

Satisfacción de los usuarios internados en Hospital Vilardebó en contexto del cambio de modelo de atención en salud mental

Trabajo original

Resumen

Este trabajo se enmarca en la implementación de la Ley 19.529 y en el proceso de cierre de los establecimientos asilares. Los objetivos fueron valorar el nivel de satisfacción de los usuarios internados en el Hospital Vilardebó en relación con los servicios y los profesionales que integran el equipo asistencial, así como también valorar sus expectativas en el momento del alta. Se generó un espacio para la expresión verbal de quienes se encuentran directamente implicados en el cambio de modelo de atención. Concluimos que el nivel de satisfacción global muestra ser bueno en la encuesta aplicada; sin embargo, al realizar preguntas abiertas surgen vigorosos reclamos concernientes a los servicios ofrecidos y a los técnicos que componen los equipos. Sus expectativas, lejos de referirse a su enfermedad, se vinculan a aspectos inherentes a su vida, autonomía y vínculos. Nos proponemos continuar trabajando en el fortalecimiento de estrategias basadas en las necesidades de las personas.

Palabras clave

*satisfacción
usuarios
salud mental*

Summary

This study is set in the context of Law 19.529 implementation and the closing down of asylums. Authors try to assess Hospital Vilardebó inpatients' satisfaction regarding care and staff, and evaluate expectations at discharge, generating an area for verbal expression of those directly involved in the change in the model for mental health care. They conclude that overall satisfaction level is good as shown in the survey. However, strong complaints come up in the open questions regarding services and staff. Instead of being related to their disease, expectations at discharge are related to daily life, autonomy and relationships. Authors intend to continue working on strengthening strategies based on inpatients' needs.

Key words

*satisfaction
inpatients
mental health*

Autores

Alejandra Moreira
Prof. Adj. Clínica Psiquiátrica

Sylvana De Mattos
Prof. Adj. Clínica Psiquiátrica

Gustavo Alves
Posgrado Clínica Psiquiátrica

Mariana Balseiro
Residente Clínica Psiquiátrica

Virginia Bianchi
Posgrado Clínica Psiquiátrica

Natalia Bueno
Residente Clínica Psiquiátrica

Sofía Decaro
Posgrado Clínica Psiquiátrica

Ana Figueroa
Residente Clínica Psiquiátrica

Maribel Godoy
Posgrado Clínica Psiquiátrica

Daniela Jara
Posgrado Clínica Psiquiátrica

Viviana Navarro
Prof. Adj. Clínica Psiquiátrica

Rosina Nopitsch
Residente Clínica Psiquiátrica

Ximena Simoff
Posgrado Clínica Psiquiátrica

Correspondencia:
alemore@montevideo.com.uy

Introducción

Este estudio fue realizado por integrantes de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de la República. Se contextualiza en el trabajo de implementación de la ley 19.529 de Salud Mental,¹ y en el proceso de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes que dicha ley mandata con fecha límite el año 2025. Concomitantemente, se plantea la creación de estructuras alternativas a la hospitalización, en concordancia con el nivel de autonomía de los usuarios (casas de medio camino y residencias asistidas*). Se propone un cambio en el modelo de atención que privilegie la promoción y prevención sobre la base de una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) con énfasis en el Primer Nivel de Atención (PNA), transitando de esta forma desde una lógica hospitalocéntrica hacia una comunitaria.

La falta de estructuras alternativas para el egreso es un factor determinante para las internaciones prolongadas, que continúan siendo un problema en el sistema de salud, agravado en la actualidad por el cese de ingresos en las ex Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi (actualmente, Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial, Ceremos), que fueron originalmente concebidas para la atención de personas con patología crónica. Según datos extraídos del documento «Atención de la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado»,² en marzo de 2018 se relevaron 123 personas ingresadas en el Hospital Vilardebó,** 15 % con una estadía inferior a 2 meses, 43 % entre 2 y 6 meses y 42 % superaba los 6 meses. Recientemente se ha creado la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, integrada de manera interdisciplinaria por profesionales de la salud, de las universidades, representantes del Ministerio de Salud Pública (MSP), de los usuarios y sus familiares. Los objetivos de esta comisión son supervisar las condiciones de las personas internadas por problemas de salud mental (SM) —particularmente en

lo que se refiere al resguardo del ejercicio pleno de los derechos humanos—, controlar que las internaciones no se prolonguen más de lo necesario y brindar información tanto al personal de salud como a la población en general acerca de la normativa vigente, entre otros cometidos.³

En este contexto, y con el ánimo de contribuir con insumos que reafirmen las estrategias de cambio que velan por los derechos humanos, importa describir las características, explorar la satisfacción con los servicios de internación y las expectativas para el momento del alta de los usuarios de SM internados en el Hospital Vilardebó, a quienes se considera actores principales del proceso de reforma.

Aún cuesta pensar en SM desde una perspectiva de «salud y prevención» no asociándola a la patología severa y persistente. El estigma continúa siendo una barrera para alcanzar logros. Las personas con problemas de SM han recibido históricamente un trato deshumanizante y discriminatorio. Se las imagina incapaces de autogestionarse y se las trata de manera acorde a esta creencia, y estos comportamientos discriminatorios refuerzan el estigma y causan un enorme sufrimiento.⁴ Dice Domingo Díaz del Peral: «¿Cuál es el problema del estigma? Es que separa, categoriza a grupos de personas que comparten características comunes. Y hace algo que a cualquiera de nosotros nos resultaría horrible: borrar las diferencias individuales. Convierte a las personas en diagnóstico; es decir, no se valora a la persona por sus capacidades, sino que la enfermedad lo ocupa todo.»⁵

No se han encontrado en Uruguay u otras regiones estudios que describan la satisfacción de los usuarios internados en centros psiquiátricos monovalentes. La voz de quienes padecen trastornos mentales graves y persistentes raramente se transmite en documentos académicos; si bien se escucha mediante representantes de asociaciones con personería jurídica, la participación directa aún es muy escasa. Como antecedentes nos basamos principalmente en una iniciativa de la Escuela Andaluza de Salud Pública titulada

* Los *hogares de medio camino* son dispositivos sanitarios de atención integral con un enfoque de recuperación. Se ubican en un lugar intermedio entre la hospitalización y la residencia en la comunidad, cuentan con equipo técnico las 24 horas y son pensados para una mediana estadía (6 meses a 2 años). Las *residencias con apoyo* son alternativas residenciales sociosanitarias de rehabilitación psicosocial, cuentan con supervisión las 24 horas, integran la red de atención en SM y se ubican en la trayectoria asistencial luego del dispositivo medio camino. El control de salud se da fuera del lugar de residencia.

** El Hospital Vilardebó es el único hospital psiquiátrico monovalente uruguayo, de referencia para personas con patología aguda. Ubicado en el barrio Reducto de Montevideo, fue inaugurado el 21 de mayo de 1880.

«Necesidades y expectativas de las personas con enfermedad mental, sus familiares y profesionales sobre los servicios de atención a la Salud Mental en Andalucía»⁶ y en el trabajo nacional «Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE».²

Objetivos

El objetivo general de este estudio es valorar el nivel de satisfacción de los usuarios internados en el Hospital Vilardebó en relación con los servicios ofrecidos y a los profesionales que integran el equipo asistencial, en el mes de setiembre de 2018.

Los objetivos específicos son:

- a. Valorar perfil de los usuarios internados (datos patronímicos, diagnósticos), tipo de internación (voluntaria o involuntaria) y tiempo de internación.
- b. Indagar acerca de la continuidad de la atención en forma ambulatoria.
- c. Indagar acerca de las expectativas que presentan en vistas al alta o derivación a estructuras alternativas.

Materiales y métodos

1. Diseño metodológico

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal.^{7, 8} Se recolectan datos inherentes a la satisfacción con la atención en SM (tanto intrahospitalaria como ambulatoria) y las expectativas al alta de los usuarios internados en el Hospital Vilardebó, en salas abiertas y semiabiertas, en el período comprendido entre el 17 y el 22 de setiembre de 2018.

Se propone un diseño mixto, que implica un *continuum* en donde se mezclan enfoques cuali y cuantitativos para su análisis. Se utilizan fortalezas de ambos métodos en vistas a lograr un entendimiento realista del problema de estudio, permitiendo de esta forma la construcción de relatos sobre personas y comportamientos humanos.

Para esto se utilizarán distintas herramientas de recolección de datos: a) datos documentales de la historia clínica, b) entrevista breve, c) encuesta semiabierta inspirada en la escala de Verona en su versión para pacientes (VSSS-P).⁹

A pesar de los avances, todavía existen muy pocos instrumentos validados para evaluar la satisfacción en SM. La escala de Verona fue diseñada por Ruggeri y Dall'Agnola, e indaga la satisfacción con el servicio en el último año. Los ítems cubren distintas dimensiones: satisfacción global, satisfacción con los técnicos, accesibilidad, información, eficacia, tipos de intervención e implicación de la familia. La versión española (VSSS-54) fue desarrollada por investigadores de la Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social de Cantabria en conjunto con la Unidad de Investigación de Psiquiatría Social y Comunitaria de la Universidad de La Laguna. Cada dimensión conceptual de la escala se compone de cierto número de ítems que exploran diferentes aspectos.⁹ Nuestro equipo adaptó esta escala buscando mantener las dimensiones, pero seleccionando los ítems más representativos de cada una, con el fin de abreviarla y adaptarla a los usuarios internados; también se agregan en la encuesta datos patronímicos y preguntas semiabiertas que exploran las expectativas al alta, las modificaciones que realizaría en el servicio y los comentarios abiertos. Varios hallazgos en la literatura reciente apuntan a la medida de la satisfacción como una medida particularmente destacada de resultados de calidad.

La muestra corresponde al universo de usuarios internados en el Hospital Vilardebó (Montevideo, Uruguay) en el mes de setiembre de 2018. Fueron criterios de exclusión: la falta de consentimiento para la participación en el estudio, el ingreso en salas de seguridad, la alteración de consciencia aguda, o síntomas flagrantes de descompensación que les impidieran sostener un juicio crítico, preservando así su principio de autonomía.

Identificamos como posibles sesgos los inherentes a las encuestas y el hecho de que

estas hubieran sido llevadas a cabo por pos-graduados del hospital, si bien se evitó que fuera el mismo médico tratante quien las aplicara.

declaran no tener conflicto de intereses, ni contar con financiación alguna. Se acatan las normas, códigos y declaraciones internacionales de ética médica.^{11, 12}

2. Análisis de datos

Para el análisis de las técnicas cualitativas se utilizaron medidas de resumen, categorización y codificación según criterios temáticos (dimensiones), identificando los temas que se relacionan con el objeto de estudio. Para las técnicas cuantitativas utilizamos el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

3. Puntualizaciones éticas

Cada uno de los participantes ha autorizado el uso de los datos obtenidos en la encuesta con fines científicos, mediante un consentimiento informado, firmado, válido. Contamos con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Vilardebó. Los datos han sido tratados de manera confidencial, omitiendo nombres propios y elementos identificativos, respetando los derechos del paciente establecidos en la Ley 18.335.¹⁰ Los autores de este estudio

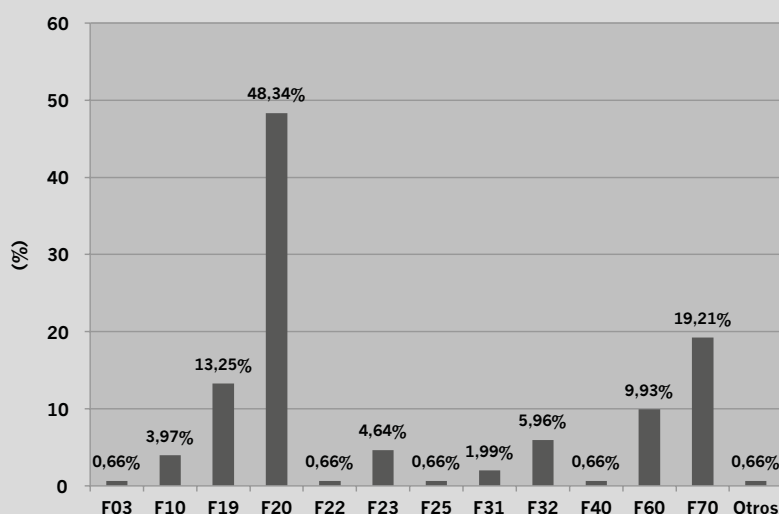
Resultados

De 235 usuarios internados se logró encuestar a 151 (53 fueron excluidos por no cumplir con los criterios y 31 se negaron a ser encuestados). En su mayoría son varones (61 %) y la franja etaria predominante es de 20 a 40 años, seguida por quienes tienen entre 40 y 60 años. El nivel educativo es bajo: 25 % no alcanza a completar la educación primaria y solo el 60 % tiene educación primaria completa sin una instrucción adicional.

El 62 % de las personas internadas se manifiesta en desacuerdo con su ingreso hospitalario.

El diagnóstico predominante es el de esquizofrenia en cifras cercanas al 48 %, seguido por la discapacidad intelectual con un 19,21 % y el consumo de cocaína y derivados con 13,25 % (figura 1).

Figura 1 | Diagnóstico al ingreso de los encuestados



Dado que los involucrados en la muestra tienen en alguna oportunidad más de un diagnóstico, el porcentaje total de diagnósticos supera el 100 %.

Internación

En cuanto al tiempo de internación, cerca del 39 % de los encuestados llevaba menos de 45 días; el 27 %, entre 46 y 90 días, y el 34 % sobrepasaba los 90 días de internación, siendo la media de días de internación de 379 días. Este número tan elevado se explica dado que hay 14 usuarios que sobrepasan los 1000 días de internación, siendo el tiempo récord medido 6690 días.

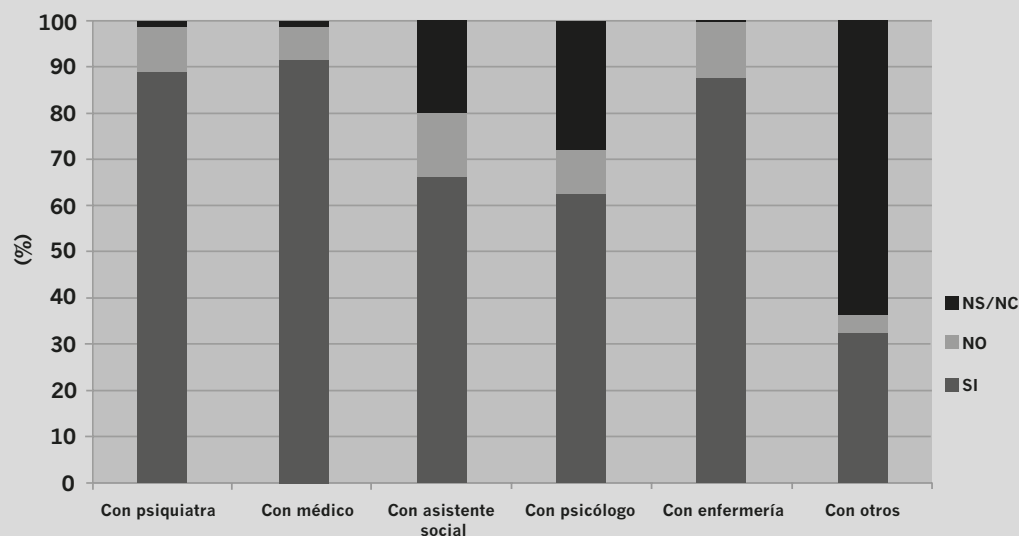
En cuanto al nivel de satisfacción con los integrantes del equipo tratante, se destaca

que el médico general cuenta con un 91,4 % de evaluaciones positivas, seguido por el psiquiatra con un 87,42 %. Los psicólogos, trabajadores sociales y el personal de enfermería fueron quienes contaron con menor cantidad de evaluaciones positivas (figura 2).

Casi la mitad de los encuestados relató que se le había explicado el diagnóstico y el 46 % refirió que se le había explicado el tratamiento en alguna oportunidad.

El 46 % fue derivado a rehabilitación, pero solo un 77 % concurrió efectivamente. Un

Figura 2 | Conformidad con los profesionales del equipo tratante



46 % fue derivado a psicólogo y de estos solo un 37,08 % finalmente accedió a la consulta.

El 80 % de los usuarios considera que el servicio de salud mental lo ha ayudado de alguna manera.

De la valoración cualitativa se destaca: a) la solicitud de mayor acceso a información sobre su tratamiento y b) la necesidad de comunicación con el equipo tratante:

«Hay falta de información para los pacientes sobre el diagnóstico y tratamiento.»

«Pedimos menos medicación en alguna oportunidad.»

«Quisiera saber de la medicación y de mi diagnóstico, para no comportarme así.»

«El trato es genérico y no individualizado.»

Se manifiestan en desacuerdo con las medidas de contención y la electroconvulsivoterapia (ECT), y solicitan contar con información acerca de la ECT.

Acercas de las modificaciones que realizarían al régimen de internación, muchos de ellos no realizaron aportes o alegaron no tener nada para cambiar: «Me atendieron bien y me voy bien para mi casa». Más del 30 % hacen mención espontánea a las internaciones prolongadas y

a la necesidad de la resolución de su situación de crisis en períodos más breves de tiempo: «Que me den de alta cuando realmente estoy de alta». En similar porcentaje dicen querer ir del hospital.

Más del 20 % realizaron comentarios negativos referentes al trato recibido por parte del personal de salud, especialmente el personal de enfermería. Cerca del 15 % reclamó actividades recreativas como fútbol, horas de huerta, mesa de *ping-pong*, televisión, juegos electrónicos y la ampliación de la oferta de actividades de rehabilitación como por ejemplo talleres de cocina. Con respecto a la rehabilitación se realizaron comentarios acerca de la demora en la derivación a los centros. Se manifiestan en contra del estigma pidiendo «Que no haya tanto preconceito sobre los enfermos de salud mental». Otros reclaman por elementos básicos como ropa, productos de higiene, yerba, tabaco, etcétera.

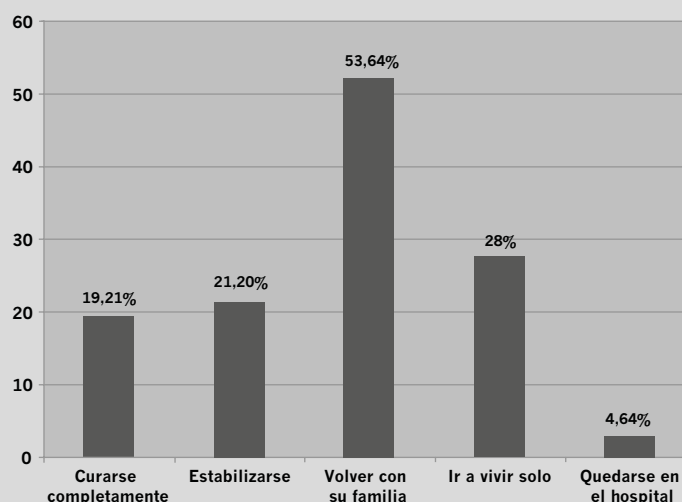
Si bien en la encuesta el 73 % refirieron sentirse conformes con las instalaciones del Hospital Vilardebó, en el eje cualitativo del estudio aparecen varios datos de interés. Muchos usuarios modificarían las instalaciones de los baños, con vigoroso reclamo por

la carencia de servicios básicos como agua caliente. «Mejoraría todas las instalaciones, cama, pintura, comida, ropa de cama, comedor, etc.». Se refirieron al escaso mantenimiento de las instalaciones y a la necesidad del refuerzo de la limpieza. Algunos expresan las dificultades en la convivencia en salas de grandes dimensiones en las cuales coexisten más de 25 usuarios con distintas patologías y en diferentes estadios evolutivos. Más del 8 % expresa desagrado con la alimentación que el hospital provee y planteó la necesidad de mejorar la calidad de los alimentos. Un porcentaje similar denuncia las carencias de seguridad con respecto a sus objetos personales: «Los robos parecen no tener solución». «Me robaron las únicas pertenencias que tenía». Solicitan muebles con candados, pues dicen «sentirse desprotegidos».

Surge también el reclamo sobre la restricción de horario para las visitas familiares.

Asimismo, se indagó sobre las expectativas luego del alta: el 53,64 % responde que desearía vivir con su familia, luego estabilizarse, curarse completamente e irse a vivir solo. Un 4,64 % responde que quisiera quedarse a vivir para siempre dentro del hospital (figura 3).

Figura 3 | Expectativas al momento del alta



Dado que los usuarios manifiestan en oportunidades más de una expectativa y la pregunta consta de una parte abierta, el porcentaje total de respuestas supera el 100 %.

Compartimos algunos comentarios de usuarios que manifiestan su preocupación vinculada al proceso de desmanicomialización:

«Tendría que haber institutos donde gente como yo pudiera vivir.»

«Si no va a estar más en el hospital, esto tiene que ser un lugar mejor.»

«Que no cierren el Vilardebó; lo necesito para vivir.»

«Estoy de acuerdo con la desmanicomialización; que se haga cargo la familia.»

«Hay que ayudar al hospital para que no se pierda. Es el único lugar donde se puede tratar esta enfermedad.»

«¡Me gustaría que me dejaran ser un poco más libre!»

Atención ambulatoria

En cuanto a la frecuencia de la atención ambulatoria, 30 % de usuarios internados no se controla; casi un 38 % se asiste mensualmente; 8 %, bimensualmente y 9 % lo hace trimestralmente. Acerca de la accesibilidad a la consulta ambulatoria, 43 % alega no presentar dificultades; sin embargo, ante la pregunta ¿qué modificaría en su atención ambulatoria?, la mayor parte de los usuarios responde que la accesibilidad, seguida por el tiempo dentro del consultorio, la frecuencia de atención y por último, el trato por parte del personal de 1.º nivel:

«Mejoraría el tiempo de espera para entrar a la consulta.»

«Debería haber más psiquiatras para conseguir hora antes.»

«Me gustaría que hubiera más médicos en policlínica.»

«No voy, porque no tengo psiquiatra asignado en mi zona.»

En cuanto a la inclusión de la familia en el tratamiento, 40 % siente que sus familiares son considerados y tenidos en cuenta en el proceso de su atención.

Discusión

Los usuarios se mostraron sumamente colaborativos con la encuesta con un bajo índice de rechazo a ser entrevistados.

Nos llama la atención el alto porcentaje de esquizofrenia (48 % del total de los diagnósticos obtenidos de la historia clínica). No contamos con datos comparativos de otros centros monovalentes, solo con cifras en la población general. Nos preguntamos si este dato se corresponde: a) con la gravedad de esta enfermedad, la cual determina la necesidad de internaciones frecuentes y prolongadas; b) con la falta de dispositivos alternativos, lo cual forzosamente deriva en el uso de la internación como un recurso de continentación social y c) con un sobrediagnóstico por parte del equipo médico.

Vimos que las principales necesidades que manifiestan tienen que ver con los ingresos involuntarios, los prolongados tiempos de internación, el trato recibido por el personal de salud, el tiempo de escucha que se les destina, la información que se les otorga y los espacios de rehabilitación, todas estas, demandas muy plausibles de ser satisfechas sin grandes inversiones en infraestructura o en recursos humanos. Dentro de lo edilicio los reclamos van en sentido de las necesidades más básicas: baño, temperatura, comida, limpieza, cantidad de personas que conviven en un espacio poco preparado para albergarlos y seguridad (ya que dicen sentirse «desprotegidos» donde deberían sentirse más continentados).

El 30 % de los usuarios internados no tiene contacto con el PNA; son personas que transcurren en un ciclo descompensación-internación-alta que progresivamente se acorta culminando muchas veces en la dependencia de las estructuras asilares, sin intervenciones terapéuticas en su comunidad que puedan cortar este ciclo.

En el momento del alta su principal expectativa no tuvo relación con su diagnóstico, sino con su vida y con sus relaciones humanas, ya que fue regresar con sus familiares y tener un mayor nivel de autonomía. La familia cuando

es continente actúa como pilar fundamental para la recuperación.¹⁴ Si bien este concepto es ampliamente conocido, los hospitales psiquiátricos continúan siendo lugares donde las visitas se encuentran restringidas.

Conclusiones

El nivel de satisfacción global de los usuarios internados en el Hospital Vilardebó muestra ser bueno en la encuesta aplicada: el 80 % piensa que el servicio de SM lo ha ayudado; sin embargo, al realizar preguntas abiertas surgen potentes reclamos concernientes a los servicios ofrecidos y a los técnicos que componen los equipos.

Se ve reforzada la necesidad de estructuras que puedan asegurar la continuidad de los cuidados y la comunicación entre los distintos niveles de atención que componen el Sistema Nacional Integrado de Salud, el trabajo en promoción y prevención en SM.

Abrimos caminos de reflexión: la satisfacción y expectativas de los usuarios de SM internados en el Hospital Vilardebó no tienen que ver exclusivamente con su enfermedad, sino con su salud y la dignificación de su condición de ciudadanos sujetos de derecho.

Los equipos tratantes necesitamos continuar trabajando en la humanización de la asistencia, el respeto, la disponibilidad para la escucha, el empoderamiento del usuario como protagonista de su recuperación.

Dado que el enfermar es un proceso multicausal que responde a la compleja interacción de factores determinantes, el proceso de recuperación también debe ser enmarcado en el mismo paradigma. Creemos con Julio Frenk que «El cuidado de la salud es un esfuerzo que va mucho más allá de la mera aplicación de tecnologías médicas».¹³

Nos planteamos como objetivos estratégicos a futuro el fortalecimiento de la formación para la atención comunitaria, la cooperación entre los distintos niveles que pueda asegurar la continuidad de los cuidados una vez superada la etapa de crisis y la elaboración de programas

basados en las necesidades de las personas. Este estudio ha sido punto de partida para iniciativas de investigaciones vinculadas con la evaluación individualizada de las razones que llevan a la internación prolongada. Se trabaja actualmente desde la clínica en la elaboración de material explicativo acerca de los tratamientos utilizados, basada en las interrogantes de los pacientes.

Agradecimientos

Agradecemos muy especialmente al Cr. Gonzalo Obispo, quien nos brindó su apoyo en el análisis estadístico.

Referencias bibliográficas

1. Ley N.º 19.529. Disponible en: <<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/19529>>. (Consulta: dic. 2018)
2. **Romano S, Porteiro F, Novoa G et al.** Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Diagnóstico de situación abril 2018. Rev Psiquiatr Urug 2018; 82(1):22-42.
3. Presidencia de la República. Por primera vez en el país se instala la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental. Disponible en: <www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/por-primera-vez-en-el-pais-instala-comision-contralor-atencion-salud-mental>. (Consulta: dic. 2018)
4. **Balash M, Caussa A, Faucha M, Casado J.** El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña 2016. Barcelona: Apunts, empresa d'economia social, dedicada a donar oportunitats laborals a persones amb trastorns de salut mental; 2016, 120pp. Disponible en: <www.consaludmental.org/publicaciones/Estigma-salud-mental-2016.pdf>. (Consulta: dic. 2018)

5. **Díaz del Peral D.** Recuperación y estigma. *Rev Psiquiatr Urug* 2017; 81(2):127-144.
6. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Necesidades y expectativas de las personas con enfermedad mental, sus familiares y profesionales sobre los servicios de atención a la Salud Mental en Andalucía. Granada; 2007, 94pp.
7. **Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J.** Métodos de la investigación clínica y epidemiológica. Cap. 4. Clasificación de los tipos de estudio. 4.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
8. **Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J.** Métodos de la investigación clínica y epidemiológica. Cap. 9. Estudios descriptivos. 4.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
9. **Artal J, Vazquez-Barquero JL, Rodríguez Pulido F, et al.** Evaluación de la satisfacción con los servicios de salud mental: la escala de Verona (VSSS-54). *Arch Neurobiol* 1997; 60(2):185-200.
10. Ley N.º 18.335. Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Derechos y Obligaciones. Montevideo, 15 de agosto de 2008. Disponible en: <<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18335>>. (Consulta: dic. 2018)
11. **Bayardo E, Rodríguez H, Rotondo T, et al.** Comisión especial para ajustar el texto del proyecto del código de ética del SMU. Código de ética médica aprobado abril 1995. Ediciones SMU.
12. Sindicato Médico del Uruguay. La ética médica. Normas, códigos y declaraciones internacionales. Montevideo: Ediciones SMU; 1994. 85pp.
13. **Frenk J.** La Salud de la población. Hacia una nueva Salud Pública. 1.^a ed. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 1994. Disponible en: <<http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/poblacion.htm>>. (Consulta: dic. 2018)
14. **Cardona Patiño D, Zuleta Guzmán VA, Londoño Bernal LV, Ramírez Nieto LA, Viveros Chavaría EF.** Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Rev Colomb Cienc Soc* 2012; 3(2):243-58. Disponible en: <www.redalyc.org/pdf/4978/497856285005.pdf>. (Consulta: dic. 2018)