

Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay

Aspectos de
salud mental

Resumen

En este artículo (como primer aporte de una publicación en dos etapas) se considera la situación de la atención psiquiátrica en Uruguay y su legislación, lo que siempre ha estado presente como una cuestión a resolver. La evolución de la psiquiatría en la medida que se reconocían formas menores de patología mental determinó que la asistencia se fuese haciendo progresivamente en la comunidad y que las estructuras hospitalarias solo fuesen una parte del sistema. En esta evolución la atención psicológica fue experimentando un incremento por consultas por problemas existenciales, lo que ha llevado a que el campo de la psiquiatría fuese sustituido por la llamada «área de salud mental» (se aportan datos hipotéticos del número de personas que se asisten en dicha área y de quienes son los técnicos que se ocupan de ellas). Como consecuencia de esta evolución se ha vuelto difícil el poder legislar equilibradamente dos objetivos diferentes: uno médico, el asistir a las personas con trastornos mentales (con políticas públicas de prevención y rehabilitación) y otro, sociopolítico, el desarrollar planes de promoción en salud mental «positiva».

Palabras clave

Asistencia psiquiátrica
Legislación
Psiquiatría
Área de salud mental

Summary

This article (first part of a paper to be published in two stages) regards the situation of psychiatric care in Uruguay and legislation, an ever present unsolved issue. Psychiatric progress towards the recognition of minor mental disorders created community based care settings, hospitals thus becoming just one part of the whole system. Psychological care increased due to consultations about existential issues, the term psychiatry then gradually being replaced by the so-called "mental health area". (Hypothetical data regarding number of patients and technicians involved in their care is provided). As a result it is difficult to legislate in a balanced way two different aims: the care of people with mental disorders (with public policies for prevention and rehabilitation) and a socio-political one, developing promotion plans on "positive" mental health.

Key words

Psychiatric care
Legislation
Psychiatry
Mental health area

Autor

Humberto L. Casarotti

Psiquiatra, neurólogo, médico
legista.

Correspondencia:

Presidente Berro 2531
CP 11600 - Montevideo
humberto.casarotti@gmail.com
www.henriey.com

Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay

Henry Ey, en 1966, al considerar la organización de la atención psiquiátrica, afirmaba que «la gran ilusión por la que no nos debemos dejar arrastrar es realizar soluciones parciales, porque toda solución parcial constituye una amputación y nunca una solución verdadera».¹

* A partir de 1964 H. Ey llama «inflación» a este incremento o extensión abusiva del campo psiquiátrico que entiende correlativo a la evaporación del concepto de trastorno mental.

** Los miembros activos de esa comisión fueron los Dres. H. Casarotti, F. Dajas, E. Grataudoux, L. Giometti, D. Speyer, G. Rivero, G. Varela, A. Nin, G. Bertran y J. Longo y otros que colaboraron en la realización de diversas encuestas personales e institucionales. Lo trabajado en esta comisión se presentó en el encuentro y fue publicado posteriormente en la Revista de Psiquiatría del Uruguay (cf. ref. 3).

I. Introducción

La evolución positiva alcanzada en la asistencia psiquiátrica y el incremento* del número de consultas por los problemas psíquicos que se originan en la coexistencia humana hacen difícil el intento de legislar ambos objetivos simultáneamente. Esta dificultad, que depende centralmente del concepto de «trastorno mental» que se tenga y en último término de la perspectiva antropológica desde la que se trabaje, ha generado y genera frecuentes y acalorados debates.

Estos debates no tuvieron lugar en Uruguay cuando en 1936 lo que se buscaba legislar era la asistencia psiquiátrica. Y esto porque, entre otras razones: a) el concepto de trastorno mental como objeto de la psiquiatría era compartido, b) la psiquiatría se limitaba al manejo de los pacientes mentales y no tenía la importancia que hoy tiene como especialidad médica, c) recién comenzaba sus desarrollos terapéuticos y d) los psiquiatras dividían muy naturalmente su trabajo entre el hospital para los pacientes psicóticos y el consultorio para los pacientes neuróticos. Razones por las cuales lo que en aquel momento importaba legislar era, por un lado, pensando en los pacientes mentales y tomando en cuenta la disminución de autonomía que padecen, defender sus derechos frente a la posibilidad de abusos, y por otro, frente a la peligrosidad levemente mayor de los enfermos mentales, proteger a terceros. Y en esos objetivos concretos, la sociedad y los

psiquiatras, con una perspectiva antropológica común, estaban de acuerdo.

Pero esa ley, con su objetivo y en el contexto de la época, fue promulgada en un momento de cambios. Primero, porque en pleno ocaso de la edad moderna el hombre iba siendo pensado de modo diferente; segundo, porque en las décadas siguientes se hizo evidente la eficacia terapéutica especialmente en la patología mental aguda; tercero, porque la medicina comenzó a interesarse por las cuestiones psicológicas (psicosomáticas, de psicología médica, de neuropsicología), y cuarto, porque por la influencia de diversos factores el consultorio psiquiátrico se fue viendo literalmente invadido por problemas existenciales pero no patológicos.

Esos cambios fueron determinando que: a) en los hechos, la ley no se aplicase, porque en relación con los artículos prescriptivos la eficacia terapéutica iba haciendo que las formas de hospitalización compulsiva se volvieran innecesarias; b) sus artículos normativos en cuanto a la organización de la asistencia por la evolución alcanzada se viesen superados y se volvieran anacrónicos; c) el incremento del campo por consultas no patológicas y el aumento correlativo de técnicos *psi* fuese desdibujando la necesidad y la presencia de la psiquiatría y d) se generase un nuevo ámbito de trabajo que fue llamado «área de salud mental».

Por esas diversas razones en el Uruguay de los años 80 se comenzó a considerar críticamente la Ley 9581 o de Asistencia de psicópatas.² Desde entonces se fueron sucediendo planteos y debates que se han caracterizado por ser circulares, en el sentido de dar vueltas sobre algunas cuestiones en un ir y venir ineficiente que solo determinó algunos cambios parciales.

En 1984, la Sociedad de Psiquiatría, frente a la problemática específica que en aquel momento presentaba la asistencia psiquiátrica en Uruguay, formó una Comisión de Salud Mental que trabajó a lo largo de ese año.** El 6 de octubre se llevó a cabo un encuentro («La Salud mental en el Uruguay: un desafío»³) en el que participaron representantes de las

diferentes sociedades de psiquiatría, de las asociaciones de técnicos *psi*, de la Cátedra de Psiquiatría, así como diversas personalidades destacadas.

Ese encuentro realizado al final de la dictadura determinó que en los años siguientes se trabajase para desarrollar un Programa de Salud Mental que fue presentado en 1986.⁴ En la década siguiente una comisión a nivel del Ministerio de Salud Pública (MSP)⁵ integrada por miembros de las diferentes asociaciones de psiquiatras trabajó pensando conveniente modificar la legislación, pero entendió finalmente que no estaban dadas las condiciones para que eso se pudiera hacer sin poner en riesgo la atención de los pacientes. Situación de riesgo que se fue haciendo más evidente en la medida que diferentes grupos de origen legal^{6,7} argumentaban que en Uruguay, cuando se hospitalizaba a un paciente, se violaban sus derechos humanos. Posteriormente y a partir de 1999 ha circulado un anteproyecto de ley que fue dado a conocer en el 2009.⁸

Esta presentación es la parte primera de una publicación en dos etapas. En este artículo, tomando en cuenta que actualmente en Uruguay se está elaborando anteproyectos de ley en salud mental, se analiza la evolución que ha tenido lugar respecto a la atención de los problemas psíquicos, se considera el objetivo que se legisló en 1936 y sobre las dificultades que hoy implica legislar en relación con la llamada área de salud mental, y se reflexiona acerca de los aspectos que deberían ser tomados en cuenta a la hora de generar un cambio legislativo. En un segundo artículo, a publicarse en el próximo número de esta revista, se analizará los aportes hechos por diferentes instituciones así como los anteproyectos de ley que hayan sido presentados al Poder Legislativo.

II. Evolución de la psiquiatría y legislación: del asilo a la comunidad

El primer punto es considerar en un breve repaso histórico conceptual las grandes etapas del desarrollo de la psiquiatría y cómo se fue dando la legislación de su actividad.

1. El trastorno mental como fenómeno natural es descubierto en el siglo XVI en plena época demonológica y en medio de la Inquisición donde campea el *Malleus malleficarum*.⁹ En ese momento, en los Tribunales Canónicos de la Rota Romana (en relación con el consentimiento para la vida religiosa o el estado de matrimonio) se comienza a reconocer que hay personas que no pueden ser responsabilizadas (en grados variables) de sus actos, porque no pueden lo que sí otros pueden. Y que ese «no poder», que es sentido —literalmente— como una diferencia en el principio de ordenación del «mundo vivido» y relacionado vagamente con una desorganización del sistema nervioso, es la forma de manifestarse una enfermedad. De ese modo se descubrió el trastorno mental en su realidad de ser una disminución del hombre, no en su vida vegetativa, en su vitalidad, sino en su humanidad, es decir, en su autonomía personal. Disminución que pudo descubrirse porque la sociedad del Renacimiento al destacar la libertad del hombre y sus derechos tenía que percibirse de la existencia de modos de vivir humanos en los que el hombre aparece antropológicamente disminuido. Cuando Erasmo de Rotterdam hablaba del *Elogio de la locura*¹⁰ elogiaba precisamente la libertad del hombre, esa «demasia», esa «chispa de la especie» propia del «loco de atar», del «energúmeno» que es el hombre para el bien o para el mal. Los enfermos mentales por el desorden que presentan en su organismo no pueden acceder a esa «locura de la humanidad». Los trastornos mentales se caracterizan por ser diferentes formas de ese «no poder».

Hacia finales del siglo XVIII, las manifestaciones psíquicas vividas como diferentes cualitativamente a las estructuraciones psi-

quicas normales (entendidas como «psicosis única» o «alienación») se volvieron objeto de la medicina. Las afecciones mentales siempre fueron reconocidas como «endógenas»¹¹ en el sentido de que —a diferencia de las enfermedades vegetativas— la mayor parte de sus manifestaciones proviene de la «interioridad» resultante de la evolución de la vida mental. A diferencia de las funciones de la vida vegetativa que tienen poca variabilidad (por lo que la diferencia entre normal y patológico es generalmente evidente), las operaciones de la vida mental por ser fuente de diferenciación se caracterizan precisamente por su variabilidad (lo que dificulta el diagnóstico de lo normal y lo mórbido).*

Descubierto el trastorno mental y encarado naturalmente como una cuestión médica, la psiquiatría a lo largo del siglo XIX va organizando su saber en relación con la patología mental severa, asistida en los asilos y sin otro tratamiento que el que —contradictoriamente— fue llamado «tratamiento moral». En ese contexto fue que en Francia se estableció la famosa ley de 1838 que organizaba la asistencia asilar reconociendo y defendiendo los derechos de los pacientes y de sus médicos asistentes; fue el prototipo de leyes posteriores, por ejemplo, de la ley uruguaya N.º 9581 de 1936.

2. Entre los siglos XIX y XX se comienza a penetrar en la realidad de ese «espesor» de la vida mental infraestructural que se desorganiza en la patología mental. Así se descubre, por un lado, que el síntoma no es el contenido de la manifestación sino la estructura que adopta la vida mental enferma y por otro, que el paciente es el agente (inconsciente y consciente) de sus actos. En «lo negativo» el «agente consciente» aparece disminuido en su capacidad normal de inhibición (lo que hace que sus actos sean involuntarios), al tiempo que en «lo positivo» aparece el «agente inconsciente» con toda su pulsionalidad (lo que hace que sus actos sean intencionales). Dialéctica de déficit y reacción, de pérdida y de construcción donde la manifestación es al mismo tiempo negativo/positiva. Como

las formas de patología mental menor predominan (a las que se suman el inicio de las formas severas), la mayor parte de las veces el «menos» de la dialéctica es mínimo frente a la reacción «positiva». Reacción en la que semiólogo psiquiatra descubre el «menos» que lo hace un caso mórbido y que por consiguiente refiere a un desorden somático. A medida que la afección progresa o cuando es grave la reacción va siendo menor.**

A lo largo del siglo XX se va descubriendo terapéuticas que operan sobre el «espesor» somato-psíquico que se desorganiza en la patología mental. Y en la medida que estas terapéuticas de tipo «físico», pero que son realmente psicoterapéuticas por su efecto, van mostrando su eficacia, desaparece la necesidad de operar con una ley como la de 1936. La medicación antipsicótica por sus efectos alucinólics y antidelirantes, al cambiar el humor delirante propio de las experiencias agudas (humor delirante que es el fundamento de la hospitalización involuntaria), fue haciendo que la necesidad de tener que hospitalizar compulsivamente fuera —de hecho— desapareciendo. Generalmente los pacientes cuando llegan al psiquiatra, medicados en los días previos, se hospitalizan voluntariamente. Es decir que la hospitalización compulsiva pasó a ser prácticamente solo un dato histórico.

3. Durante el siglo XX fue teniendo lugar un cambio importante en cuanto al tipo de consultas que conformaban el campo psiquiátrico. Los psiquiatras que habían pasado del asilo al hospital y del hospital a la comunidad comenzaron a trabajar sobre formas de vida mental patológicas menores (neurosis y trastornos de carácter), y progresivamente empezaron a ser consultados por problemas existenciales, no patológicos. En esta evolución los conceptos psicoanalíticos jugaron un papel importante en dos sentidos. Por un lado, por la tendencia de sus técnicos a minimizar el diagnóstico psiquiátrico y por otro, porque el objetivo de su trabajo pasó a ser el conflicto y el trauma, es decir, formas de sufrimiento humano (pobreza, desempleo,

* Para lograr un organismo vegetativo autónomo son suficientes 9 meses de vida, pero para construir el organismo que hace posible el autonomizarse (relativamente) del inconsciente son necesarios 18 años de desarrollo. De un desarrollo que no tiene etapas embrionarias, en el sentido de que todas las etapas recorridas persisten como «espesor» infraestructural necesario, aunque no suficiente, de todas las operaciones conscientes y facultativas del sujeto.

** Un ejemplo del cambio que se da en esta dialéctica negativo/positiva se tiene en casos de síndrome de demencia. a) Durante el período inicial, a pesar de ser centralmente deficitario, el síndrome se manifiesta por conductas positivas y cuando esas conductas han sido delictivas es necesario diagnosticar la estructuración negativa, deficitaria presente en esta etapa donde la persona actúa en el mundo compartido como lo hace todo sujeto. b) A medida que el proceso demencial progresa el déficit se hace evidente y disminuye correlativamente la capacidad de actuar, de reacciones dañinas.

violencia, discriminación, etc.), pero no el trastorno mental. En los hechos esta evolución significó una verdadera explosión del campo de trabajo de los psiquiatras.¹²

Esa evolución fue determinando que el término «salud mental» se volviese un término equívoco —es decir, un término que se refiere a dos realidades distintas— y que la psiquiatría se fuese desdibujando a favor de la denominada área de salud mental. Equivocidad del término que desaparece si se acepta que en el área de salud mental están presentes dos tipos de realidades¹³ y sabiendo que las acciones que se realizan en cada realidad se entrecruzan continuamente.

– Por un lado, la realidad de la salud mental propiamente dicha entendida como el orden psíquico de la persona cuyo negativo es el trastorno mental. Se podría decir que esta salud mental: a) es una salud mental «negativa» en el sentido de que se refiere al no padecer un trastorno mental, b) no puede ser elaborada correctamente si no se conceptúa la enfermedad dentro de la medicina, c) debiendo el trastorno mental ser encarado individual y colectivamente de acuerdo con los tradicionales niveles médicos de prevención, tratamiento y rehabilitación.

– Por otro lado, están los aspectos de la salud mental «positiva»¹⁴ entendida como promoción de salud. Esta salud mental positiva: a) integra la salud definida imprecisamente por la OMS como un estado de bienestar, b) no se refiere al trastorno mental y por consiguiente no es un área de acciones propiamente médicas sino sociopolíticas, c) donde el concepto del sufrimiento y de su significado es inseparable de concepciones antropológicas, d) es acompañada por el ingreso de diferentes técnicos *psi* * al campo de la atención.

El incremento del campo de atención que llevó a la denominación de «área de salud mental» se acompañó del consecuente aumento en el número de técnicos que trabajan en el área.

III. Cambios sobre qué legislar, debido al corrimiento desde la patología mental al área de salud mental¹⁵

Es decir que en el área de salud mental (de límites imprecisos) consultan y son atendidos dos tipos de personas cualitativamente diferentes. Unos son enfermos mentales de diverso tipo y otros son personas con problemas existenciales, no por trastorno mental («psicopatología de la vida cotidiana»).

El número creciente de no pacientes que integran el segundo grupo (y de los técnicos que se ocupan de ellos) fue desplazando el objetivo de trabajo de la psiquiatría. La patología mental, especialmente en sus formas centrales (psicosis agudas y crónicas), fue siendo opacada por el número creciente de los otros motivos de consulta. Es decir, que los integrantes del área de la salud mental (que fueron siendo progresivamente técnicos *psi* frente al número de psiquiatras) y las cuestiones que allí eran consideradas se fueron apartando de la psiquiatría (medicina) e ingresando en el campo psicosocial.

Y ese apartarse de los pacientes psiquiátricos y comenzar a tratar a personas normales con problemas implicó el que se empezase a dar prioridad a una forma de relación diferente a la que se puede y se debe mantener con los pacientes. El psiquiatra que tiene experiencia frente a un paciente, que por serlo padece una disminución en su autonomía personal (el «otro» diagnóstico, como dice Blankenburg¹⁶), se pregunta y se responde en primer lugar: ¿dónde voy a tratar a este paciente? Es decir, en qué espacio de atención voy a poder establecer la relación que es la condición de toda terapéutica. Espacio que, más que físico, es el lugar donde es posible tratarlo de acuerdo con el grado de disminución de autonomía que presenta. También el psicólogo cuando es consultado por un enfermo mental y está bien formado, se ve en la necesidad de responder la misma pregunta; respuesta que a veces puede ser la de tener que derivar al paciente a un psiquiatra cuando su patología requiere un

* Este grupo técnico está constituido por psicólogos de diferentes orientaciones y también por médicos no psiquiatras (psicosomatistas, psicólogos médicos, neuropsicólogos, etc.) Con frecuencia esta praxis psicológica de médicos no psiquiatras que se lleva a cabo en un contexto de pensamiento psicoanalítico es considerada una forma de hacer psiquiatría. Lo que no es, por dos razones. Primero, porque los pacientes que tratan habitualmente no son enfermos mentales y segundo, porque la psiquiatría es una praxis más amplia que la aplicación del método psicoanalítico. (Casarotti, H. Relaciones entre psiquiatría y psicoanálisis (desde finales del siglo xix hasta el momento actual). Rev Psiq Urug 2010; 74(2):103-115.

* Es más realista referirse al tratamiento por corto tiempo como «hospitalización» y al cuidado en larga estadía como «institucionalización», pero no como «internación», según se acostumbra en América Latina. El hecho de que son dos contextos asistenciales diferentes hace de la palabra internación un término equívoco consecuencia de haber traducido internement por 'internación' y no como correspondía, como 'internamiento'.

** Excepción de la urgencia en psiquiatría. La situación de urgencia configura en medicina una excepción en relación con el consentimiento válido. El problema en psiquiatría es que el concepto de urgencia aplicado a los episodios de patología mental aguda no es el mismo que en patología vegetativa. En patología vegetativa los criterios son: riesgo de una función o de la vida, y la situación que determina la urgencia dura corto tiempo. En psiquiatría, en cambio, lo que es urgente, determinado generalmente por formas de patología mental aguda, no pone en riesgo la vida y persiste por semanas o meses. Con lo cual en estos casos si la hospitalización es necesaria, esa necesidad no se limita al comienzo del episodio sino que persiste a lo largo de toda la duración del episodio, hasta que se logra su remisión completa. E incluso, cuando se conoce la historia clínica del paciente, la urgencia puede abarcar también los pródomos ya que estos son el síntoma señal del episodio a punto de desencadenarse. Y es esta excepción de la urgencia lo que ley de 1936 normatizó bien y con amplitud, ya que reconoce el derecho a tomar esa decisión a cualquier persona responsable, contando luego con el juicio del psiquiatra.

espacio diferente al consultorio. Pero cuando el que lo consulta no es un paciente, el encuadre es otro y esa pregunta no se plantea.

En 1936 la salud mental era no padecer un trastorno mental y para ese objetivo existía una rama de la medicina, la psiquiatría, que diagnosticaba y trataba según las posibilidades de la época la locura patológica o propiamente dicha. Y en esa época a los aspectos de promoción de salud mental se les prestaba poca atención.

Al avanzar el siglo xx se va dando el incremento señalado con lo cual se va perdiendo la posibilidad de diferenciar entre salud y enfermedad, y así los objetivos de trabajo se difuminan hasta no representar nada preciso. En los hechos se pasó de considerar la locura patológica para referirse a la «locura de la humanidad», es decir, a la normalidad del hombre con sus excesos propios. Y esta es la salud mental de la que se habla en el 2015 sin que se plantee el problema primordial de tener que reconocer las diferencias que caracterizan a los dos tipos de personas que aparecen en ese campo de trabajo. Cuando eso no se hace (habitualmente porque no se tiene la formación semiológica para hacerlo), entonces la psiquiatría termina por desdibujarse hasta desaparecer como cuestión específica. Porque mientras la psiquiatría apunta a los «hombres que no pueden» porque por su afección han perdido cierto grado de autonomía (de poder autonormatizarse), la «salud mental» apunta a los «hombres que pueden».

Y es esa la diferencia radical de objetivos, entre la Ley 9581 promulgada en 1936 y todo proyecto de ley que se organice para legislar el área de salud mental. En 1936 la ley apuntaba a prescribir y normatizar —en el contexto de la época— la asistencia de los trastornos mentales (entre un 10-15 % de la población), y en el 2015 lo que se legisle debe atender a la promoción de la llamada salud mental «positiva» (que abarca a la población entera y especialmente a más del 80 % de la población mentalmente sana.

IV. Datos de la atención en salud mental y gestación de un estereotipo imaginario

Espacios de atención

La atención de poblaciones tan diferentes se lleva a cabo en tres espacios de atención donde trabajan psiquiatras y diferentes técnicos *psi*. En relación con estos espacios es necesario siempre tener presente que responden no a una creación arbitraria por parte de los psiquiatras sino a la necesidad que, para poder realizar el tratamiento, determina el grado de autonomía perdida que el paciente padece.

1. En el consultorio caben dos posibilidades asistenciales. a) A veces se trata al paciente (trastornos de personalidad, trastornos neuróticos) con métodos psíquicos o con el agregado de medicación psicotrópica. En este espacio la relación con el paciente, el contrato que se establece es semejante al que tienen entre sí dos adultos. Dos personas que se ponen en relación y que tienen no solo todos sus derechos sino también la posibilidad de actuarlos. b) Otras veces, el paciente que consulta (por ejemplo, por trastornos psicóticos crónicos, llamados «ambulatorios») necesita una forma de relación que sea parental, no paternal, como la que mantiene un padre con su hijo adolescente. Cuando la familia es integrada en el seguimiento del paciente entonces cambian las reglas del contrato, del consentimiento, de la confidencialidad.

2. El medio hospitalario de breve estadía (servicios de urgencia/emergencia, salas o camas en hospitales generales, hospitales psiquiátricos) es requerido cuando la descompensación que sufre el paciente hace necesario hospitalizar para devolver rápidamente al paciente a su estado anterior.*. ** Hospitalización que según el momento evolutivo tiene que hacerse de modo involuntario, o contando

con el consentimiento de sus familiares. Son los familiares de los pacientes los que tienen clara conciencia de la necesidad de que las reglas deontológicas sean lo suficientemente laxas como para que un familiar enfermo pueda ser tratado como lo necesita. Conciencia que logran cuando ven los resultados positivos del tratamiento realizado a veces involuntariamente, y que les hace decir que respetar los derechos humanos de su familiar no es el no hacer nada sino hacer aquello que es necesario para devolverlo al estado de equilibrio psíquico anterior.

3. El hospital de larga estadía (o sus formatos alternativos para cumplir con los deberes de asistencia que tradicionalmente se llevaban a cabo en los asilos) es el lugar para atender y proteger con cuidados médicos y no médicos a aquellos pacientes que por la evolución de su afección o por condiciones sociofamiliares extremas lo requieren.*

Datos hipotéticos

Cualquier propuesta que apunte a legislar el área de salud mental debiera partir de datos concretos sobre el número de técnicos, de tipos de pacientes, de motivos de consulta propiamente dicha (cuando se asiste a un enfermo mental), y de otras consultas (cuando se encarán problemas existenciales), de su distribución en los espacios de atención, de la diferencia entre el área metropolitana y el interior del país, etc. Como en Uruguay no se cuenta con estos datos se ha buscado generarlos procediendo del siguiente modo: 1) por un lado, se considera la población con 19 años o más y planteando una prevalencia de trastornos mentales mínima del 13 % (donde se incluyen los trastornos mentales y otros motivos de consulta) se genera un número hipotético que luego se distribuye en los diferentes espacios de atención, 2) por otro, se parte de un número hipotético de psiquiatras y psicólogos, y valorando qué

posibilidades máximas de trabajar tienen, se los distribuye en los espacios de atención y se calcula hipotéticamente de qué tipo de consultas se ocupan, etc. Si bien estos diferentes números fueron generados de modo hipotético, al ser chequeados con situaciones reales se mostraron cercanos a la realidad.

1. En la población de Uruguay de 3.300.000 habitantes las personas mayores de 19 años corresponden a 2.300.000. Considerando una prevalencia baja del 13 % (en la que, a las posibilidades de trastorno mental, se suman los problemas existenciales indizados en los códigos v/z de los sistemas de clasificación), serían 300.000 las personas que consultan (230.000 por trastornos mentales y 70.000 por códigos v/z).

2. En la tabla 1 se observa lo que sucede en los espacios de atención: instituciones de larga estadía (psicosis crónicas, retardos severos, etc.), hospitales de breve estadía (episodios agudos, trastornos de conducta transitorios, etc.), consultorios de psiquiatras (trastornos agudos, psicosis ambulatorias, demencias) y consultorios psicológicos (neurosis, trastornos de personalidad, códigos v/z). Planteando que en cada espacio (hospitales, consultorio psiquiátrico y consultorio psicológico) los pacientes son vistos de modos diversos durante el año (como frecuencia mínima de consultas), se calcula el número total de consultas que se llevan a cabo durante 1 año.

A. Los pacientes hospitalizados

a. En servicios de breve estadía (incluyendo las camas de servicios de urgencia/emergencia). Tomando en cuenta el número de camas existentes en el país (alrededor de 300) y promediando 10 días por paciente/año, el número de pacientes hospitalizados para tratamiento por episodios agudos (depresión, psicosis agudas, etc.) asciende a 10.000 por año; y el número de consultas viendo 3 veces al paciente durante su hospitalización serían unas 30.000.

* El número de pacientes que en una población dada requiere ser hospitalizado en servicios de larga estadía (en diversas formas alternativas) puede variar de acuerdo con las condiciones socioeconómicas, pero estudios epidemiológicos señalan que este número difícilmente va a ser menor a un 15 c/100.000 habitantes.

Tabla 1

ESPACIOS de ATENCIÓN	PREVALENCIA	FREC. de CONSULTAS x año	CONSULTAS / año	TOTALES 5.500.000
instituciones	0.03 % 1000	12	12.000	42.000 (1.0 %)
hospitales	0.5 % 10.000	3 x hospitalización	30.000	
consultorio psiquiátrico	4 % episodios agudos 100.000	6	600.000	700.000 + 1.500.000 = 2.200.000 (40 %)
	0.5 % esquizofrenia 12.000	4	50.000	
	0.5 % demencia 12.000	4	50.000	
consultorio psicológico	2 % «neurosis» 50.000	24	1.200.000	1.500.000 + 1.700.000 = 3.200.000 (60 %)
	3 % tr. personalidad 70.000	24	1.700.000	
	3 % Códigos V/Z 70.000	24	1.700.000	

b. En los servicios de larga estadía (tradicionalmente «institucionalizados») se encuentran alrededor de 1000 personas. Si estos pacientes fuesen vistos 1 vez por mes sumarían 12.000 consultas en el año.

B. Los pacientes atendidos en consultorio

Partiendo de las prevalencias (%) que se describen en los trabajos epidemiológicos para las seis categorías en que se agrupan los pacientes atendidos en consultorio (5 son de casos patológicos y 1 de códigos v/z), se determina el número de pacientes vistos. Luego, de acuerdo con una frecuencia mínima establecida arbitrariamente, se establece el número de consultas que aparece en la tabla 1. Finalmente el número total de consultas en consultorio aparece en la última columna

dividido en 2 grupos: los casos atendidos por psiquiatras (toda la patología mayor y el 50 % de la patología menor) y los casos atendidos por psicólogos (50 % de la patología menor y todos los códigos v/z).

Cuando se considera la distribución que aparece en la última columna se puede observar que del total de un poco más de 5.500.000 de consultas

- * los pacientes hospitalizados (e institucionalizados) se acercan al 1 %;
- * los pacientes del consultorio psiquiátrico son aproximadamente el 40 %; y
- * los pacientes y personas con problemas vistos en consultorio psicológico son, también aproximadamente, el 60 %.

De esta distribución cabe destacar: 1) que en relación con la totalidad de lo que se asiste

los pacientes pasibles de una hospitalización involuntaria no alcanzan a ser el 1 % (cantidad que en los hechos se aproxima al cero, dado que la mayoría de los pacientes hospitalizados que ya han sido medicados en las emergencias aceptan voluntariamente la hospitalización; 2) que los psiquiatras cubren el 40 % de la atención en el área de salud mental (teniendo su trabajo encuadrado dentro de las reglas claras de la responsabilidad médica), y que los técnicos *psi* cubren el 60 % de esa atención (lo que hacen sin una reglamentación de su responsabilidad profesional).

3. En las tablas 2, 3 y 4 se presenta la asistencia en el área metropolitana (Montevideo, Canelones y San José) y en el interior del país.

En la tabla 2 se muestra la cantidad de habitantes mayores de 19 años que viven en esas áreas, el número de psiquiatras que allí trabajan, el máximo de consultas que pueden hacer por año trabajando un máximo de 48 semanas y cumpliendo 75 consultas por semana.

En la tabla 3 se muestra cómo los pacientes analizados en la tabla anterior se reparten entre la metrópolis y el interior.

Del análisis de las tablas 2 y 3 se pone en evidencia lo que se muestra en la tabla 4.

En el área metropolitana: a) los psiquiatras cubren holgadamente la prevalencia de patología mental mínima señalada, y b) los técnicos *psi* atienden a un 55 % de la población de «salud mental».

Tabla 2

ÁREA METROPOLITANA		INTERIOR	
2.000.000 (60 %)	población > 19 años	1.300.000 (40 %)	
512	psiquiatras	88	
1.900.000	consultas posibles x año -75 x sem. 48 sem. = 3.600	320.000	

Tabla 3

ÁREA METROPOLITANA	Espacios		INTERIOR
	7200 cons.	Larga estadía 12.000 cons.	4800 cons.
1.500.000 consultas	20.000	Corta estadía 30.000 cons	10.000 cons.
	450.000	Consultorio psiquiátrico	250.000
	1.000.000	(PM «mayor» y «menor»)	500.000
2.100.000 consultas y «consultas»	1.000.000	Consultorio psicológico	500.000
	1.100.000	(PM «menor» y cód. V/Z)	600.000
			800.000 consultas
			1.100.000 consultas y «consultas»

Tabla 4

ÁREA METROPOLITANA	INTERIOR
(*) Los psiquiatras (512) pueden cubrir las consultas por PM.	(*) Los psiquiatras (88) pueden cubrir el 50 % de las consultas por PM y los técnicos cubren el restante 50 %.
(*) Los técnicos <i>psi</i> (3000?) cubren el 55 % del «área de salud mental» metropolitana.	(*) Los técnicos <i>psi</i> (?) cubren el 80 % del «área de salud mental» metropolitana.

En el interior del país: a) los psiquiatras sufren una sobrecarga laboral que en varios departamentos es compensada por trabajar integradamente con psicólogos; b) el porcentaje de consultas del área de salud mental en el interior cubierto por los psicólogos asciende al 80 %.

4. Considerando ahora el problema desde el número de psicólogos que trabajan en atención psicológica, si bien es difícil obtener datos objetivos, puede decirse de acuerdo con diversos aportes¹⁷ que su número supera ampliamente los 4000. Técnicos *psi* que, trabajando un máximo de 48 semanas por año y cumpliendo un máximo de 60 consultas por semana (promedialmente 2800 consultas por año), ofertan el servicio de un total aproximado de no menos de 10 millones de consultas. Cantidad de consultas que cubrirían la atención psicológica de más de 200.000 personas (promediando entre 2-4 consultas por mes).

En suma —y siempre con números hipotéticos pero fundamentados en diversos aportes—, puede decirse que los psiquiatras (600) y los técnicos *psi* (4000) que trabajan en el área de salud mental en Uruguay cubren tres campos de atención en relación con la población adulta.

a) En los dos primeros se atienden unas 300.000 personas: 1) 1 % en los espacios hospitalarios (hospitalización breve y hospitalización de larga estadía); 2) en el espacio

del consultorio, donde se asiste la patología mental ambulatoriamente (40 %) y donde se lleva a cabo la atención tanto de trastornos mentales como de problemas existenciales por parte de los *psi* (60 %).

b) En el tercer espacio, que no es posible precisar, los *psi* llevan a cabo la atención psicológica de otras 200 mil personas (y probablemente un número mucho mayor).

Con lo cual se puede concluir que, si se considera no las consultas sino el número de personas que son atendidas psicológicamente, es posible distinguir la existencia de tres grupos: 1) un grupo mínimo de pacientes hospitalizados (15.000 = 0.4 %), 2) un grupo con patología mental asistida en consultorio (200.000 = 45 %) y 3) un grupo impreciso que consulta por códigos *v/z* (250.000 = 55 %).

Cuando estos números se toman en cuenta, se hace evidente que a la hora de legislar en el área de salud mental considerando los derechos humanos es necesario reconocer estas poblaciones numéricamente tan diferentes, para cuidar, por un lado, no limitar el juicio de los psiquiatras en relación con los pacientes que necesitan ser hospitalizados (defendiendo los derechos de los pacientes al modo que lo hace la Ley 9581) y por otro, para no descuidar los derechos de quienes piden atención psicológica a un colectivo no siempre bien identificado.

Estereotipo imaginario

Si los números planteados fuesen considerados de modo objetivo, y si psiquiatras y psicólogos acordasen en los conceptos básicos que diferencian a la psiquiatría del resto de lo que tiene lugar en el área de salud mental, sería natural y relativamente simple trabajar de modo integrado con soluciones eficientes así como legislar sobre su organización. Sin embargo, por la desproporción que en dicha área existe entre la psiquiatría que debe hacer uso de los espacios hospitalarios (1 %) y el resto de la atención que se lleva a cabo en el espacio del consultorio (el restante 99 %, donde además mayoritariamente se atiende psicológicamente a personas que no padecen trastornos mentales)..., ese campo es de hecho un campo agitado. Un área de trabajo agitada en parte como consecuencia de un estereotipo que se ha instalado alrededor de estos problemas y de que se ha impuesto en la cultura actual. Un estereotipo construido sobre la base de dos polos. En un polo está la psiquiatría que es pensada como represión, compulsividad, encierro y aplicación de tratamientos no humanizantes (así se entiende el uso de la electroconvulsoterapia y de los psicofármacos valorados como adictivos), y en otro polo están los *psi* que no reprimen sino que trabajan en la comunidad con personas libres y donde el diálogo es el modo terapéutico central.*

Por ese estereotipo la psiquiatría y sus psiquiatras son vinculados a la enfermedad, mientras que los técnicos *psi* quedan vinculados a la salud. A los psiquiatras que se ocupan de toda la patología mental y aunque hacen psicoterapia se los relaciona con las psicosis y con los tratamientos de tipo biológico, y especialmente con la posibilidad de hospitalización y de tratamientos involuntarios. A los psicólogos, en cambio, que a veces sin la suficiente formación tratan personas, se los relaciona con los problemas existenciales de personas normales que conservan su total autonomía.

Este estereotipo imaginario, que nace de la dificultad de pensar y de aceptar que los trastornos mentales en su realidad implican una disminución de autonomía, determina algunos corolarios que debieran ser reflexionados.

a. Se tiende a destacar la salud mental «positiva» vinculando a esta con medidas de prevención y especialmente de promoción de salud mental no sustentadas en la realidad y también a minimizar las conductas y programas que tienen que ver con la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales.**

b. Divide a los que trabajan en el campo, sirve para atacar toda forma de tratamiento psiquiátrico involuntario (desconociendo el juicio del psiquiatra práctico) y es utilizado para defender todo método terapéutico psicológico aunque ese método no sea racional ni eficiente.

c. Este estereotipo está tan inserto en la cultura que con frecuencia es compartido incluso por psiquiatras que trabajan únicamente en su consultorio y no asisten en los espacios hospitalarios, por lo cual desconocen las necesidades médicas a las que hay que responder mediante la hospitalización breve y la larga estadía.

d. Estereotipo por el cual se plantean medidas legislativas y se toman decisiones políticas, las cuales siendo siempre de algún modo económicas se ven facilitadas cuando de lo que hay que ocuparse es de personas sanas con problemas. Ya que estas, a pesar de sus problemas, trabajan, reciben un salario y organizan su vida, todo lo cual significa no ser una carga para el erario público, mientras que los pacientes mentales consumen una parte importante del producto bruto interno (PBI), especialmente cuando su incapacidad exige cuidar de ellos y cubrir globalmente sus necesidades.

e. Estereotipo finalmente que —contrariamente a todo lo que se dice— tiende, conscientemente o no, a poner lejos a los psiquiatras y a sus pacientes mediante leyes que, buscando no estigmatizarlos, logran lo

* Sin embargo, desde Freud se sabe que el diálogo requiere ciertos límites (duración de la entrevista y pago de los honorarios) .y que estos límites son establecidos unilateralmente por el técnico.

** En psiquiatría dos de los logros preventivos eficaces han sido el agregado de yodo al agua para prevenir el cretinismo endémico y la utilización de penicilina para prevenir y tratar el flagelo de la neurosífilis y su secuela mayor, la parálisis general.

contrario: encerrarlos dentro de una ley. Porque la mejor ley en relación con el quehacer psiquiátrico sería aquella que no existiera o que solo reglamentara de modo muy general la relación de pacientes y psiquiatras. Relación que por otra parte ya está considerada en los términos legales que la sociedad ya ha establecido respecto a la relación entre médicos y pacientes con patología de la vida vegetativa.

Argumentos en que se ha fundamentado la necesidad de modificar la Ley 9581

Pueden distinguirse argumentos razonables y argumentos cuestionables.

Los argumentos que fundamentan razonablemente el propósito de modificar la Ley 9581 son los siguientes: 1) que el trámite de una hospitalización compulsiva se ha vuelto obsoleto por la eficacia y seguridad de los tratamientos psiquiátricos, 2) que el articulado normativo en cuanto a la organización de los servicios de asistencia no se corresponde con las posibilidades que se disponen actualmente, 3) que la ley de 1936 carece de programas de prevención médica propiamente dicha (en los diferentes niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria) a los que hoy la psiquiatría puede y debe atender, y 4) que es necesario establecer programas de promoción de salud mental «positiva» cuyo carácter sociopolítico y económico requiere el apoyo de la comunidad.

También se ha afirmado la necesidad de un cambio legislativo con argumentos que deben ser cuestionados. Se dice que la Ley 9581 debe ser modificada:

1) «... porque se trata de una ley que data de la época asilar, no terapéutica.» Esta es una afirmación errónea,¹⁹ porque cuando se votó dicha ley la psiquiatría ya ofrecía, además de la psicoterapia, tratamientos biológicos eficaces (cardiazol, insulina, electroconvulsoterapia). La situación era muy diferente al contexto de la ley francesa de 1838,²⁰ por lo cual se trató de una ley mejorada en relación con los dos tipos de hospitalización (hospitalización breve e institucionalización). La psiquiatría, dejando de ser asilar, había comenzado a ser hospitalaria y aunque el hospital aún centraba la asistencia psiquiátrica, ya reflejaba los cambios que habían tenido lugar.*

2) «... porque es necesario quitar el término psicópata.» En realidad, diversos factores han llevado a hacer un uso peyorativo de la palabra psicópata, pero hasta mediados del siglo XX significaba enfermo mental.

* Un 70 % de los pacientes que en aquellos años ingresaban al Hospital Vilardebó eran dados de alta porque habían sido hospitalizados por diferentes cuadros de tipo agudo.

V. Anteproyectos de ley sobre la «salud mental» en Uruguay

En Uruguay los psiquiatras siempre han reflexionado sobre la organización de la asistencia psiquiátrica y su legislación.¹⁸ Sin embargo, estas reflexiones académicas a lo largo de los años no han dado lugar a cambios sustantivos, por lo cual se podría afirmar que en Uruguay la consideración de la organización de la asistencia psiquiátrica y su legislación siempre ha estado presente como una cuestión «a resolver».

Desde el retorno de la democracia y especialmente desde hace unos veinte años ha sido un tema discutido en diferentes ámbitos y que ha dado lugar a proponer anteproyectos de ley de salud mental. Actualmente y por decisión del MSP se ha trabajado en esa dirección con el propósito de hacer aportes que sirvan en el desarrollo de un anteproyecto que sea puesto a consideración de la Legislatura actual.

Con el objetivo de preparar el terreno para analizar ese y otros anteproyectos (cf. el próximo número de esta revista) es conveniente considerar dos puntos. Primero, presentar los argumentos que se han planteado para fundamentar la decisión de modificar la Ley 9581, y segundo, tomando en cuenta la situación analizada en este artículo, proponer algunos principios que deberían ser tenidos en cuenta a la hora de elaborar un anteproyecto de ley de salud mental.

3) «... porque la Ley 9581 es una ley que no está acorde con los derechos humanos de los pacientes» y que «permite que los derechos del paciente sean violados». Es decir, que se afirma que es necesario un cambio para detener la violación de los derechos humanos que la ley determina. Quienes con ese argumento buscan mejorar las condiciones de la asistencia psiquiátrica (de su organización, etc.) confunden las condiciones negativas en que muchas veces se realiza la atención hospitalaria con la hospitalización en sí misma. El no distinguir entre la forma en que se realiza la hospitalización (donde juegan factores institucionales y personales) y la necesidad que se tiene de disponer de ese espacio de atención lleva a la conclusión de que la solución a los problemas concretos es cerrar los hospitales entendidos como espacios de represión médico-social.

Si el hospital de agudos fuese eliminado y si se interfiriese con la hospitalización breve en el hospital general no se estaría respondiendo al derecho del paciente a ser tratado de ese modo cuando lo requiere. Además, muchas de las situaciones de hecho que se busca corregir modificando la ley (por ejemplo, la forma de la relación de los psiquiatras con los pacientes, la de los técnicos entre sí y con el personal de enfermería respecto a las indicaciones terapéuticas, las condiciones edilicias y de cuidados, etc.) no son modificables mediante leyes sino por una real organización de los servicios. Lo que en los hechos significa una mayor integración de quienes trabajan en los hospitales, recordando que para resolver los problemas concretos es necesario un análisis objetivo de los hechos y no simplemente legislar sobre cómo las cosas deberían ser.*

Con frecuencia estos argumentos negativos son acompañados de la referencia peyorativa de que se trata de una ley fascista. Esta adjetivación no es un argumento sino una agresión gratuita a los pacientes y a sus familiares, y especialmente a los psiquiatras que saben que la hospitalización es un medio a veces

necesario para responder adecuadamente a algunos momentos evolutivos del trastorno mental.

Principios a tener en cuenta al elaborar un anteproyecto de ley de «salud mental»

Todo anteproyecto de ley en salud mental debería en primer lugar tomar en cuenta la realidad que busca legislar. En este artículo se ha mostrado que en el área de salud mental están presentes dos tipos de cuestiones psicológicas diferentes: las que son manifestación de trastornos mentales y las que guardan relación con la problemática existencial de las personas. Las primeras suponen la existencia de una desorganización somato-psíquica infraestructural (de un trastorno o enfermedad) que se expresa en el modo de coexistir de los pacientes y que implica cierto grado de pérdida de autonomía. En cambio, cuando las personas responden a conflictos existenciales ponen de manifiesto su libertad de actuar frente a las condiciones de su mundo.

Las afirmaciones anteriores así como el desarrollo de todo este artículo se fundamentan en una idea del hombre normal y del hombre alterado mentalmente que puede resumirse diciendo que el valor antropológico de quien padece un trastorno mental es que en su padecimiento evidencia la libertad perdida, libertad que en cambio posee quien no padece una afección mental.

La psiquiatría es un saber antropológico en el sentido de que el objeto que lo fundamenta son las desintegraciones del psiquismo como tal, es decir, de aquella organización corporal por la cual el hombre puede abrirse a la realidad y a los valores. Y en ese sentido la psiquiatría es la más antropológica de las ramas médicas. Pero la psiquiatría estudia al hombre precisamente en aquello que, disminuyéndolo en su «humanidad», lo regresa a su «naturaleza». Por ser la vida mental enferma «un disolverse y

* Hace ya un siglo Adolfo Meyer decía que «la diferencia que hay entre el reformador social y el higienista mental es que el primero busca crear leyes para llevar a cabo todas las buenas cosas que sería deseable lograr y que entiende son absolutamente necesarias, mientras que el segundo estudia la problemática concreta y tomando en cuenta la diversidad de factores en juego, ver qué se puede realmente llevar a cabo». En: Beers CW. *A Mind that found itself* (cf. Supplement pp. 303-394). New York: Doubleday; 1953. (cf. también: Sowell Th. *The vision of the anointed: self-congratulations as a basis for social policy*. New York: Basic Books; 1995).

un regresar y un subintegrarse de la actividad mental en ciclos cada vez más automáticos y determinados»,²¹ el paciente mental se caracteriza por la pérdida en grados variables de la libertad y de la responsabilidad. Por eso la psiquiatría es la menos antropológica de las ciencias antropológicas.

De ahí nace una ambigüedad esencial: la psiquiatría estudia al hombre como ser libre, pero no lo hace en los hombres que tienen este poder, sino en aquellos en los que este poder está disminuido. Ve la libertad en aquellas personas en las que la libertad sufre un menoscabo, en las que va siendo «interferida por alteraciones corporales». Esta ambigüedad no es una dificultad para los técnicos cuando trabajan con pacientes porque su afección evidencia el empobrecimiento que todo trastorno supone. Pero esta ambigüedad se convierte en un serio escollo para quienes trabajan en el área de la llamada salud mental, pues con ese desplazamiento se corre el riesgo de alejarse de lo patológico. Alejamiento de lo mórbido que lleva a que el pensamiento y el accionar de los técnicos se centren en lo que es normal y que en consecuencia el saber-hacer psiquiátrico se pierda.

En suma, proponer un anteproyecto de ley del área de salud mental exige:

- a. que se trabaje con conceptos precisos sobre el trastorno mental y por consiguiente que lo mórbido se diferencie claramente de las problemáticas existenciales normales;
- b. que en el área de la salud mental se diferencien las acciones cuyo objetivo es lo que aquí se denominó salud mental «negativa» (no padecer un trastorno mental) y que corresponden centralmente aunque no únicamente al psiquiatra, y las acciones sociopolíticas que tienen por objetivo la promoción de la salud mental «positiva»;
- c. que cada tipo de acciones sea dotada con recursos de modo equilibrado y de acuerdo con una jerarquización de objetivos;
- d. que se evite las confusiones de funciones técnicas; y

e. que se corrija la estigmatización de actos psiquiátricos que son necesarios y que constituyen una real discriminación de los pacientes mentales severos, agudos y crónicos y también de los psiquiatras tratantes.

A modo de conclusión puede afirmarse que los psiquiatras que llevan a cabo la asistencia y las asociaciones que los representan deberían trabajar buscando que el encare de esas necesidades se vea reflejado en cualquier anteproyecto de ley. Porque si esas necesidades no se ven contempladas razonablemente las leyes que se proclaman van a incidir negativamente en el trabajo de los psiquiatras y en consecuencia van a menoscabar el encare de lo que los pacientes necesitan.

Referencias bibliográficas

1. **Ey H.** Plan d'organisation du champ de la psychiatrie. Entretiens psychiatriques, 12. Toulouse: Privat; 1966, pp. 13-86.
2. Ley N.º 9581 «De asistencia de psicópatas», 1936. Talleres Inst. Penales, 1952.
3. Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Comisión de Salud Mental. (a) Situación de la asistencia psiquiátrica y propuesta de cambio. Rev Psiquiatr Urug, 1986; 51(1):1-16. (b) Crítica de las medidas en asistencia psiquiátrica adoptadas durante el proceso político actual. Rev Psiquiatr Urug 1986; 51(1):59-62.
4. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Montevideo: Premier; 1986.
5. a) Comisión Asesora de la Inspección General del Psicópata. Puppo-Touriz H, Berrutti A, Casarotti H, Ruibal C, Stasi A. Informe 28/12/93; b) Comisión Asesora de la Inspección General del Psicópata. Puppo-Touriz H, Montano P, Porciúncula H, Berrutti A, Casarotti H, Ruibal C, Stasi A. Informe 26/12/95.

6. Mental Disability Rights International. Derechos humanos y salud mental en el Uruguay. Washington, DC: Washington College of Law, American University; 1995.
7. Asociación Psiquiátrica Americana. Carta internacional de derechos para pacientes psiquiátricos internados, Washington, DC; 1992.
8. **Aguirre A, Antúnez M, Arozamena C, y cols.** Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay. Montevideo; 2009.
9. **Kramer H, Sprenger J.** Malleus maleficarum. Buenos Aires: Orion; 2001.
10. **Erasmo de Rotterdam.** Elogio de la locura. Madrid: Espasa-Calpe; 1972.
11. **Beer D.** The endogenous psychoses: a conceptual history. *History of Psychiatry* 1996; VII:1-29.
12. **Ey H.** Défense et illustration de la psychiatrie. Paris: Masson; 1977.
13. **Casarotti H.** La formación del trabajador en salud mental. *Rev Psiquiatr Urug* 1977; 42(2):215-228.
14. **Jahoda M.** Current concepts of positive Mental Health. New York: Basic Books; 1958.
15. **Casarotti H, Pereira T.** Ley 9581 de «Asistencia de psicópatas» de 1936: reflexiones para un anteproyecto de ley. *Rev Psiquiatr Urug* 2000; 64(2):256-285.
16. **Blankenburg W.** La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. *Rev Chil Neuropsiquiat* 1983; 21:177-188.
17. **Gimenez L.** Psicólogos en Uruguay: una aproximación a su estudio cuantitativo (no publicado).
18. (a) Garmendia F. La asistencia familiar de alienados en el Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 1930; 2:639-656; (b) García-Austt E., Sicco A. Asistencia familiar en Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 1930; 2:887-905; (c) Sicco A. Razones por las cuales la Sociedad de Psiquiatría propone la construcción de un hospital urbano. *Rev Psiquiatr Urug* 1937; 2:5-10; (d) Ramírez F. Sobre organización de la asistencia psiquiátrica. *Rev Psiquiatr Urug* 1964; 29:3-18; (e) Chanoit P. Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay. OPS-OMS, 1966; (f) Programa Nacional de Salud Mental. Montevideo: Premier; 1986; (g) Ramírez F. Pasado, presente y esperanza de futuro de la psiquiatría nacional. *Rev Psiquiatr Urug* 1980; 45:154-168; (h) Bachini O. Evolución institucional en materia de asistencia psiquiátrica: dinámica de las instituciones que integran un programa de Salud Mental. *Rev Psiquiatr Urug* 1981; 46:1-18; (i) En relación con la bibliografía sobre la Ley 9581 cf. la ref. 11.
19. **Ginés AM.** Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay, *Rev Psiquiatr Urug* 1998; 62-2:37-40.
20. **Ey H.** L'essence de la maladie mentale et la loi de 1838. (Aliénation, espace et liberté). *Evolut Psychiat* 1964; XXIX:1-5.
21. **Ey H.** La posición de la psiquiatría dentro del marco de las ciencias médicas (La noción de «enfermedad mental»). En: *Estudios Psiquiátricos* 2008; I(4):67-82.