

Salud Mental Comunitaria, Trastornos Severos y Persistentes y Rehabilitación en Uruguay

1. Salud Mental: panorama internacional

A mediados del siglo pasado y con base en un nuevo escenario mundial tanto político, económico como social², comienzan a sucederse cambios fundamentales en el campo de la asistencia a pacientes con padecimiento psiquiátrico. Se destacan entre algunos el hecho que los Estados pasan a tener un papel importante en la regulación social, con una centralización de las funciones administrativas y distribución de los recursos asistenciales; surge la psiquiatría comunitaria y la noción de salud mental (SM), lo que significó asumir un criterio de continuidad dado por la prevención, promoción y rehabilitación³. De esta forma comienzan a surgir nuevos modelos asistenciales y alternativas a los clásicos hospitales psiquiátricos como son las Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (UPHG), casas de medio camino, centros de rehabilitación, etc. Las experiencias más notorias en el campo de la SM se dan, básicamente, en tres países: Inglaterra, Italia y Estados Unidos en las cuales se distinguen razones de corte netamente político, asistencial y una combinación de ambas (Larrobla, 2007).

Situación Sudamérica

En América del Sur la situación de la asistencia psiquiátrica pasa por cambios sustanciales recién a partir de la década de 1980, una vez restablecidas las democracias. De forma gradual, las modificaciones se acentuaron hacia 1990 (sujetos a reestructuras económicas) con un claro predominio del sector médico en la elaboración de los Programas Nacionales de Salud Mental (PNSM), inexistencia de presupuesto propio del programa y sistemas de evaluación, carencia de recursos humanos y materiales, creación de UPHG y dificultades y resistencias por parte de las autoridades nacionales para desarrollar programas que prioricen la calidad de vida de los pacientes con padecimientos psiquiátricos. A esto se suman cambios en la legislación gracias a la utilización de recursos innovadores conforme a las características de cada lugar; en muchos casos, la clave de los resultados estuvo en la inclusión de personas desvinculadas a la salud mental⁶. Es importante destacar, en este aspecto, el papel que tuvo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundamentalmente a partir de la Declaración de Caracas en 1990 (Larrobla, 2007). Es innegable que la descentralización de los servicios de salud es una tendencia clave en todo el mundo. Este giro en particular, transfiere mayores atribuciones a la gestión y administración a nivel local, lo cual hace necesaria la capacitación continua y específica de los trabajadores que las ejercen, a la vez que debe estar acompañada de una supervisión permanente, dadas las resistencias que se han podido identificar a nivel del cuerpo sanitario, familiar y comunitario para con los pacientes con padecimientos mentales. A pesar de los avances y el cumplimiento de muchos de los cambios mencionados estos se muestran hoy en muchos casos ineficientes e ineficaces, resultando en servicios asistenciales fragmentados e incordiados. El impacto se refleja directamente en los pacientes y la comunidad; se refuerzan las dificultades que se han identificado en la exclusión de estos pacientes en la esfera asistencial.

Exclusión y estigma

La bibliografía es muy variada en lo que refiere al factor exclusión, entendiendo por la misma la falta de acceso a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el

estado de salud de algunos individuos y/o grupos de la sociedad²⁵. Este fenómeno se acompaña y vincula directamente de la estigmatización que, por su parte, se asocia con el rechazo y la desvalorización, que resultan en un juicio social adverso sobre una persona o un grupo. Así se define el estigma como “(...) un poderoso medio de control social aplicado por medio de la marginalización, exclusión y ejercicio de poder sobre individuos que presentan ciertas características” (Acuña, 2005).

Diferentes especialistas (Acuña, 2005) refieren que la estigmatización en el sector de la SM incluye la pérdida de integración social que conforma la idea central de la exclusión social. En países como Inglaterra la definición de exclusión que maneja el gobierno no difiere de la concepción general que se tiene en Sudamérica y de la realidad que en ella viven grandes sectores de la población. La misma se define como “Lo que puede ocurrir cuando las personas o las áreas sufren de una combinación de problemas ligados entre sí como el desempleo, falta de habilidades, bajo ingreso, viviendas pobres, ambientes de alta criminalidad, mala salud y quiebre de la estructura familiar”^{*}.

Estudios realizados muestran que la exclusión junto con la estigmatización incrementan ese mismo fenómeno en otras esferas igualmente importantes como son la educativa y la laboral. Estos factores redundan en el aumento del nivel de pobreza en la población con afecciones mentales, e impactan no solo el nivel individual sino también el familiar (García, 1998).

Asociado a estos dos conceptos, no pueden dejarse de lado otros dos igualmente importantes como son vulnerabilidad y discapacidad. La primera se la puede entender como la predisposición o susceptibilidad, física, económica, política o social que tiene una comunidad o sujeto de ser afectada o de sufrir daños en caso que un fenómeno desestabilizador de origen natural o causado por el hombre se manifieste. En la actualidad se utilizan, muchas veces, las palabras vulnerabilidad y riesgo como sinónimos a pesar que son conceptos diferentes y las definiciones obedecen a un enfoque metodológico que ayuda al entendimiento del riesgo y la posibilidad de reducirlo o mitigarlo. Como en varias situaciones no se puede actuar sobre la amenaza, bajo este enfoque es viable comprender que para disminuir el riesgo no hay otra posibilidad que disminuir la vulnerabilidad de los elementos expuestos. En los países en desarrollo la vulnerabilidad social es mayoritariamente la causante de las condiciones de vulnerabilidad física (Larrobla et al, 2013). Algunos autores entienden que la vulnerabilidad social es una condición que se gesta, acumula y permanece en forma continua en el tiempo y está íntimamente relacionada a los aspectos culturales y al nivel de desarrollo de las comunidades. Según la Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina la vulnerabilidad “se configura socialmente y es el resultado de procesos económicos, sociales y políticos.” (Cardona, 2001).

Ambos conceptos (vulnerabilidad y discapacidad) hacen referencia a limitaciones en las actividades y participación tanto a nivel individual, familiar como social.

Salud Mental Comunitaria y Trastornos Severos y Persistentes

Un informe de OMS (WHO, 2001) consideraba como patologías psiquiátricas para un abordaje con base comunitaria las siguientes: esquizofrenia, trastorno bipolar, epilepsia, demencia, depresión, suicidio, abuso de alcohol y sustancias, y trastornos de inicio en la infancia, el mismo alude a una clara integración de la SM en Atención Primaria. Según

^{*} Texto del Primer Ministro Inglés. Página de Exclusión Social del Gobierno Británico. Citado en OPS/OMS-ASDI. *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud (OPS-OMS/ASDI).

otro informe (WHO, 2005) el 30% de países no tenía un presupuesto específico para la SM dentro del presupuesto general de salud, y en varios países destinaban menos del 1% del presupuesto total de salud en SM. Una valoración más actualizada en 2011, destaca que los recursos presupuestarios siguen siendo insuficientes (apenas el 3% del gasto medio en salud se destina a SM), los recursos humanos mantienen una distribución desigualitaria territorialmente, también se mantiene una baja proporción de psiquiatras/habitante (menos de uno por cada 200.000) y altos porcentajes de camas psiquiátricas bajo el viejo modelo asistencial.

En el continente sudamericano la participación de actores en la planificación de los PNSM fue heterogénea. En todos los países participaron técnicos del sector salud, en Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela además participaron técnicos de otros sectores; en Brasil, Paraguay, Uruguay y Venezuela también participaron usuarios y sólo en Venezuela participaron además, políticos. Acerca de la especificación de la función del usuario en dichos programas se destaca que en Bolivia, Brasil, Colombia, Paraguay, Uruguay y Venezuela es parcial, en tanto que en Chile, Ecuador y Perú no está especificada (Larrobla, 2000).

Algunos autores (Giel, 1998) resaltaban que en los países en desarrollo, ya en la década del setenta, utilizaban recursos innovadores en el área de la salud mental, según las características de cada lugar, destacando que la clave de los resultados estaba en la inclusión de personas no involucradas, previamente, con la SM. Sin embargo, otros autores (Lakatos, 1989; Alarcón, 1990, Busnelo, 1990) resaltan que América Latina se ha caracterizado por la copia de modelos y tecnologías producidas por los países desarrollados a lo largo de la historia de la psiquiatría. A pesar de ello, subrayan la capacidad de crítica y cuestionamiento que desarrolló la disciplina a través de algunas figuras destacadas. Estas permitieron, al decir de Alarcón (1990) «... un intento de reemplazar la ‘tradición prestada’ de la psiquiatría europea y de crear una ‘disciplina humana’ en la que la hibridación genere vigor y vitalidad creativa». Es común que la concepción de comunidad, en estas realidades, se relacione a concepciones de solidaridad imperantes a nivel cultural, lo que lleva a que muchas veces el referente para una familia o paciente con padecimiento psiquiátrico no sea un profesional de la salud sino un vecino o “líder comunitario”.

La identificación de grupos con diferentes tipos de problemas es fundamental, entre ellos se encuentran los denominados por la literatura «personas con trastorno mental grave, severo o persistente» (TMSP) (Gisbert, 2007; Ruggeri, 2000). De esta forma se identifican aquellas personas que precisan de una atención preferente por la variedad y gravedad de sus problemas, siendo además la población que históricamente se asistía en los hospitales psiquiátricos.

Bajo esta denominación se encuentran las «Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica» (Goldman, 1981). En otras palabras su problemática afecta varios aspectos de su funcionamiento psicosocial y participación a nivel comunitario. Por lo tanto presentan un componente de discapacidad importante en el manejo y desenvolvimiento autónomo de las áreas de la vida personal y social.

Si bien, como se mencionó la importancia de la identificación de estos pacientes, su cuantificación sigue siendo un problema, las mayores dificultades se encuentran en poder contar con datos confiables que indiquen el número de personas (siguiendo criterios diagnósticos, discapacidad y duración de la enfermedad) bajo esta categoría. Las investigaciones que estimaron la prevalencia o incidencia de los TMSP encontraron obstáculos relacionados a la polisemia del término y a la heterogeneidad de criterios operacionales para calcular el tamaño (Thornicroft 1998).

Estos pacientes, al igual que cualquier persona tienen iguales derechos y necesidades como son la alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, afecto, apoyo social, familiar, trabajo, etc. Sin embargo, también requieren de cuidados específicos vinculados a su patología como ser: atención y tratamiento de salud mental, atención en crisis, rehabilitación psicosocial y reinserción social, reinserción laboral, alojamiento y atención residencial comunitaria, apoyo económico, protección y defensa de sus derechos y apoyo a las familias (Florit, 2006).

Se debe prestar especial atención a la comorbilidad con otras patologías físicas y grado de discapacidad producido, considerando el funcionamiento del sujeto en autocuidados y cuidado de la salud, el afrontamiento personal y social, la autonomía personal y social y los aspectos relacionados con el tratamiento, repercusión del trastorno en el medio familiar y social, riesgo de autoeliminación o intentos de suicidio, precariedad de la red social y apoyo social, tipo de demanda, tiempo de evolución del trastorno, complejidad que el sujeto presenta en el manejo terapéutico o aparición de síntomas en etapas evolutivas especialmente relevantes.

De todas las enfermedades mentales existentes, la esquizofrenia es una de las 10 más discapacitantes según la OMS (Murray, 1996). Thornicroft (1996) plantea que la enfermedad causa angustia, pérdida de productividad, una menor calidad de vida y problemas médicos y mentales de carácter secundario tanto en los propios sujetos como en sus familiares. Es por todo ello que el tratamiento de la esquizofrenia debe contemplar diferentes componentes (psicofarmacológico, intervención psicosocial y rehabilitación social) de una manera integrada (Kanter 1989).

Rehabilitación

Como se mencionó al inicio, la rehabilitación tiene su desarrollo vinculado al fenómeno de la desinstitucionalización, acompañada por diversos recursos en el ámbito comunitario con la organización de sistemas de redes sociales dirigidos a la inclusión social (laboral y ciudadana) de los pacientes. El proceso conceptual por el que se transitó fue de la concepción del loco peligroso (recluido y aislado), pasando luego al enfermo para el cual había un tratamiento (integración de la psiquiatría a los hospitales generales, desinstitucionalización), llegando a la actualidad al concepto de ciudadano con iguales derechos y deberes (Sarraceno). Sin embargo a pesar de estos cambios conceptuales, se identifican dificultades múltiples para el ejercicio de los derechos, algunas derivan tanto de su enfermedad como de sus consecuencias en términos de discapacidad personal, otras de índole institucional (dificultad de trasladar recursos a la comunidad, y resistencia de los propios recursos humanos a este cambio) y los prejuicios de algunos integrantes de las comunidades hacia los pacientes (López, 2007).

La tendencia actual acerca del concepto de salud y su abordaje desde una perspectiva de APS con un fuerte énfasis en el primer nivel de atención, se presenta como un marco

teórico con principios rectores fundamentales como son: a) incluir el componente de SM en territorios y poblaciones específicas basados en criterios epidemiológicos y prioridades de atención. Esto comprende también la perspectiva de la rehabilitación (López) enfocándose hacia la autonomía y funcionalidad social de los pacientes destacando sus capacidades e intereses. Ello conlleva una concepción de atención integral donde se destacan la prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social. Esto lleva a que la asistencia se organice a través de una red de dispositivos sanitarios y no sanitarios que faciliten y garanticen el acceso equitativo de los pacientes con afecciones en el área de la SM; b) el trabajo en equipos multidisciplinarios que aseguren la continuidad de los tratamientos conjuntamente con la participación de usuarios, familiares y otros grupos sociales.

La atención comunitaria entonces requiere de una articulación de múltiples intervenciones de diversa naturaleza (sanitarias y civiles) de manera intersectorial donde uno de sus objetivos es la inclusión social y recuperación de la ciudadanía (López; Morris). Estos factores requieren de una sistematización obligatoria en lo individual (medicación, técnicas psicoterapéuticas indicadas y llevadas adelante, reeducación educativa y social, preparación para la reinserción laboral, etc.) (López, 2007), como en lo global para poder apreciar en cada caso el curso asistencial que ha tenido cada paciente y la población específica en su globalidad. Es decir, estos elementos deberían contemplarse en un registro básico de conocimientos y competencias manejadas por los diferentes profesionales, técnicos y dispositivos de la red de SM, sin que ello signifique que no haya personas especializadas para tales tareas (López, 1998).

Desde esta perspectiva la rehabilitación psicosocial debe tener como eje prioritario aquellas habilidades conservadas por los sujetos y potencialidades que de modo natural ofrece su medio. Un modelo muy adecuado para la rehabilitación psicosocial es el modelo de Competencia (Costa, 1991) que promulga la existencia de recursos en todas las personas, la necesidad del profesional de activar dichos recursos y potenciar los existentes en la comunidad. Esto implica la individualización del proceso, la participación activa por parte del sujeto y una actitud de esperanza, también por parte del profesional, evitando poner etiquetas a los individuos. Para lo cual es necesario disponer de los profesionales adecuados, formados en rehabilitación psicosocial y con una buena coordinación para hacer efectiva la filosofía de la rehabilitación, caso contrario se corre el riesgo de que cada uno determine unos objetivos de intervención y una metodología que puede diferir e incluso ser contradictoria. Se hace imprescindible la correcta y continua coordinación entre las personas e instituciones.

Al ponerse en marcha un proceso de rehabilitación, éste debe estar encaminado a obtener una mejora en la calidad de vida del sujeto en su medio natural. Sin embargo, existe el riesgo paradójico de que los centros que se dedican a la rehabilitación se conviertan en instituciones totales cerradas donde los usuarios encuentran todo (amigos, comida, calor, cuidados, comprensión, etc.), reduciéndose las crisis psiquiátricas, mejorando su percepción de calidad de vida...

Rehabilitación en Uruguay: situación actual

Según datos del Programa Nacional de Salud Mental del MSP, en el año 2008, Uruguay contaba con un total de 1167 usuarios con TMSP, asistidos y distribuidos en 23 Centros de rehabilitación tanto públicos como privados. Dichos centros funcionan en una Red Intercentros de Rehabilitación con reuniones de carácter mensual. Para entonces existían escasas propuestas de capacitación e inserción laboral; en relación a las residencias asistidas, en el año 2009 la Comisión Asesora Técnica Permanente del

Programa Nacional de Salud Mental, plantea una estrategia que permite abordar el problema de la vivienda para estos pacientes. La propuesta contemplaba diferentes niveles de residencias los cuales permitirían la circulación de los pacientes de acuerdo a los logros de autonomía (Del Castillo, 2011). En este momento, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) es el prestador con mayor oferta de servicios y mayor grado de integración y articulación en red. Para entonces, la evaluación que se hacía del trabajo realizado para estos pacientes es que era insuficiente, pocos pacientes recibían rehabilitación psicosocial, los abordajes institucionales precisan de una orientación más comunitaria, mejorar el trabajo articulado en red, capacitar los recursos humanos para el trabajo con estos pacientes y familiares. Es importante destacar que el programa de egreso de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi se vio suspendido en tanto no había soluciones habitacionales para dichos pacientes.

Un informe más reciente (Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, 2012) destaca que hay un total de 20 centros de rehabilitación a nivel país que asisten a 746 usuarios, concentrándose en Montevideo 388. Se sabe además que el 64% son hombres y 36% mujeres, concentrándose los mayores números entre los tramos de edad de 21-35 (184) y 36-50 (192). En cuanto al nivel educativo, la mayoría tiene secundaria incompleta, le siguen aquellos pacientes que completaron primaria y luego los que tienen primaria incompleta.

En cuanto a la creación de los centros de rehabilitación, la mayoría (55%) son de 1996, un 25% fueron creados a partir del año 2000, lo que obedece a la importancia que fue adquiriendo la rehabilitación en el país. Sin embargo los recursos humanos siguen siendo escasos (221 en total) para toda la población con TMSP. Existen además carencias de materiales para propuestas de trabajo y en algunos casos falta de espacio físico para pacientes y familiares.

A partir de la situación planteada anteriormente en relación a la rehabilitación a nivel nacional, en general se identifican en la base de las dificultades por lo menos tres tipos de factores: uno vinculado al número de RRHH asignados, otro a la formación/preparación de los mismos para el trabajo con este tipo de pacientes y dentro de la nueva concepción de salud y SM, y otro relacionado con el tipo de funcionamiento que debe tener la red en el sentido más amplio. Es importante destacar que a pesar de la escases de recursos existentes se podría pensar que hay cierto margen de uso racional desaprovechado, por razones organizativas pero también de orientación y formación de los profesionales.

Se destaca, en el caso particular, que no se distingue una demanda clara, si bien se distinguen tres ejes centrales no es clara la priorización de ellos, no está definida la matriz de indicadores de resultados de solución de viviendas, las diferentes funciones y capacitación de los recursos humanos no es clara, se identifica cierta incapacidad de articulación a nivel macro con otras instituciones como ser ASSE y el Programa Nacional de Salud Mental MSP.

Según una publicación de OMS (2005) se precisa de una estrategia propia de investigación, que apunte a favorecer y fortalecer la interdisciplinariedad, investigaciones a largo plazo y validación empírica de las metodologías que se emplean en los programas de atención y rehabilitación de esta población. Lo que a su vez debe complementarse con mecanismos de evaluación de necesidades y resultados, de formación y apoyo al personal, para, en función de ello poder realizar ajustes en las diferentes coordinaciones.

En este sentido la academia presenta una larga tradición en investigación y sistematización de resultados, el equipo que trabajará en la propuesta tiene una composición interdisciplinaria e intersectorial que enriquece la comprensión del fenómeno de la rehabilitación. Este tipo de pacientes comienzan el curso de su enfermedad en edades, en general tempranas y se encuentran entre la población de riesgo de suicidio e intentos de autoeliminación, población y temáticas con las que trabaja el equipo de investigación..

2. Objetivos generales

1. Desarrollar un plan de rehabilitación psicosocial de carácter interdisciplinario acorde al modelo biopsicosocial incrementando la calidad de los servicios y la cantidad de personas beneficiarias ofreciendo una amplia gama de prestaciones que contemple los distintos grupos y necesidades individuales.
2. Diseñar e instrumentar una sistematización y organización de los recursos humanos médicos y no médicos para una abordaje integral de dicha rehabilitación.
3. Diseñar e instrumentar y capacitar en un sistema de evaluación y monitoreo constante de los diferentes programas emanados del nuevo plan de rehabilitación.

Objetivos específicos

1. Fortalecer e incentivar la red de entidades gubernamentales y de la sociedad civil para la consolidación y socialización de la temática.
2. Colaborar en la programación y organización de un Plan de Rehabilitación con perspectiva estratégica a mediano y largo plazo que permita unificar acciones hacia la nueva concepción de rehabilitación.
3. Participar en el diseño e instrumentación y definición de perfiles profesionales (tanto técnicos como no técnicos) institucionales nuevos que permitan un posicionamiento referencial del CNRP o como centro de referencia.
4. Instrumentar diferentes niveles de capacitación de acuerdo a los perfiles definidos de acuerdo al nuevo modelo optimizando y focalizando en la evaluación y monitoreo de resultados de las propuestas.

Preguntas que permitirían realizar una primera aproximación evaluativa de las propuestas de rehabilitación en base a un modelo comunitario:

¿La estructura y funcionamiento general de los servicios y equipos profesionales trabajan en base a un modelo comunitario con énfasis en la rehabilitación?, de no ser así ¿Qué estrategias/abordajes utilizan?

¿Cuáles son las intervenciones sanitarias y no sanitarias (vivienda, ocupación, empleo, las relaciones sociales, etc.) que se despliegan en la actualidad y cómo se las evalúa?

¿Cómo se establecen las coordinaciones en términos funcionales?

¿Cómo se establecen las coordinaciones en terminos institucionales?

¿Hay unidades o equipos específicos de rehabilitación? Y, si es así ¿qué funciones cumplen y dónde se sitúan dentro de la red?

¿Incluyen los sistemas de información indicadores periódicos de estructura, proceso y resultados que permitan conocer la evolución de estos aspectos y sus efectos sobre las personas atendidas?

¿Existen una adecuada formación y capacitación de los RRHH del Centro Martines Visca?

¿Se cuenta con adecuados registros de sistematización de la información, tanto a nivel de infraestructura como de hr. Médicos y no médicos para la planificación de las diversas actividades?

¿Existe un sistema de evaluación y monitoreo de las diversas actividades de los centros de rehabilitación así como de los diferentes programas que implementa el Centro Martines Visca?

3. Para este proyecto se prevé, un fuerte componente exploratorio en los primeros meses, y luego se avanza en el conocimiento de detección de la demanda mediante, una diversidad de estrategias cognitivas. Una de las fundamentales, para perfilar y delimitar los objetivos y alcances de la propuesta es las entrevistas en profundidad. Esta técnica se prevé para el componente más “político” o entorno a los decisores. Por otro lado se realizará análisis de documentos y exploraciones de bases de datos existentes hasta la fecha.

Es importante señalar que más allá de estas líneas existe una coordinación con la Comisión Honoraria de Patronato de Psicópata, así como con la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE y con el Programa Nacional de Salud Mental del MSP que garantiza en principio una correcta interpretación de los alcances, de los actores universitarios, así como una adecuación de los objetivos de la contraparte.

Por otro lado es importante remarcar que en la literatura especializada sobre la temática señala y delimita cuatro grupos poblacionales, los cuales encierran un alto riesgo de cometer IAE o consumir el hecho, estos son; los adolescentes, las poblaciones privadas de libertad, los adultos mayores y las personas con patologías de TMSP, que conllevan depresiones y esquizofrenias.

Las áreas identificadas en forma primaria son el nuevo Programa Residencias Asistidas, los Centros de Rehabilitación Psicosocial con que cuenta el CHPP y la Red de Salud Mental de ASSE, (20 centros con 800 pacientes, aproximadamente) y el área de RRHH.

En primer el Programa Residencias Asistidas, que busca diferente alternativas de viviendas (casa de medios caminos, viviendas individuales, etc) que permitan un transito de los pacientes de acuerdo a la adquisición paulatina de destrezas y autonomía, que focalice la integración social.

En cuanto a los Centros de Rehabilitación, se cuenta con 20 centros distribuidos en todo el país, albergando unos 800 pacientes diurnos aproximadamente, con un plantel de funcionarios médicos y no médicos, técnicos y no técnicos de 250 aproximadamente.

En estos centros diurnos se realizan la más variada gama de actividades, talleres y charlas apuntando a la rehabilitación psicosocial del paciente.

Por último, el área de RRHH de CHPP y de los CNRP. En ellas se buscará desarrollar un programa de capacitación y formación continua que asegure un acompañamiento técnico y semi-profesional de la nueva propuesta de rehabilitación. Este nuevo programa será garante de un sistema de monitoreo y evaluación constante de los CNRP y del Programa de Residencias Asistidas. A su vez, se generará y canalizará, la sistematización del registro del paciente, así como de la infraestructura existente en los CNRP y el Programa Viviendas Asistidas.

Por último un elemento central a destacar es la creación de una matriz de indicadores que de cuenta del sistema de monitoreo y evaluación en estos dos Programas centrales.

Los actores colectivos públicos y privados son, en un principio, La Comisión Honoraria del Patronato de Psicópata (CHPP), El Centro de Rehabilitación Nacional Martínez Visca, El Programa Nacional de Salud Mental del MSP, la Dirección Nacional de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, las diferentes Comisiones Honorarias de CHPP del interior del país, la Comisión de apoyo (ANACNRP) y la Federación de Familiares.

4.- Detalle el personal asignado al proyecto con cargo actual en la UdelaR (describa las tareas realizar por cada integrante).

El proyecto demanda un equipo interdisciplinario, tanto en el conocimiento teórico, como en cuestiones metodológicas-analíticas y estadísticas. A su vez requiere de un conocimiento de la realidad asistencial en materia sanitaria, de formación y capacitación de RRHH.

En este sentido, el equipo¹ está constituido en primer lugar por Dra. Alicia Canetti, Dra Cristina Larrobla y Lic. Psic. María José Torterolo, provenientes de la Facultad de Medicina con una amplia experiencia en la temática y sólida formación teórica.

Los Sociólogos Víctor González y Pablo Hein provienen de la Facultad de Ciencias Sociales, el primero como egresado y estudiante de Maestría en Psicología Social, con una tesis de grado en la temática de Suicidio. El segundo posee amplia experiencia en proyectos y en el empleo de técnicas tanto de recolección de información como de análisis, además es docente en grado y posgrado y posee experiencia en formación de RR.HH. externos a la Universidad.

Se piensa contar, con otro integrantes del Grupo de investigación, específicamente con Cristina Heugerot proviene de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación,

¹ Para información más detallada, ver currículums adjuntos

con una experiencia nacional e internacional en temas de cultura del IAE e IS en la tercera edad.

Es importante señalar y remarcar que en primer lugar, el equipo posee experiencia en investigación en diversos temas vinculados a la problemática. A su vez, se cuenta con la sistematización tanto del funcionamiento como de las políticas de las instituciones de asistencia integral, como las formativas. Existen variados antecedentes de investigación y colaboración con las Instituciones del área salud así como de los programas y políticas como ser el Programa de Salud Mental del MSP, la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, la Dirección de DD.HH de ANEP-CODICEN y el Patronato del Psicópata.

Diferentes productos de estos proyectos o intervenciones en el plano académico, se han presentado en seminarios y conferencias y se publicaron.

En segundo lugar, esta experiencia en investigación se ve complementada y reforzada por la participación en algunas investigaciones puntuales así como consultorías por parte de los miembros del equipo. Estas están focalizadas al diagnóstico y mejora en el diseño de políticas públicas en la materia, intervenciones en la temática específica, así como la formación y capacitación de los RRHH. En tercer lugar, es pertinente señalar la participación de los integrantes del equipo, en la formación tanto en grado como de posgrado, en cursos metodológicos asegurando un dominio de las técnicas cuantitativas y cualitativas requeridas para el abordaje del proyecto presentado. En concordancia con esta línea, existe en el equipo una concreta experiencia, tanto en el conocimiento, como en el manejo de la heterogeneidad de los sistemas de registros y por ende en los datos secundarios existentes en el país.

Para una mejor visualización, las actividades específicas se agrupan por metas, las cuales podrán ser visualizadas también en el cronograma de ejecución (punto 7).

<i>Metas</i>	<i>Actividad Especifica</i>	<i>RRHH</i>
Meta 1	Revisión del estado del arte (revisión bibliográfica) en relación a la temática.	Cristina Larrobla Alicia Canetti María José Torterolo
	Entrevistas a informantes calificados a nivel de políticas publicas (MSP-Red de Salud Mental) (ASSE RSMYPV)	Cristina Larrobla Alicia Canetti
	Entrevistas a Informantes calificados, nivel de jerarquía de CNRP y de CHPP	Cristina Larrobla Alicia Canetti
	Entrevista grupal con la CHPP (Directiva)	Cristina Larrobla Alicia Canetti
Meta 2	Identificar y caracterizar los diferentes patrones de registro. Análisis de bases de datos existentes hasta la fecha.	Victor González Pablo Hein
	Análisis documental de artículos, libros y documentos institucionales. Matriz de indicadores de monitoreo. Matriz de indicadores de evaluación.	Victor González Pablo Hein
Meta 3	Selección y entrevistas de algunos responsables y/o directores de los CNRP a nivel del interior y capital	Cristina Larrobla Alicia Canetti Cristina Heeuguerot
	Entrevistas integrantes de los equipos de salud y gestores de los servicios para identificar el mapa de ruta interno. La existencia de protocolos/pautas para los pacientes.	Cristina Larrobla Alicia Canetti María José Torterolo
	Estudio de la “Red Asistencial” Elaboración de Informe y de dos talleres a nivel jerárquico y nivel de rr.hh.	Cristina Larrobla Alicia Canetti María José Torterolo
	Capacitación a referentes de los CNRP	María José Torterolo Cristina Larrobla Alicia Canetti Pablo Hein
Meta 4	Análisis de estado de formación de los RR.HH de CHPP y Centro Martínez Visca	Pablo Hein Victo González
	Diseño y aplicación del formación de RR.HH. de la CHPP.	Pablo Hein María José Torterolo Cristina Larrobla
	Diseño de curso-talleres de formación técnico profesional	Pablo Hein Cristina Larrobla
	Diseño e incorporación para el posterior monitoreo de los registros, requerirá una serie de reuniones con diferentes actores.	Pablo Hein Victor González
Meta 5	Preparación de publicación y edición de los diferentes informes. Seminarios Internos	Cristina Larrobla Alicia Canetti Pablo Hein
	Informe Final	Todos

5. Detalle número, tipo y tareas del personal a contratar (describa las tareas a realizar por cada integrante, recordando que los cargos deberán ser provistos mediante mecanismos universitarios)

A contratar un Grado 1 20 horas semanales, 12 meses, para realizar apoyo a la sistematización de la información existente en diversas fuentes, como ser papeles, resoluciones, bases de datos, desgrabaciones de las entrevistas en profundidad.

6. Detalle los equipos y materiales necesarios, disponibles y solicitados (describa los equipos y materiales disponibles para la realización del proyecto; en caso de solicitar equipos y materiales, descríbalos y fundamente su necesidad).

El desarrollo del proyecto contará con la infraestructura edilicia y las prestaciones administrativas del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales. Se cuenta con una oficina equipada con PC's e impresoras, teléfonos, conexión a internet y servicio de secretaría. Además, el grupo cuenta con un espacio en la Facultad de Medicina para reuniones generales.

Los materiales que prevé adquirir el proyecto, son bajo dos grandes líneas: 1) insumos de oficina, hojas, carpetas, etc., para los diversos encuentros de capacitación y formación; 2) se solicita la compra de una computadora portátil, un cañón y una impresora monocromática.

Las adquisiciones de estos equipos tienen como eje central la movilidad de los integrantes del grupo en el territorio, tanto para actividades propias del relevamiento de la información para el proyecto, así como en la esfera de la capacitación y formación de los RR.HH.

7. Cronograma en meses

Metas	Resultados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	Construcción del mapa, se prevé la incorporación de diferentes situaciones.	■	■	■	■	■													
	Informe de entrevistas a diferentes actores. Documento Base 1			■	■	■	■	■											
2	Informe descriptivo de las principales dificultades que se perciben. Modelos con diferentes "sesgos"			■	■	■													
	Informe de situación. Documento Base 2 "Situación de registros"					■	■	■	■										
3	Informe sobre los actores políticos.							■	■	■									
	Informe sobre decisores/referentes en la temática.							■	■	■									
	Documento Base 3 Sobre Política, Opiniones y Comportamientos								■	■	■	■							
	Talleres de capacitación								■	■	■	■							
4	Guía de formación. Instrumentación de cursos. Plataforma de monitoreo										■	■	■	■	■	■	■		
	Talleres de capacitación										■	■	■	■	■	■	■		
5	Informe Preliminar																		■
	Seminario de resultados																		■
	Informe final																		■

8.- Referencias bibliográficas.

- C. Larrobla |Revista de Psiquiatría del Uruguay|Volumen 71 N° 2 Diciembre 2007
- Acuña C, Bolis M. La estigmatización y el acceso de la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. Documento Técnico, Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, Washington DC, 2005.
- GARCÍA, J.; ESPINO, A.; LARA, L. (eds.), *La psiquiatría en la España de fin de siglo*, Madrid, Díaz de Santos, 1998.
- Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G.; Durán, M. - Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud. Art.2 CSIC. 2013. ISSN/ISBN: 9789974010437. 2013
- Cardona, O. M. (2001) - La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Una crítica y una revisión necesaria para la gestión. Artículo y ponencia para International Work-Conference on Vulnerability in Disaster Theory and Practice, Disaster Studies of Wageningen University and Research Centre, Wageningen, Holanda. Disponible en: URL:
http://www.desenredando.org/public/articulos/2003/rmhcvr/rmhcvr_may-08-2003.pdf
- OPS-OMS/ASDI. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud (Edición revisada - 2004). Washington DC.
- SARRACENO, B., *La fine dell'Intrattenimento*, Milán, Etas Libri, 1995.
- M. López y M. Laviana Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2007, vol. XXVII, n.º 99, pp. 187-223, ISSN 0211-5735.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD HEALTH REPORT 2001, *Mental Health: New Understanding, New Hope*, Ginebra, WHO, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mental Health Atlas 2005*, Ginebra, WHO, 2005.
- Larrobla, C., Botega, J.N.- Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitucionalización en américa del sur *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28(1):22-30
- Giel R, Harding TW. Psychiatric priorities in developing countries. *Br J Psychiatry* 976;128:513-22. 1998
- LAKATOS, I., *La metodología de los programas de investigación científica*, Madrid, Alianza, 1989.
- Alarcón RD. Identidad de la psiquiatría latinoamericana: voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 1990.
- Busnello E. Entrevista publicada, En: Alarcón R. Identidad de la psiquiatría Latinoamericana: voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 1990. p. 135-57.
- GISBERT, C. (ed.), «Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental», Madrid, AEN, 2003.
- RUGGERI, M., y otros, «Definition and Prevalence of Severe and Persistent Mental

Illness», *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177, pp. 149-155.

VÁZQUEZ, C. (eds.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, Madrid, Siglo XXI, 1996, pp. 1-22.

LÓPEZ, M., «Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de atención a la “cronicidad” en salud mental», en VERDUGO, M. A.; LÓPEZ, D., y otros, *Rehabilitación de salud mental. Situación y perspectivas*, Salamanca, Amaru, 2002, pp. 75-105.

Jodi Morris - Presentación de revisión del Proyecto Atlas en 2011 en la conferencia GAPmh para ONGs en Ginebra, Octubre 2011. Ver reseña en WAPR Bulletin, nº 29 December 2011 en www.wapr.info

LÓPEZ, M.; LARA, L.; LAVIANA, M., «La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental», en ESPINO, A.; OLABARRÍA, B., *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, Madrid, AEN, 2003, pp. 269-301.

Thornicroft, G. y Tansella, M. (1996). *Mental Health Outcome Measures*. Berlin: Springer.

Florit-Robles, A. La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica Apuntes de Psicología, 2006, Vol. 24, número 1-3, págs. 123-244.

Murria, C.J.L. y López, A.D. (1996). *The Global Burden of Disease*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Kanter, J. (1989). Clinical Case Management: definition, principles components. *Hospital Community Psychiatry*, 40, 362-368.

Costa, M. y López, E. (1991). *Manual del educador social: habilidades de comunicación en la relación de ayuda*. Ministerio de Asuntos Sociales: Centro de Publicaciones.

Del Castillo, R.; Villar, M.; Dogmanas, D. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* – 4, 83 -96 (noviembre, 2011) – Monográfico– ISSN: 1688-7026