psicópata.

En el Uruguay de 1900 se advierte la presencia de sentimientos, conductas y valores diferentes, a los que moldeaban la vida hasta 4 décadas anteriores. Ésta nueva sensibilidad, que ha sido llamada “civilizada”, se instala en el siglo XX, aunque permanecen rasgos de la anterior sensibilidad denominada “bárbara” (Barrán, J. 1990).

Esta sensibilidad “civilizada” disciplinó a la sociedad: “impuso la gravedad y el “empaquetado” al cuerpo, el puritanismo a la sexualidad, el trabajo al “excesivo” ocio antiguo, [...] se horrorizó ante el castigo de niños, delincuentes y clases trabajadoras y prefirió reprimir sus almas [...] En realidad, eligió, para decirlo en menos palabras, la época de la vergüenza, la culpa y la disciplina (Barrán, J. 1990. p. 215).

La sensibilidad “civilizada” admitió como forma de dominación del hombre sobre el hombre la represión del alma, a diferencia del hombre “bárbaro”, que usó el castigo físico. Se erigió como nueva autoridad, vinculada al prestigio de su saber, la figura del médico. La diferencia esencial entre las dos sensibilidades, fue el sentimiento de culpa que apareció en la “civilizada”. La represión del alma pareció el camino ideal para ejercer “influencias”, ya que su efecto era más permanente (Barrán, 1990).

Debido a esto, el “loco” debía convencerse de que el encierro era el resultado de su sin-razón.

El 1 de marzo de 1931, asume la Presidencia de la República, Gabriel Terra, oponiéndose desde el principio a la constitución de 1918. En marzo de 1933, con el apoyo de la policía, el ejército y el sector mayoritario del Partido Nacional, dio un golpe de estado, disolviendo el parlamento, e instaurando un gobierno de carácter conservador, autoritario y antiliberal.

En este contexto sociocultural se aprueba, el 8 de agosto de 1936, la ley N° 9.581 de Asistencia al Psicópata.

### Ley N°. 9.521 de Asistencia al Psicópata.

Esta ley decreta que todo enfermo psíquico recibirá asistencia médica, pudiendo ser en su domicilio, o en un establecimiento psiquiátrico. Estableciendo así las primeras redes de asistencia a los enfermos psíquicos y sus familias.

Entendiendo por establecimiento psiquiátrico a todo sanatorio o casa de salud donde se asista a más de un psicópata, a cargo de un director médico, ya que aún no se encuentra regulada la especialización en Psiquiatría.

La asistencia oficial de psicópatas deberá ser de acuerdo al siguiente sistema:

- A. Dispensarios psiquiátricos;
- B. Hospitales psiquiátricos;
- C. Asilos, colonias, y servicios especializados;
- D. Asistencia familiar.

Estos establecimientos deberán ser mixtos, con un servicio abierto y uno cerrado, siendo el servicio abierto dedicado a la asistencia de enfermos psíquicos que ingresen voluntariamente; y el cerrado dedicado a los enfermos ingresados contra su voluntad (por indicación médica, u orden policial, o judicial).

La admisión involuntaria sólo podrá ser un medio de tratamiento, y nunca de privación correccional de la libertad. Esto resulta contradictorio con el encierro que establece como abordaje.

La salida o alta de un enfermo mental tendrá lugar, cuando ellos, o sus familiares lo soliciten, o cuando el médico que lo asiste lo considere, en el caso de que no se hayan tomado medidas restrictivas de su libertad (por presentar hetero o auto peligrosidad), en este último caso, se dará el alta solamente cuando a juicio del médico tratante ya no represente peligro.

La inspección general y vigilancia de la asistencia particular y oficial de estos enfermos psíquicos estará a cargo de un Inspector General de Psicópatas y dependerá del Ministerio de Salud Pública.

Se observa un sesgo en la delimitación de las patologías, agrupando a todas las personas que padecen Trastornos Mentales bajo la nomenclatura “Psicópatas”, o “enfermos psíquicos”, utilizándolos de manera indistinta y generalizada; en ninguno de los artículos se plantea una definición específica. Lo más cercano a una descripción psicopatológica refiere a términos tales como: “reacciones antisociales”; “pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocrítica de su estado morbosos”; y “manifestaciones de auto o heteroagresividad”.



Es importante tener en cuenta que en ese momento en Uruguay no existía la especialidad en Psiquiatría dentro de la Facultad de Medicina, por lo tanto, la temática sobre los padecimientos psíquicos eran abordados por médicos de medicina general. La carencia de esta especialización evidencia el por qué se plantean y abordan de una forma tan confusa dichas patologías.

El modelo de atención es el modelo de prescindencia, que tiene como características esenciales la justificación religiosa de la discapacidad y la consideración de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad, por lo que, además de ser improductivo, es una carga para su familia y la sociedad. A su vez, se distingue la existencia de dos submodelos dentro de este: el eugenésico, y el de marginación (Palacios, 2008). Podemos ubicar el abordaje que se realiza a los “enfermos psíquicos” dentro del último, teniendo como característica principal la exclusión, como consecuencia de subestimar a las personas con discapacidad, o por temor o rechazo.

Según Geremeck “El proceso de marginación se fundamenta en la exclusión de los vínculos sociales, o bien en su espontáneo abandono, en la pérdida de sitio en la división social del trabajo o en la distribución de los papeles sociales” (Palacios, A. 2008. p. 57).

El submodelo de marginación considera a la diversidad funcional como una situación inmodificable, originando que la misma debiera ser aceptada con resignación (Palacios, 2008). La Ley de 1936 no especifica cómo sería el abordaje o tratamiento con estas personas, ni hace mención a una posible cura, en relación a la consideración de que la situación del individuo es inmodificable.

Esta carencia de descripción del abordaje, en relación con la percepción que se tenía de las personas con padecimientos psíquicos, y la tendencia al aislamiento de las mismas, a partir de la internación en hospitales psiquiátricos, asilos, colonias o servicios especializados, da cuenta de una visión que relaciona a la locura con la pobreza, la criminalidad, y la mendicidad, en la que la hospitalización es usada más como método de castigo, e invisibilización, que con el fin de rehabilitar y dar herramientas para una posible reinserción social. Esto encierra la visión que tenía la época sobre el “enfermo mental”, lo define y aborda desde el paradigma de la simplicidad.

La Ley N°. 9.521 habilita la internación compulsiva, lo que vulnera los derechos humanos, no existiendo un reconocimiento de la persona como tal. Respecto a esto, es importante tener en cuenta que esta ley es anterior a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

Se destacan, como aspectos positivos de esta ley, teniendo en cuenta el contexto socio histórico, el acceso universal de todo enfermo psíquico a la asistencia médica, pudiendo recibirla en su domicilio, u otra casa particular. Y el rol que ocupan las familias, como primeras redes de asistencia a los enfermos psíquicos.

### Ley N°. 11.139 Patronato del Psicópata.

El 16 de noviembre de 1948 se aprueba la Ley N°. 11.139, de creación del patronato del psicópata, dándole un cuerpo de normas para el bien de los enfermos mentales. Tiene como finalidad proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia, velar por su bienestar para reintegrarse a la sociedad y de no tener, procurarle habitación, alimentación y trabajo adecuado. Además, atender la situación de los familiares del enfermo mental y asesorarlos en la realización de gestiones (Ley N° 11.139, 1948).

Funda un “Hogar-Taller”, “destinado especialmente a aquellos enfermos mentales que no tengan amparo familiar y cuyo estado les permita continuar la cura, realizando trabajos adecuados por los que puedan obtener una remuneración” (artículo 1°, Ley N°. 11.139, 1948). Estará dirigido por una comisión honoraria, que propondrá en 1965 la creación de un centro diurno que permita tratar gran número de enfermos sin segregarlos de la vida familiar y social, sin necesidad de ocupar camas de hospital. Será el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica hoy llamado Centro Martínez Visca.

Esta ley no fue derogada con la aprobación de la Ley N° 19.529, por lo que aún se mantiene vigente.

Como antecedentes importantes en cuanto a lo legislativo, se destacan también la creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en 2007, como organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública (MSP), que se encargará de organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud. Hasta ese momento, el organismo rector de políticas públicas en la salud, el Ministerio de Salud Pública, era el mismo que brindaba el servicio, a partir de la creación de ASSE, el MSP será el encargado de ordenar y supervisar las prestaciones, pero no será quien brinde las mismas.

La reforma sobre la atención de la salud, mediante la aprobación de la Ley N° 18.211, que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, en 2007, propone universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y financiamiento, y calidad asistencial, privilegiando la atención integral, que implica acciones de promoción de salud, de prevención, asegurar la capacidad de diagnosticar de forma precoz enfermedades, y su oportuno tratamiento, la rehabilitación de las secuelas y dispensarización del crónico. Esto se desarrolla en el marco de la Atención Primaria en Salud, organizado en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones, priorizando el Primer Nivel de Atención (Ley 18.211, 2007).

### Ley de Salud Mental N°. 19.529.

El cambio de gobierno en 2005, aporta una nueva agenda en políticas públicas y derechos, lo que propicia el terreno para que se realice una reforma a la atención de la salud, aprobando en el Parlamento, el 5 de diciembre de 2007 la Ley N° 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. Profundizando la atención integral en salud, el 19 de septiembre de 2017, el parlamento aprueba la ley N° 19.529. Luego de 81 años de vigencia de la ley de Asistencia al Psicópata, nuestro país, cambia de forma sustancial la atención a la salud mental, incorporando la perspectiva de derechos y el trato de ciudadanos a los usuarios de servicios de salud mental.

La ley de Salud Mental fue sancionada por el Poder Legislativo el 8 y 9 de agosto de 2017, promulgada por el Poder Ejecutivo el 24 de agosto, y publicada el 19 de septiembre. Consta de 7 capítulos y 48 artículos.

Cap. 1: Disposiciones generales.

Cap. 2: Derechos.

Cap. 3: Autoridad de aplicación.

Cap. 4: Interinstitucionalidad.

Cap. 5: Abordaje.

Cap. 6: Órgano de contralor.

Cap. 7: Derogación y adecuación.

Reconoce al sujeto desde la concepción que tiene del mismo el paradigma de la complejidad.

Tiene como objeto:

Garantizar el derecho a la protección de la Salud Mental de los habitantes residentes en el país con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud Mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (Artículo 1, Ley de Salud Mental N°. 19.529, 2017).

Entendiendo por Salud Mental como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013, citado en Ley N°. 19.529, 2017).

La protección de la Salud Mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas, y particularmente de aquellas con trastorno mental. Definiéndolo como la “existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal” (OMS, 1992, citado en Ley N°. 19.529, 2017) la presencia de estos últimos aisladamente, no se incluirán en la noción de trastorno.

La delimitación tanto del concepto de Salud Mental, como de Trastorno Mental es la primera diferencia que se observa con la ley derogada.

Reconoce a la persona de modo integral, respetando la dignidad humana y los derechos humanos como marco de referencia, plantea la cobertura y el acceso universal, la equidad y la continuidad de las prestaciones que guarden relación con la salud mental con un enfoque interdisciplinario.

Incluye el abordaje del consumo problemático de sustancias psicoactivas dentro del marco de las políticas de salud mental, problemática hasta ahora excluida en la legislación.

Entre los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental se plantea la percepción y atención de su singularidad, el reconocimiento como sujeto de derechos, ser tratada con la alternativa terapéutica que menos restrinja sus derechos y libertades, acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, su reinserción laboral, familiar y comunitaria, la protección de todo tipo de explotación, estigmatización, o trato discriminatorio o abusivo y la no discriminación a partir de un diagnóstico actual o pasado, entre otros.

A partir de esta normativa se elabora un Plan Nacional de Salud Mental, que parte de considerar a la salud mental como inseparable de la salud en sentido general, ya que esta es un bien público socialmente determinado, entramado en el modo de vida, sostenido por todos y garantizado por el Estado, inseparable de la justicia y la inclusión social, y ajena a toda forma de discriminación o estigma (Plan Nacional de Salud Mental, 2020-2027). Uno de los ejes importantes que tiene el plan hace a la atención, en ese sentido, comienza una transición de un sistema hospitalocéntrico, a un sistema basado en un modelo comunitario, que busca lograr equidad en la atención a la salud mental, y desactivar progresivamente el modelo asilar y monovalente.

La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, teniendo como estrategia la atención primaria en salud y priorizando el primer nivel de atención. La atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales. Propone el establecimiento de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de la

calidad de vida e integración social, que estén adecuados a la adquisición progresiva de los niveles de autonomía, para asegurar el tránsito de lo sanitario a lo social.

La hospitalización será considerada un recurso terapéutico de carácter restringido, reservado especialmente para situaciones agudas, procurando que se realice en hospitales generales, priorizando las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona. Se promoverá el mantenimiento de vínculos y la comunicación de las personas hospitalizadas con sus familias. Según las necesidades de la persona, las modalidades de hospitalización podrán ser: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.

La hospitalización involuntaria sólo podrá ser llevada a cabo cuando exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros, o cuando la capacidad de juicio esté afectada de tal manera que el no hospitalizarla pueda causar un deterioro considerable de su condición.

Mediante un proceso progresivo de cierre de las estructuras asilares y monovalentes, sustituidas por un sistema de estructuras alternativas, se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, estas estructuras alternativas serán, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo, los centros de rehabilitación;

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales (Artículo 37, Ley N°. 19.529, 2017)

Los establecimientos asilares y monovalentes tendrán como fecha definitiva de cierre el año 2025.

Esta ley crea una Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, un organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud, integrada por profesionales de la salud y de las universidades, representantes del MSP, de los usuarios y sus familiares, que por primera vez en la historia de la salud mental en Uruguay son partícipes de organismos que toman decisiones. La comisión Nacional de contralor de la Atención en Salud Mental va a ser el órgano que sustituye a la figura del inspector general de psicópatas.

Entre los objetivos de este equipo multidisciplinario, se incluye supervisar las condiciones de las personas internadas por problemas de salud mental, controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más del plazo requerido por las terapias e informar sobre la normativa vigente en cuanto a los derechos de las personas con padecimiento psíquico.

La implementación de esta ley trae consigo tres transformaciones necesarias. La primera, es en la percepción de las personas, al que se lo denominaba “loco”, y después enfermo, se lo pasa a considerar ciudadano.

Una segunda transformación, es el lugar de atención, a quienes en un principio se los contenía, alejándolos de su entorno, en asilos y manicomios, y luego se los segrega, tratándolos exclusivamente en hospitales psiquiátricos, podrán ahora recibir atención integral de su salud en su comunidad, teniendo un rol protagónico en su proceso de recuperación.

La tercera transformación, es el modo de atención, esta atención en la comunidad ya no requiere de la asistencia exclusiva por un especialista en psiquiatría, o de un equipo especializado, sino por parte de la red de salud, que incluye una red de dispositivos especializados en Salud Mental, y la sociedad en su conjunto.

#### Modelo Comunitario en Salud Mental.

Como ya se mencionó, la implementación de la Ley de Salud Mental, no solo significa un cambio en la legislación, también implica un cambio en el modelo de atención a la salud mental. Un modelo de atención, supone una concepción sobre las personas y sus derechos, sobre la ética profesional, sobre la participación y los modelos explicativos de los procesos de salud y enfermedad.

El modelo de atención pasará a ser el modelo social y comunitario en salud mental, que cuenta con dos supuestos fundamentales, el primero, es que alega que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales, al menos preponderantemente. No son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. El segundo supuesto, considera que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, partiendo de la premisa de que toda vida humana es digna (Palacios, 2008)

Si las causas son sociales, las soluciones no deberían apuntarse individualmente a la persona afectada, sino deben ser dirigidas hacia la sociedad.

En relación a esto, la Ley de Salud Mental plantea que el ámbito de atención sea el comunitario con un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Propone fomentar el establecimiento de redes territoriales de atención y de dispositivos residenciales de apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes, considera a la hospitalización

un recurso terapéutico de carácter restringido e impulsa la desinstitucionalización de estas personas mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, sustituyéndolas por un sistema de estructuras alternativas. (Ley N°. 19.529, 2017). Se trata de construir redes en la comunidad capaces de sostener a las personas con padecimiento psíquico, como también de impulsar y generar oportunidades, no basta con que estas personas estén insertas en su comunidad, se debe impulsar la participación activa.

El modelo anterior se centraba en la rehabilitación o normalización de las personas con discapacidad, mientras que este modelo aboga por la rehabilitación o normalización de una sociedad, pensada y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas (Palacios, 2008).

El modelo comunitario de atención, con abordaje integral, constituye un cambio de paradigma que implica nuevas conceptualizaciones y actitudes en el quehacer cotidiano de las personas usuarias de los servicios de salud, de los recursos humanos que trabajan con ellas, y de la sociedad toda. Requiere de una diversidad de dispositivos sanitarios, sociosanitarios y sociales, adecuados a cada situación personal, que conformen una red efectiva de servicios que promuevan el fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios (Ordenanza 1046, 2019).

La ley vigente dispone como fecha de cierre para los dispositivos asilares y monovalentes el 2025, entendiendo como tal a aquel en el que predomina una especialidad, y aun contando con otras disciplinas estas funcionan de forma independiente y desarticulada, dentro de una lógica proteccionista no participativa, tanto de la persona como de sus referentes, lo que refuerza el estigma que sufren los usuarios de los servicios de salud. (Ordenanza 1046, 2019).

Los trastornos mentales graves originan, además de los problemas de salud en las personas afectadas, un proceso complejo que se conoce como estigma social, se entiende por el mismo a una “situación del individuo que está descalificado de la plena aceptación social” (Goffman, E. 1963. p.7), siendo la sociedad misma, la que establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías (Goffman, 1963). El estigma es un conjunto de actitudes de connotación negativa, que un grupo social mantiene sobre un sector minoritario por presentar algún rasgo o señal diferencial, creando en la conciencia social un estereotipo negativo hacia estos atributos, la persona o colectivo portador de estos, deja de ser considerado “normal”, cuestionando su valor social (Bobes García, Saiz Ruiz, s.f).

El proceso de estigmatización no es solo externo o social, en el ámbito interno también se produce, se denomina “auto estigmatización”, y refiere a la manifestación por parte de la persona, de actitudes similares a los de la población general, asumiendo estereotipos como pueden ser los de peligrosidad, incapacidad, entre otros, además de las características y síntomas propios de la enfermedad. Este proceso puede provocar en la persona sentimientos de vergüenza, propensión al aislamiento social, dificultad por la solicitud de ayuda, incremento del riesgo de recaídas, y riesgo suicida (Bobes García, Saiz Ruiz, s.f).

Se prevé la creación de una red de dispositivos asistenciales que incidan eficientemente en la promoción, prevención, y atención de la salud. Lo que supone:

- Situar el núcleo del sistema de atención de la persona en la comunidad, favoreciendo la accesibilidad por parte de los usuarios a los servicios de salud.
- Priorizar la atención ambulatoria, otorgando prioridad al mantenimiento de las personas en su entorno de vida habitual.
- Diseñar con la persona y su familia o quien la persona designe, un plan de tratamiento individualizado, realizado en forma interdisciplinaria, de acuerdo a su situación clínica, donde se desarrollen los pasos del abordaje de manera comprensible para todos los involucrados.
- Implementar indicadores de evaluación y monitoreo de todo el proceso terapéutico de la persona y su entorno.
- Diversificar la oferta asistencial, adaptándola a las necesidades de las personas, familias y comunidades, considerando sus particularidades y articulando esta oferta en los niveles de complejidad y especialización, acorde a los principios del modelo.
- Desarrollar dispositivos específicos para la atención de niños, niñas y adolescentes.
- Conformar equipos interdisciplinarios en todos los niveles de atención que permitan dar adecuada respuesta a los usuarios/as, en un contexto comunitario.
- Promover la formación continua de los equipos que integran la red de dispositivos.
- Tender a realizar las hospitalizaciones en el contexto de un hospital general y durante la misma poner especial énfasis en el desarrollo progresivo de la autonomía y mantenimiento de los vínculos familiares y sociolaborales.
- Asegurar la eficiente integración de los servicios en la red. (Ordenanza 1046, 2019).

#### Dispositivos para la atención en salud mental.

El Ministerio de Salud Pública, aprueba a través de la Ordenanza 1046 (2019), los dispositivos que integran la red de atención a la salud mental.



Los dispositivos para la población adulta, estarán integrados por las unidades de territorio, las unidades de hospitalización, y los dispositivos de inclusión social. Dentro de las unidades de territorio se encuentran el equipo básico del Primer Nivel de Atención, Equipo especializado de Salud Mental, centro diurno de rehabilitación psicosocial, casas de medio camino y centros de acogida y dispositivos de atención móvil.

Las unidades de hospitalización serán las de atención en servicios de emergencia para la salud mental en hospitales generales, la unidad de corta estadía, unidad de mediana estadía, hospitalización diurna y hospitalización domiciliaria.

Los dispositivos de inclusión social, serán las redes de centros de apoyo para la inclusión residencial autónoma, se incluyen las residencias asistidas, hogares protegidos, viviendas supervisadas, centro de inclusión laboral y centro para la inclusión educativa.

Los dispositivos específicos para los niños, niñas y adolescentes también estarán divididos en unidades de territorio y unidades de hospitalización. Las unidades de territorio serán el equipo especializado en salud mental, equipo de habilitación/rehabilitación para las dificultades del desarrollo, aprendizajes, problemas emocionales y comportamentales en niños, niñas y adolescentes.

Las unidades de hospitalización serán la atención en servicio de emergencia para la salud mental de niños, niñas y adolescentes en hospital pediátrico u hospital general, unidades de corta estadía y hospitalización diurna.

## **Reflexiones finales.**

La elección del tema se vio motivada principalmente por el interés que me generan los usuarios de servicios de salud mental como población a trabajar, a la que tuve un acercamiento en las instancias de las prácticas de formación pre-profesional, que se desarrollaron en el Hospital Vilardebó. En este momento de transición, de cambios en el modelo de atención, una institución como el Hospital Vilardebó que responde a lógicas de encierro, no resulta el dispositivo más adecuado. Se ha reproducido a través de los años un modelo de atención asilar, medicalizado, hospitalocéntrico y centrado en la enfermedad, sin una mirada integral que dé cuenta de la relación entre salud mental, salud integral y el contexto. La implementación de la Ley de Salud Mental N° 19.529 trae consigo un cambio en cómo se percibe, cómo se atiende, y donde se atiende a esta población, rompiendo con esta lógica.

La participación activa del sujeto, tanto en su recuperación como en la comunidad, reduce el estigma y el auto estigma asociado a la “enfermedad mental”, generando un incremento en la autoconfianza, a propósito de esto se menciona (salvando las diferencias) la experiencia de Pichon-Riviere en el Hospicio de las Mercedes, donde debido a un prolongado paro de enfermeros, debió capacitar a los enfermos que mejor se encontraban para ocupar ese rol, estos mejoraron visiblemente, con una adaptación dinámica a la sociedad (Zito Lema, 1976). Pichon Rivière entiende a la persona desde el paradigma de la complejidad, genera una interacción horizontal parándose frente a un par, lo quita del lugar de enfermo, pasando a tener una participación activa en su proceso de recuperación. Un cambio en la percepción y la atención de los sujetos, genera también un cambio en la autopercepción de estos.

La enfermedad mental no será tratada respondiendo únicamente a las diligencias del discurso médico psiquiátrico, el rol del psicólogo pasará a ser más activo, pudiendo desempeñarse en el ámbito social, en dispositivos tales como: clubes terapéuticos, centros comunitarios o casas de medio camino y en el ámbito sanitario en estructuras como centros diurnos, unidades de mediana estadía, centros de rehabilitación, centros especializados, unidades de salud mental.

El proceso de la ley es reflejo del momento de transición en el que está Uruguay, de integrar el modelo comunitario, y el modelo sanitario de atención, esto se ve reflejado en el uso de una variedad de palabras que conceptualmente son bien distintas, ya que cuesta encontrar una denominación adecuada. El modelo comunitario de atención propone que las causantes de las discapacidades son las barreras que el entorno pone, impidiéndole al sujeto la accesibilidad, por lo tanto, una persona no es discapacitada, sino que se encuentra en

situación de discapacidad, sin embargo, la ley continúa nombrándolas como “personas con trastorno mental”, o “personas con discapacidad”. Si bien hablar de “persona con discapacidad” es correcto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y “personas con trastorno mental” está vigente por DSM IV y V y CIE 10, no hay un consenso en las conceptualizaciones que tienen estas denominaciones. Esto habla de la importancia de cómo denominamos las cosas, se siguen utilizando términos que señalan, que operan como una barrera actitudinal, que limita a que el otro pueda ser, aquí lo que opera es el estigma, hablar del loco, o de la locura en la sociedad, en un ámbito que no sea el académico, o que guarde alguna relación con el tema por algún interés en particular, refleja el desconocimiento que existe al respecto, hablar de locura genera miedo, o compasión, a un nivel que pasa a ser asistencialista. Se deshumaniza al sujeto, reduciendo toda su vida al diagnóstico que presenta.

La barrera más grande que se presenta para la inclusión es la sociedad misma, en el fondo se sigue reproduciendo esta idea que viene arraigada desde la Edad Media, donde lo que no aporta se lo segrega y aísla.

El recorrido realizado por los diferentes abordajes para tratar la locura, deja en evidencia que el discurso de esta responde a los intereses del sector dominante, la religión hablaba de posesión demoníaca. El positivismo, se refería a los sin-razón. La industrialización hacía referencia a la improductividad, y por último, la psiquiatría, habla de enfermedad mental, hay un consenso en que lo que no se adapta a las expectativas y a las exigencias de la lógica dominante se lo segrega, margina, castiga, e invisibiliza, pero las conductas consideradas anormales cambian en función de los intereses objetivos que estos ponen sobre los sujetos, por lo que esta pasa a ser, un mecanismo de control y de ejercicio de poder.

Si el loco siempre fue aquella persona discordante con la sensibilidad dominante de la época, cabe preguntarse ¿cuál es la lógica de poder y dominio que existe actualmente? y ¿qué es lo discordante para esta? Si bien el nuevo modelo de atención resignifica a la “enfermedad mental”, quita el eje sobre la responsabilidad de enfermar del sujeto y lo pone en la sociedad como generadora de barreras por lo tanto, las soluciones no deberían apuntarse individualmente a la persona afectada, sino también dirigidas a la sociedad. ¿El avance social es tal que ya no se reproducen lógicas del par dominador-dominado al decir de Pichon-Rivière?

Como profesionales de la salud, pararnos en el pienso constante sobre cómo se ha construido el discurso de la locura, y como se ha utilizado como ejercicio de poder a través de los años, rompe con la reproducción de estas prácticas, nos ubica frente a un semejante y un sujeto de derechos. Nuestro trabajo debe ser el de poder acompañar al sujeto a que construya su proyecto de vida, acompañar su existencia y no acallar o ejercer poder sobre su sufrimiento.

## Referencias bibliográficas.

- Adolfo Vásquez Rocca. (2011). Antipsiquiatría Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la "razón psiquiátrica". *Nómadas: Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 31, 321-338.
- Agustina Palacios. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Grupo Editorial CINCA.
- Alejandro Alvarez Carrizo. (2017). *Locura y Poder en Michael Foucault*. (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Zaragoza) recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:masterFilosofiaHistoria-Aalvarez>
- Bobes García, J.; Saiz Ruiz, J. (coords.) (s.f) Impacto social de la esquizofrenia. Recuperado de: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/documentos/Libro-Impacto%20social%20de%20a%20esquizofrenia.pdf>
- Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83-96. Disponible en <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>
- Denise Najmanovich, Elina Dabas. (1995). *Redes. El lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: PAIDÓS.
- Doménico De Salvia. (1986). Orígenes, características y evolución de la reforma psiquiátrica italiana a partir del año 1978. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 6, 69-85
- Ervin Goffman. (1963). *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.
- Evaristo Pasquale. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 345-351. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200011>.
- Hernández Monsalve, Mariano. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-187. Recuperado en 09 de septiembre de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352017000100010&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010&lng=es&tlng=es)
- Hugo Marietan. (2004). Historia de la psiquiatría. *Revista Argentina de la Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 11.
- José Pedro Barrán. (1990). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson, 2002.
- Michael Foucault. (1967). Historia de la locura en la época clásica. Paris: Fondo de Cultura Económica.
- Ordenanza 1046, 2019
- Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027)
- Uruguay (1936, agosto 24). Ley N°. 9.581 De Asistencia al Psicópata. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp174849.htm>
- Uruguay (1949, enero 17). Ley N°. 11.139 Creación del Patronato del Psicópata. Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/11139-1948>
- Uruguay (2007, diciembre 13) Ley N°. 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
- Uruguay (2007, agosto 8). Ley N°. 18.161 Creación de los servicios de salud del estado (ASSE) como servicio descentralizado. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007>
- Uruguay (2017, setiembre 19). Ley N°. 19.529: Ley de salud mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Vicente Zito Lema. (1976). Conversaciones con Enrique Pichon-Riviere sobre arte y la locura. Argentina: Ediciones cinco.