

### Editorial con nombres largos, enrevesados y repetitivos; fatigoso pero necesario

Esta comunicación refiere al Proyecto de Ley de Salud Mental que se tratará en la Cámara de Diputados, el que tendrá consecuencias sobre la atención a la población e incidirá en la forma de trabajo de los psiquiatras y de otras disciplinas.

Dicho proyecto ha ido estructurándose implicando el esfuerzo de muchos colegas desde un inicio que podría fijarse -un tanto arbitrariamente- en 1984, al fin de la dictadura militar. Por entonces la SPU elaboró el documento "Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio", al tiempo que comenzó a trabajar con múltiples organizaciones -gremiales, de usuarios, de familiares, científicas, universitarias- conformando un movimiento que coincidió bastante y disintió poco respecto a las pautas que debería tener un nuevo modelo de atención en salud mental.

El entusiasmo generado por la recuperada democracia contribuyó a que entre tales colectivos se generaran importantes consensos y se estableciera una Comisión Asesora Técnica en el MSP, la que coevolucionó hasta hoy con sucesivas direcciones de salud mental, las que habilitaron ampliamente su participación.

A partir del trabajo conjunto, en 1986 se elaboró un Plan Nacional de Salud Mental que proponía un modelo de atención universal, igualitario, integral y coordinado: un buen plan implementado con luces, sombras y en forma bastante desorganizada a lo largo de los últimos treinta años. Corresponde

destacar que tenía la esencia y los ejes del proyecto de ley que hoy está en discusión parlamentaria.

En 2007 se puso en marcha el Sistema Nacional Integrado de Salud e incluyó la salud psíquica en su ámbito facilitando a la población el acceso a consultas, fármacos, psicoterapia, ECT, rehabilitación, etc.; hubo mejoras lentas y parciales en algunos sectores y en otros no.

Entre 2007 y 2009 el Grupo Política, Legislación y Derechos Humanos en Salud Mental de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del MSP produjo un anteproyecto de ley con importantes aportes.

En 2013 la Sociedad de Psiquiatría organizó actividades acerca de políticas en salud mental con presencia de expertos nacionales y extranjeros -las que con distintos formatos han tenido continuidad hasta hoy- y en 2014 el tema fue eje de las jornadas anuales de la Clínica Psiquiátrica.

El proceso se aceleró en 2015. A mediados de año el Área Programática Para la Atención en Salud Mental del MSP con la contribución de los Grupos de Trabajo de la Comisión Asesora Técnica Permanente presentó el documento "Aportes para los contenidos de una Ley de Salud Mental". En él colaboraron más de treinta organizaciones, muchas de las cuales habían estado presentes en los comienzos, en 1984.

---

Los psiquiatras intervinimos a través de las cuatro sociedades de psiquiatría (SUPIA, API, SPBU, SPU) y las cátedras de adultos y pediátrica. Se realizaron múltiples encuentros entre todos los actores; las concordancias y discrepancias fueron muchas y se dieron en un ámbito de trabajo ampliamente democrático y participativo.

En setiembre una asociación denominada Asamblea Instituyente por SM, Desmanicomialización y Vida Digna llevó al Poder Legislativo su proyecto de ley, en tanto el MSP continuaba trabajando con los aportes de la Comisión Asesora Técnica.

En diciembre de 2015 el Poder Ejecutivo presentó en el MSP el Proyecto de ley de Salud Mental a la Cámara de Senadores. Reflejaba el intercambio y mutuo aprendizaje de todos quienes trabajamos en su elaboración y proponía lineamientos valiosos; la evaluación que los psiquiatras realizamos fue en general positiva. No obstante, en ciertos puntos no acordamos y consideramos que podía ser mejorado, por lo que hicimos llegar a la Comisión de Salud de Senadores un detallado documento con sugerencias, muchas de las cuales fueron recogidas por el Senado.

Otras organizaciones e instituciones también llevaron sus puntos de vista.

Es obvio -aún así vale la pena señalarlo- que en tal ámbito no pesan únicamente los aspectos técnicos sino que la política partidaria o sectorial tiene roles relevantes.

Los psiquiatras consideramos que el articulado aprobado en Senadores permitiría sustanciales avances; asimismo, que tiene aspectos mejorables, y algunos con los que discrepamos de plano. En breve el proyecto

se tratará en la Cámara de Representantes y ya tenemos fijada audiencia con la Comisión de Salud para expresar nuestro parecer.\*

En 2016 se conformó la denominada Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental, integrada por grupos e instituciones que no acuerdan con varios contenidos que el Senado avaló, y posiblemente planteará que sean modificados en Diputados.

Luego de la instancia parlamentaria y una vez votada la ley, deberá ser reglamentada a efectos de comenzar a aplicarla. Posteriormente habrá que construir un nuevo Plan Nacional de Salud Mental tomando en cuenta el articulado de la ley, y tal paso exigirá otra vez intercambios y consensos.

Este editorial iba a titularse "Acerca del proyecto de ley de Salud Mental", pero al releer los anteriores párrafos preferí el nombre que tiene ahora. Da la impresión de que Kafka no ha muerto; vive y transita complacido por nuestras instituciones.

Los procesos han sido lentos, arduos, complicados y enrevesados. En parte es así porque se trata de un tema complejo, pero además el camino de los acuerdos suele ser dificultoso porque hay intereses de variada índole (económicos, laborales, organizativos, de poder, etc.) que generan reacciones ante las propuestas de cambio. Asimismo ciertos narcisismos -que a todos nos pueden predisponer- desplegados como defensa a ultranza de posturas teóricas o alambicadas hipótesis acerca de prácticas perfeccionistas, juegan su rol.

Las actuales estructuras tienen carencias y fallas, y es necesario modificarlas sobre bases sólidas, científicas y realistas, y con

---

apropiados recursos económicos (esta última responsabilidad recae sobre el sistema político). Obviamente es imposible satisfacer los requisitos de todo aquel que presente alguna objeción antes de activar los planes; tal extremo no hace otra cosa que entorpecer el movimiento.

La salud mental es un concepto que atraviesa prácticamente todos los estamentos y ámbitos de una comunidad e implica a toda la población. Esta ley tiene potencial para cambiar la calidad de la atención; puede mejorar la vida de muchas personas -algunas muy vulnerables- e incidir positivamente en la gestión de las profesiones que intervienen en el área. Todo ello, sumado a su construcción democrática, amerita que se comiece a ejecutar sus términos sin dilaciones: se delinearon hace más de 30 años y sin embargo muchísimas cosas siguen inmodificadas.

En nuestra agenda es primordial poner en marcha el nuevo plan, más allá del articulado final que se vote; ya se ha hablado mucho

y es momento de continuar sin empantañarse en discusiones. Las discrepancias que queden sin resolverse en el texto de la ley -si son realmente válidas- se evidenciarán en la práctica y en tal instancia se solucionarán.

La psiquiatría ha avanzado e integrado nuevas concepciones teóricas, abordajes clínicos y opciones terapéuticas. Optimizar nuestra aptitud para llevarlos adelante requiere -además de formación rigurosa- modelos de atención que lo permitan: de nada sirven teorías y aprendizaje actualizado si no hay posibilidad de ponerlos en práctica.

En suma, se trata de mejorar la calidad de la atención a la población y el ejercicio profesional, dos caras de una misma moneda. Los términos generales de esta ley nos aproximan a esa oportunidad, pero los tiempos a veces parecen eternos y postergar las definiciones es continuar relegando a las personas.

Rafael Sibils

\* Hemos hecho llegar por mail a los socios documentos con los proyectos y nuestras opiniones al respecto. También hay abundantes referencias en la Revista de Psiquiatría del Uruguay, particularmente en los números de julio y diciembre de 2015, y setiembre y diciembre de 2016.

---

## Nueva ley de Salud Mental: nuevo modelo y su impacto inmediato en el trabajo de los psiquiatras.

Este año será, seguramente, el año en que quede aprobada una nueva ley se “Salud Mental”. Esperamos que el texto que finalmente resulte aprobado, no constituya una interferencia para el desempeño profesional del psiquiatra y a la vez habilite la realización de los cambios en el modelo de atención, sanitaria y social, del área de la salud mental. Con esos objetivos estuvimos trabajando desde hace más de dos años con el grupo de la SPU.

La ley constituirá, apenas, un “marco habilitante” en el entendido que, define “qué” es lo que debe hacerse, no dice nada del “cómo” debe hacerse, ni establece plazos, salvo para los ingresos a “las colonias”, que no serían posibles a partir de la aprobación de la ley.

Dos instrumentos normativos adicionales deberán diseñarse posteriormente y en los que deberemos tener participación: la reglamentación de la ley y el Plan Integral de Salud Mental. Estos instrumentos son los que explicitarán las acciones y la forma en que se llevarán adelante.

Dada la complejidad del proceso que comenzará con la nueva ley, el cambio de modelo será gradual y llevará muchos años su concreción completa.

En este escenario, cabe preguntarse sobre cuales serían las primeras medidas y su impacto inmediato en nuestro trabajo. Sin

la pretensión de abarcar todas las medidas iniciales y sabiendo que este será un campo de discusión complejo, la mejora de la calidad del proceso asistencial en cuanto a acceso, continuidad y coordinación serían los primeros en ser implementados y los que impactarían en forma inmediata en nuestro desempeño profesional.

El acceso y la continuidad dependen de la forma en que se organiza el sistema, tienen una relativa independencia de nuestro trabajo, pero hacen necesaria la coordinación.

Para empezar a explicar veamos muy brevemente cada uno de estos aspectos.

La accesibilidad a los servicios de salud y a los tratamientos es uno de los factores esenciales de la calidad del proceso asistencial en general y en particular en psiquiatría. La ley establece el acceso amplio a tratamientos de rehabilitación-recuperación de pacientes con enfermedades mentales graves. También hay que mejorar en forma considerable el acceso y la calidad de las prestaciones de psicoterapia.

Otro de los elementos que deberemos atender es la racionalización del acceso a las consultas en psiquiatría, dado que muchos pacientes no consiguen tratamiento oportuno y hay consultas que no justifican su atención por el psiquiatra.

Como puede verse, en estos tres ejes queda comprendido un abanico nosográfico muy amplio.

El segundo componente, la continuidad de los tratamientos, es, como todos sabemos, esencial por su impacto en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Finalmente, la mejora del acceso y de la continuidad del proceso asistencial, hace necesaria una adecuada coordinación entre los niveles asistenciales y los diferentes técnicos para evitar la fragmentación en la atención.

Que los pacientes tengan un acceso amplio a procesos de rehabilitación-recuperación por ejemplo, exige la coordinación y el encuentro en instancias clínicas con los técnicos que participan de ese proceso, para establecer la estrategia terapéutica y monitorear su evolución. Lo mismo debería ocurrir con los pacientes que se encuentran en psicoterapia. La coordinación con el primer nivel de atención debe incorporar las situaciones que no constituyen enfermedad mental y algunos trastornos no severos, que podrían tener asistencia y seguimiento por parte de médicos del primer nivel, pero debidamente CAPACITADOS y SUPERVISADOS. Cada uno de estos aspectos deberán estar protocolizados.

Este modelo de organización del sistema responde a necesidades de mejora de la calidad, racionalización y sustentabilidad económica y a la vez, de mejora de las condiciones de trabajo del psiquiatra. La organización actual tiene como resultado una determinada demanda insatisfecha, debilidades en la oportunidad y continuidad de los tratamientos, resulta más costoso y los psiquiatras asumimos las consecuencias de su irracionalidad de múltiples formas. (Dos comentarios al margen, primero decir que no se plantea disminuir el gasto en salud mental, se plantea gastar mejor, que el mismo

presupuesto devenga en mejores resultados. Lo segundo es no olvidar la situación en el interior, donde muchos lugares no cuentan con psiquiatras y no hay perspectivas de que puedan incorporarse en número suficiente. Este modelo permitiría dar solución a estas debilidades).

La coordinación con psicólogos, trabajadores sociales y médicos generalistas implicaría sentarnos en una mesa para discutir casos clínicos y estrategias terapéuticas, especialmente de situaciones complejas, así como generalizar la realización de ateneos. La coordinación con otras especialidades cuando estemos frente a diferentes formas de comorbilidad.

Estos tres aspectos, acceso, continuidad y coordinación, que impactarían en lo inmediato en nuestro trabajo, tendrían continuidad en el desarrollo posterior de procesos asistenciales integrados, unidades de gestión clínica y capacitación de todos los RRHH.

El eje de las condiciones de trabajo es la universalización de Cargos de Alta Dedicación, las nuevas competencias que serán necesarias y las reivindicaciones salariales que deberán estar atadas a esas nuevas competencias. Los cambios en el modelo de atención en salud mental se apoyan en la mejora de las condiciones de trabajo de los psiquiatras. Sin esas mejoras, cualquier cambio será imposible.

En definitiva, un modelo de desarrollo estratégico, integral muy ambicioso para el cual deberemos prepararnos, una nueva forma de trabajar en equipos sin perder nuestra identidad, comenzando en forma gradual,

---

con planes pilotos limitados, con metas muy modestas y llamando a la participación de todos a las discusiones para el diseño de los detalles del nuevo modelo.

Lo dicho, como en la ley, implica el “qué” debemos hacer, también deberemos discutir el “como” haremos estas cosas y los tiempos

que nos daremos para su ejecución.

Si no avanzamos en este camino, si no participamos y tratamos de incidir, seguiremos empantanados.

**Ricardo Acuña Pomiés**

Informamos a los socios que se ha conformado la Comisión de Comunicaciones, integrada por los Dres. Magalli Guerrini, Cecilia Idiarte Borda, Verónica Pérez, Santiago López, Madelón Rodríguez como representante de SUPIA, y coordinada por Bettina Fabius.

Los objetivos principales de esta Comisión son: favorecer la comunicación con los distintos medios, el enlace con otras instituciones, la comunicación con la población general y entre los miembros de la SPU.

Confiamos en que esta iniciativa, promueva una vez más el intercambio entre colegas, e instituciones, así como el trabajo científico propiamente dicho.

Estamos abiertos a las ideas o inquietudes que los colegas deseen hacernos llegar, así como a quien quiera acercarse a colaborar activamente con la comisión.

Es nuestra expectativa que esta nueva iniciativa sea de utilidad para todos.

**Comisión de Comunicaciones**

---

## Capítulo de filosofía y epistemología.

### Actividades para el 2017

El precursor de la psiquiatría alemana, Johann Christian Reil (1759-1813), es el autor que introduce por primera vez, en un texto de 1808, el término psiquiatría. Según él, los principios para la edificación conceptual de la disciplina son establecidos con el principio de continuidad entre soma y psiquis y el de inseparabilidad entre medicina y psiquiatría; “nunca encontraremos enfermedades puramente mentales, puramente mecánicas o químicas. En todas ellas, uno puede ver la totalidad de una afección del proceso de la vida, que algunas veces acentúa un aspecto y otras veces otro”. Pero, por otra parte, el propio Reil deja asentada la idea de que la psiquiatría no es una disciplina médica más, sino que se trata de una disciplina especial. Para Reil la psiquiatría constituye una de las tres ramas mayores de la medicina, siendo las otras dos la farmacia y la cirugía (incluyendo en ella a la medicina interna).

¿Por qué la psiquiatría es una disciplina médica particular? Lo es porque su objeto, lo mental y en particular lo mental patológico, es un objeto con características epistemológicas diferentes al objeto de la medicina somático-vegetativa. Lo mental, asentado en un cerebro, pero emergiendo de él, caracteriza al hombre en su humanidad, a un hombre que se vincula con sus semejantes y en su medio. “El problema de lo fundamentalmente humano en las enfermedades mentales obliga a ver en ellas, no un fenómeno natural general, sino un fenómeno natural específicamente humano” decía Jaspers.

Decía también: “La medicina es sólo una de las raíces de la psicopatología. Donde el objeto es el hombre y no el hombre como una especie animal, se muestra que

la psicopatología según su esencia no es solo una forma de la biología, sino también una ciencia del espíritu”. De esta manera, basta referir a grandes edificadores de la especialidad como Jaspers o Ey para tener la idea de que la Psiquiatría es una disciplina que se encuentra a medio camino entre las ciencias humanas y las ciencias naturales, si es que esta diferenciación es posible. O puede decirse también que es una disciplina que se nutre de ambas. En el mismo sentido es que Berríos se refiere a la Psiquiatría como disciplina híbrida que se ocupa tanto de objetos naturales como de objetos ideales. Es suficiente recorrer un poco en el análisis de lo mental para comprender que la complejidad que implica sobrepasa las posibilidades de cualquier abordaje único. Es así que es necesario comprender una pluralidad metodológica que caracteriza a la Psiquiatría. Pero no basta con enunciar dicha pluralidad metodológica sin más, y admitir a priori todo método, toda teoría, para toda situación o cualquier objetivo. Es necesario desarrollar una consideración crítica de los métodos y las teorías que abonan el conocimiento en la Psiquiatría.

Este será el objetivo que constituirá el eje de trabajo del Capítulo de filosofía y epistemología de la SPU para este año. ¿Cuáles son los métodos y las teorías de la psiquiatría? ¿Cuál puede ser su validez? ¿Cuál es y cómo se justifica la capacidad de los distintos métodos para acercarse a la realidad de la patología mental? Discutiremos acerca de método, técnica, teoría. Hablaremos acerca de ciencia, ciencia natural, ciencia humana. Tomaremos como posibles tópicos específicos ala la teoría biomédica, al teorema noso-

---

gráfico, al método estadístico; así también a la fenomenología, al análisis estructural, al psicoanálisis, etc.

Las teorías y los métodos tienen una base filosófica subyacente. No hay teoría sin un conjunto de presupuestos. Pero abordar estos temas implica más concretamente introducirse en un abordaje epistemológico. Si la ciencia, en un sentido amplio, comienza en los siglos XVI y XVII, la epistemología propiamente dicha –como rama específica de la filosofía– surge en los comienzos del siglo XX, cuando entra en crisis la infalibilidad del discurso científico moderno. “[...] no es casual que justamente para la misma época en que comienza la crisis de la ciencia moderna, comience también la reflexión sobre ella, es decir, la epistemología. [...] La filosofía comienza a reflexionar sobre lo ya acaecido y crea un nicho teórico para pensar sobre aquello que comienza a perder su verdor” (Levin S.).

Distintos autores definen a la epistemología: La epistemología o filosofía de la ciencia es la rama de la filosofía que estudia la investigación científica y su producto, el conocimiento

científico (M. Bunge). La epistemología es el estudio de las condiciones de producción y validación del conocimiento científico, siendo la filosofía de la ciencia un término de abarcamiento más amplio (G. Klimovsky). Epistemología: Análisis conceptual de la naturaleza, orígenes, capacidad y praxis de aquellas narrativas humanas que parecen crear conocimiento estable sobre objetos o regiones de la realidad (G. Berrios).

Pero recordemos que nuestro interés es introducirnos en este análisis como psiquiatras y desde la psiquiatría. No pretendemos convertirnos en epistemólogos o filósofos, pero sí, como psiquiatras, reflexionar críticamente sobre nuestras bases metodológicas y conceptuales.

Esperamos e invitamos a todos los interesados a participar de las actividades pues cuantos más seamos más enriquecedor resultará el diálogo.

**Capítulo de Filosofía y Epistemología de la Psiquiatría, SPU, abril 2017**



---

## Capítulo de Psiconeurofarmacología

El Capítulo de Psiconeurofarmacología comenzó a reunirse en Octubre del año pasado, con una muy buena concurrencia de colegas de la SPU, de la Sociedad de Psiquiatría Biológica y de SUPIA. Han manifestado también su interés psiquiatras del interior de nuestro país.

Desde el inicio hemos tenido la invitación del Dr. Alvano para trabajar en conjunto con el Capítulo Argentino de APNA (Asociación de Psicofarmacología y Neurociencias Argentina). Inicialmente nos abocamos a poner a punto diversos temas en relación a la actualización de tratamientos farmacológicos complejos, como ser el de la Depresión en el Embarazo, en el Adulto Mayor o las polémicas en torno a las indicaciones y a la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos con antidepresivos.

Últimamente nos hemos puesto de acuerdo en que una tarea más específica del Capítulo sería la elaboración de una Guía de Tratamiento Uruguaya de la Depresión. Si bien

sabemos que este tipo de herramienta tiene limitaciones, será un aporte útil a la práctica y experiencia clínica de cada psiquiatra.

Para ello comenzamos con la lectura de las Guías de Tratamiento reconocidas a nivel Internacional: APA, NICE, CANMAT, etc.

Nos pareció que este trabajo ampliaría la utilidad del Capítulo a todos los colegas y no sólo a sus integrantes, complementaría el esfuerzo personal de actualización en Congresos y jornadas, contribuiría a la mejora de la calidad de asistencia y proporcionaría un apoyo médico-legal a nuestras decisiones terapéuticas.

Por supuesto que este proyecto convoca al conjunto de psiquiatras interesados en el tema. Está abierta la participación en el Capítulo y serán todos bienvenidos!

Próxima reunión: sábado 06 de mayo a las 11.30 en la sede de la SPU.

Dra. Teresa Pereira



### Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Montevideo - Uruguay | Teléfono: (598) 2401 4701\* int. 160 | Fax: (598) 2402 0172  
E-mail: [socpsiquiatria@spu.org.uy](mailto:socpsiquiatria@spu.org.uy) | Sitio web: <http://www.spu.org>

#### Comisión Directiva (2015-2017)

**Presidente**  
Dr. Rafael Sibils.  
**Vicepresidente**  
Dra. Teresa Pereira

**Secretaria**  
Dra. Ana Inés Ruiz  
**Tesorera**  
Dra. Soledad García

**Vocales**  
Dr. Ramiro Almada  
Dra. Gabriela Wolcan  
Dra. Suammy Agrafajo

---

## El paciente psiquiátrico judicial: la búsqueda de nuevas construcciones

- *Doctora, quiero pedirle algo.*
- *Dígame a ver si lo puedo ayudar.*
- *Mándeme para la cárcel.*
- *¡Pero yo no puedo mandarlo a la cárcel! Usted no está preso. ¿Y por qué quiere ir a la cárcel?*
- *Porque ahí tengo cosas para hacer. Y mi familia me va a visitar porque es cerca. ¿Me da el alta?*
- *De mi parte, usted está mucho mejor, pero el juez me tiene que decir cuándo se puede ir.*
- *¿Y para cuánto tengo? Por hurto no es mucho, ¿cuánto me voy a quedar? ¡En la cárcel me dicen cuanto tengo!*
- *No le podría decir exactamente. La idea es que se vaya lo antes posible. Pero vaya pensando en... (me interrumpe)*
- *No sea mala doctora, iyo hago conducta, déjeme ir! ¡Yo no estoy loco!*
- *El juez es el que decide cuándo se va, yo le digo al juez lo que me parece en los informes...*
- *¡Pero si me dijo que no estoy preso! ¿Por qué no me deja ir doctora? ¡Entonces estoy preso!*
- *No, usted no está preso, pero está a disposición del juez, eso quiere decir que es él el que dice cuando se va.*
- *¿iY cuál es la diferencia!?*

Comparada con otras historias, la de este paciente, un joven portador de retraso mental leve y consumo de sustancias, procedente del interior, siguió un curso inusualmente ágil: el juez marcó una audiencia en la que entrevistó al paciente, y como tenía una familia dispuesta a hacerse cargo, en esa misma audiencia decidió que podía quedarse en su casa y no tenía que volver al hospital.

Pero esto no es lo que sucede habitualmente.

### Algunos conceptos

- Paciente internado por orden judicial por la ley 9581, siendo pacientes que no cometieron delito alguno pero que por presentar un riesgo derivado de su patología, fueron enviados para internación.
- Paciente psiquiátrico que cometió un delito y fue declarado inimputable según lo previsto en el código penal, estableciéndose medidas curativas.
- Persona privada de libertad que tiene un trastorno psiquiátrico que requiere una atención específica en un momento dado.

Nos centraremos en el paciente que cometió un acto delictivo y se encuentra con medidas curativas, ya que éste es el que se deriva a la sala de seguridad masculina del Hospital Vilardebó (los pacientes masculinos procesados con prisión que requieren internación psiquiátrica lo hacen en un sector especial de la ex Cárcel Central).

Desde el punto de vista jurídico, la inimputabilidad se entiende como la imposibilidad de responsabilizar penalmente a alguien por sus actos. (1)

El código penal uruguayo establece en el artículo 30 los criterios de inimputabilidad, dentro de los que se establece la enfermedad mental y los cuadros de intoxicación que generen que la persona no sea plenamente capaz de comprender el carácter ilícito de sus actos (2) En el año 2008 estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales planteaban la necesidad de “deconstruir el concepto de inimputabilidad en relación a los trastornos mentales como es entendido desde el orden jurídico – penal, ya que esta inimputabilidad implica la inimputabilidad en otro orden discursivo: el psiquiátrico.” (3) Este señalamiento es interesante si comprendemos la relevancia que adquiere el diagnóstico psiquiátrico en estos casos. En nuestro código penal, las medidas curativas sustitutivas de pena

de prisión o penitenciaría que deben cumplir los “pacientes inimputables” (el entrecomillado se debe a que la expresión no es correcta: es una forma habitual pero poco adecuada de referirse a una persona declarada inimputable por portar una condición psiquiátrica) no tienen un mínimo ni un máximo según se establece en el artículo 92 del actual código penal uruguayo. (2) Por tal motivo la finalización de la medida curativa de internación queda supeditada a otros factores. El artículo mencionado anteriormente (3) plantea que el egreso depende de la valoración de “peligrosidad” basado en tres criterios: tipología del delito, diagnóstico y continencia familiar /institucional. Desde nuestro conocimiento empírico, coincidimos con lo planteado en este punto y queremos destacar la relevancia del factor continencia social, que en ocasiones adquiere un peso mayor que la gravedad del delito o del diagnóstico. Para ejemplificar: un paciente con un retraso mental leve que comete un hurto no podrá egresar sin un sólido proyecto social aunque su tiempo de internación haya excedido lo que podría haber sido una condena en prisión y aunque no haya presentado trastornos conductuales graves. Es decir, puede suceder (y sucede muy a menudo) que un paciente psiquiátricamente compensado permanezca ingresado por razones sociales en sala de seguridad, no teniendo siempre la posibilidad de pasar a una sala abierta que le permita acceder a diferentes espacios tanto recreativos como de rehabilitación.

### **Las medidas curativas en otros lugares del mundo**

En el año 2014, la Comisión Nacional de Derechos Humanos en México publicó una investigación sobre la situación de los pacientes psiquiátricos procesados y pacientes psiquiátricos declarados inimputables, manifestando preocupación por la situación de extrema vulnerabilidad de estas poblaciones. (4) En dicho país, a diferencia del nuestro, el código penal establece que las medidas curativas de internación no podrán

exceder el tiempo máximo previsto para el delito en cuestión cuando quien lo comete es pasible de ser procesado. Asimismo establece que cuando el paciente está internado más tiempo, pasa a estar a disposición del hospital donde se encuentre. Sin embargo, el informe plantea que los pacientes psiquiátricos que han cometido delitos, hayan sido procesados o estén con medidas curativas, están sometidos a regímenes donde se vulneran sus derechos humanos, en condiciones de hacinamiento, deficitario acceso a tratamientos adecuados y situaciones de violencia. En estas circunstancias resulta evidente que no se cumplen las directivas de la Organización Mundial de la Salud para el abordaje de estos pacientes, donde se establece como prioridad el trabajo en rehabilitación y reinserción social. (5)

En España, la primera aparición de medidas de seguridad alternativas datan de 1928. En esa época las internaciones estaban basadas en el concepto de peligrosidad del sujeto, eran indefinidas y en ocasiones predelictuales (6). Es recién en el año 1983 que esto comienza a cambiar, pero será más adelante cuando empiece a cuestionarse si la medida curativa debe ser cautelar o terapéutica.

El código penal español establece que “Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho delictivo realizado, ni exceder el límite que se considere necesario para prevenir la peligrosidad del autor”.

Las medidas curativas pueden ser ambulatorias o requerir internación. En el caso de que se requiera internación, el paciente es tratado en el centro más adecuado para su situación clínica presente y es trasladado según su evolución (por ejemplo, de un centro de agudos a un centro de rehabilitación para pacientes con dependencia a sustancias). La coordinación entre sistema de salud y poder judicial se hace a través del “Plan de actuación interdepartamental en materia de salud mental”

A pesar de la evolución positiva que ha habido en España con respecto al manejo de

---

pacientes psiquiátricos que cometen delitos, se reconocen problemáticas diversas con las que nos sentimos identificados a la hora de pensar en el estado actual del tema en nuestro país, como ser la predominancia de un modelo asilar que basa el tratamiento en lo farmacológico, y el exceso de tiempo de estadía en sala de agudos. (7) “Las unidades de agudos no ofrecen programas rehabilitadores y el enfermo clínicamente estable suele empeorar por la inactividad prolongada, facilitando así conductas manipuladoras, consumo de tóxicos y sobre todo desvinculación de su medio social y familiar pudiendo empeorar clínicamente” (6)

Asimismo, se plantea la problemática derivada de la valoración del paciente basado exclusivamente en la experiencia personal que puede llegar a ser un “ejercicio peligroso” “puesto que se le exigen misiones imposibles (predicción de peligrosidad, prevención de recaídas y puesta en práctica de control social...)”(7)

#### “Peligrosidad” vs Riesgo de violencia

Se entiende por peligrosidad “la propensión de una persona a realizar actos violentos” (8). La peligrosidad puede entenderse desde una dimensión criminal o social. Se valora clínicamente teniendo en cuenta elementos como agresividad, indiferencia afectiva, egocentrismo, labilidad afectiva e inadaptación social (8). Sin embargo, esto tiene un error conceptual de entidad y es el pensar que existe una relación causal ente peligrosidad y violencia, lo cual da lugar a dos resultados: los falsos negativos, personas que no aparecen como peligrosas pero que ejercen violencia, y los falsos positivos, personas que aparecen como peligrosas pero que nunca llegarían a cometer un acto violento o no lo repetirían estando compensadas, y que quizá pasan años ingresadas en dispositivos inadecuados. Siendo el concepto de peligrosidad de “todo o nada” resulta difícil que un paciente que entra en esta categoría pueda salir de ella. “Se presupone que todas las carreras violentas son estables, no modificables

y que las personas violentas están destinadas a comportarse de ese modo” (8)

Sin embargo, el concepto de riesgo de violencia es dinámico, reevaluable y basado en un modelo científico. Existen tres formas de evaluar el riesgo de violencia: la valoración clínica no estructurada, que correspondería al diagnóstico; la valoración actuarial, donde se realiza una historia detallada del sujeto donde se otorgan puntajes a diversos eventos, según un protocolo preestablecido, y la evaluación clínica estructurada, que, basándose en protocolos, combina el diagnóstico clínico con la valoración actuarial. (8,9)

Existen pues escalas validadas que permiten evaluar el riesgo de violencia. Una de las más usadas es el *Assesing Risk for Violence* (HCR-20) que mide mediante 20 ítems y tres subescalas el riesgo de violencia interpersonal. Esta escala está en español también, y fue validada para España (8) y es utilizada también en Argentina (9).

El *Psychopathy Checklist* (PCL-R) mide el grado de psicopatía. Otras escalas más específicas son el SARA para violencia de pareja, SVR-20 para el riesgo de violencia sexual y el SAVRY para violencia juvenil.

#### Reflexiones finales

Hemos esbozado un conjunto de ideas sobre aspectos relacionados con el manejo del paciente psiquiátrico que comete un delito y es declarado inimputable y la tendencia en el mundo a buscar un enfoque de valoración de riesgo que permita actuar sobre aquellos factores modificables para disminución del mismo, permitiendo que las medidas curativas tengan un fin terapéutico y no meramente cautelar. Hay mucho trabajo para hacer en nuestro medio, donde aún existe ese híbrido entre hospital y centro de reclusión – la sala de seguridad- que favorece la reproducción de lógicas carcelarias aprendidas previamente (o no) en un medio que debería ser terapéutico, y estableciendo un límite simbólico y físico (la reja que no se traspasa) entre “ellos” y “noso-

---

tros". Por dentro de la reja queda un mundo supeditado a la supervivencia del más fuerte, caldo de cultivo para el desarrollo de conductas psicopáticas que permitan a algunos vivir "un poco mejor" en un lugar donde no hay forma de vivir bien. Y donde permanecerán por un tiempo indeterminado esperando que alguien les encuentre un lugar en el mundo, para que después del próximo informe médico y social llegue el ansiado oficio que permita el egreso.

Largas horas de inactividad y encierro en un espacio limitado con otros quince pacientes en sala, treinta en total en un patio cerrado donde el cielo se ve a través de un tejido metálico. Es curioso como, en poco tiempo, incluso pacientes que nunca estuvieron en centros de reclusión adquieren un discurso diferente, una jerga característica. Y una batería de conductas desadaptativas que si ya estaban se potencian y si no estaban se aprenden en mayor o menor medida. Pacientes que ingresan con monoterapia o dosis bajas de fármacos comienzan paulatinamente a requerir mayores cantidades de medicación para dormir o para controlar la ansiedad. Las entrevistas que en un principio abordaban diversos aspectos de la vida del paciente, se convierten en un mero ida y vuelta sobre si hay novedades sobre su situación judicial, si ya entregué el informe al juez, si la asistente social ya sabe a dónde "mandarlo".

Actualmente nos encontramos en proceso de generar un espacio de trabajo con diferentes actores del Hospital Vilardebó, donde compañeros del sector de rehabilitación, enfermería, vigilancia y dirección se han comprometido con la búsqueda de nuevas construcciones a través de estrategias psicoterapéuticas que beneficien a los pacientes y generen además un ambiente de trabajo favorable y seguro. No es una tarea sencilla y es recién el comienzo, pero esperamos poder realizar en un futuro no tan lejano una comunicación colectiva sobre

este proyecto, que aún es una semilla que estamos preparando para germinar.

Dra. Natalia Aurrecochea Duval  
Asistente de Clínica Psiquiátrica  
Psiquiatra de Sala de Seguridad Masculina  
del Hospital Vilardebó

## Bibliografía

- 1- <http://www.poderjudicial.gub.uy/historico-denoticias/140-articulos-explicativos/593-imputabilidad.html> Acceso el 14/4/17
- 2- Código Penal Uruguayo. Disponible en [www.wipo.int/wipolex/es/text.jsp?file\\_id=196342](http://www.wipo.int/wipolex/es/text.jsp?file_id=196342). Acceso el 12/4/17
- 3- Cabrera, H, Gonzalez, D, Laine, N, Montes, C, Morteo, A. La inimputabilidad por trastornos psiquiátricos en el proceso judicial. CSIC. Montevideo, 2008. Disponible en <http://www.universidad.edu.uy/renderResource/index/resourceId/7502/siteId/3>. Último acceso 12/4/17
- 4- Comisión Nacional de Derechos Humanos México. Pronunciamiento. Situación de las personas con discapacidad psicosocial e inimputables en centros penitenciarios de la República Mexicana. 2014
- 5- Organización Mundial de la Salud. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación, 2006.
- 6- Rico L, Fortuny Olivé, J, Primeras medidas de seguridad alternativas a la pena en un hospital psiquiátrico. *Psiquiatría Publica* 12 (2) 2000. pp 131-138.
- 7- Perez, E. ¿Psiquiatría penitenciaria? *Rev Esp Sanid Penit* 2004; 6: 97-101
- 8- Andrés-Pueyo, A, Echeburua, E. Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema* 3 (22), 2010. pp 403-409
- 9- Folino, J, Escobar, I. Nuevos Aportes a la evaluación del riesgo de violencia. *Med UNAB* 7 (20) 2004. pp 99-107.

---

## **X CONGRESO URUGUAYO DE PSIQUIATRÍA Y III ENCUENTRO REGIONAL DE RESIDENTES Y PSIQUIATRAS EN FORMACIÓN**

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay tiene el agrado de invitar al X Congreso Uruguayo de Psiquiatría y III Encuentro Regional de Residentes y Psiquiatras en Formación, para el que nos convoca el lema “Psiquiatría y Salud Mental. Enfrentando el estigma”.

Tendrá lugar del 19 al 21 de octubre de 2017 en el Radisson Victoria Plaza Hotel de Montevideo.

Hemos conformado un sólido equipo de trabajo con integrantes de sociedades amigas, diseñando un programa científico amplio con simposios, cursos de Educación Médica Continua, conferencias, comunicaciones orales y posters. Contamos para ello con destacados expositores del ámbito nacional, regional e internacional.

La relación de Psiquiatría - Salud Mental interpela permanentemente a nuestra especialidad y a varias disciplinas cercanas.

Es por eso que contaremos con un espacio destacado en donde podremos intercambiar sobre esta temática y los diferentes puntos de vista sobre el Proyecto de Ley de Salud Mental y sus propuestas para garantizar el ejercicio de derechos y el acceso a una atención integral de calidad. Esperamos que el espacio del congreso permita compartir los avances del conocimiento sobre los trastornos mentales, su conceptualización, su diagnóstico y aporte al mejor tratamiento de quienes los padecen.

El estigma que recae sobre las personas con trastorno mental, implica discriminación social y asimetrías de poder que las hace más vulnerables. Agrega una cuota injusta, inapropiada y evitable al sufrimiento que de por sí implica la propia condición que lo determina. Repercute sobre sus familias y su entorno, así como sobre los trabajadores y servicios de salud mental que los atienden. Por todo lo anterior enfrentar dicho estigma es parte del lema de este Congreso.

Convocamos a participar a las diferentes disciplinas que trabajan en el campo de la Salud Mental: enfermeros, trabajadores sociales, médicos psiquiatras y de otras especialidades, psicólogos, educadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales vinculados al área. La participación de usuarios y familiares es de especial interés para este comité organizador. Serán bienvenidos también los actores sociales y políticos que desde varios sectores contribuyen en la construcción de alternativas para estas situaciones.

Los invitamos a postularse al premio al mejor trabajo científico y poster, promoviendo la investigación y la participación.

Estamos seguros que será una gran oportunidad para el intercambio y puesta a punto de nuestros conocimientos así como para el encuentro y fortalecimiento de lazos con los colegas de la región.

Los esperamos.

**Comité Organizador**