

DESMANICOMIALIZACIÓN EN LATINOAMERICA Y ESPAÑA, AVANCES Y
DIFICULTADES MACRO INSTITUCIONALES, PRÁCTICAS PROFESIONALES E
INDIVIDUALES

Holman Ricardo Ruiz Martínez

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Regional Cundinamarca

Sede Soacha

Psicología

Municipio de Soacha.

2017

Proyecto de grado

Desmanicomialización en Latinoamérica y España, avances y dificultades macro
institucionales, prácticas profesionales e individuales

Estudiantes:

Holman Ricardo Ruiz Martínez

Tutor:

Patricia Teresa Rueda Castro

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Regional Cundinamarca

Sede Soacha

Facultad de Ciencias Humanas

Psicología

Municipio de Soacha.

2017

"La existencia es trágica por eso es esencial dualidad, el hombre podría haber sido feliz como un animal sin conciencia de la muerte o como espíritu puro, no como hombre; desde el momento en que se levantó sobre sus dos pies inauguro su infelicidad metafísica"

Ernesto Sábato.

A Claudined Ruiz Castillo, por ser mi amor, mi gran ambición y representar la mujer quien me enseñó la belleza del querer, por su talento y brillantez, mi corazón es suyo como propio se me es su desfachatez. Por el pasado y por lo que falta por vivir, porque ella es mi pasión y no renunciare a su amor.

A Dayana Aguilar Max, la mujer con la sonrisa más hermosa que haya visto, por comprender las disimilitudes de mi espíritu y llenarme de cariño.

A Estefani Vanesa López, por compartir conmigo el beneficio del crecer, por brindarme los dotes de la bondad y la ternura que emana su alma.

A Fabián Forero Rojas por su integridad, su valor y su coraje; sincero es el aprecio que siento al saber que es mi gran amigo, mi compañero, el ejemplo de voluntad y tenacidad más honorable que he conocido, porque sin él no hubiese llegado tan lejos.

Con todo el cariño, este trabajo es de ustedes.

Agradecimientos

Siendo justos, al primero que debo agradecer es a mi abuelo, la persona a quien más he respetado, por brindarme su cariño en sus años de vida, por su sacrificio y su bondad. A mi abuela quien con su ternura me acoge humildemente, su templanza y dignidad representan lo más puro del calor humano; agradezco al amor de mis abuelos, son fuerza suficiente para no renunciar al sentimiento más puro que tengo hacia una mujer. Agradezco a mi padre la mitad de mi vida, un hombre quien con su sapiencia y profundo amor me formo, por darme la mejor infancia que un niño pudo tener. A mi madre le agradezco la otra mitad, su nobleza y voluntad han quedado en mi espíritu. Agradezco a mis amigos, compañeros leales que me han acompañado en los achaques del existir, ustedes son la razón por la cual yo sigo vivo. A mis profesores, quienes con su trabajo y dedicación me han hecho una persona culta y bondadosa, a los que me enseñaron que antes de ser profesional debo ser persona.

Agradezco a mi lindo tigre
por nunca perder la fe en mí.

Te quiero.

Agradezco especialmente a la vida, por darme una segunda oportunidad.

Tabla de contenido

| | |
|--|-----|
| Portada | I |
| Contraportada..... | II |
| Dedicatoria | III |
| Agradecimientos | IV |
| Resumen..... | 1 |
| Introducción | 2 |
| Descripción del Problema..... | 3 |
| Formulación del Problema..... | 4 |
| Justificación | 5 |
| Objetivo General..... | 6 |
| Objetivos Específicos | 6 |
| Estado del arte..... | 7 |
| Marco Teórico..... | 9 |
| Marco Normativo..... | 22 |
| Diseño Metodológico..... | 30 |
| Línea de Investigación | 30 |
| Instrumento | 31 |
| Población y Muestra | 31 |
| Propuesta..... | 31 |
| Resultados Esperados | 32 |
| Análisis e Interpretación de Resultados..... | 33 |
| Discusión de Resultados | 49 |
| Conclusiones..... | 53 |
| Referencias..... | 54 |

Lista de tablas

| | |
|-----------------------|----|
| <i>Tabla 1</i> | 33 |
| <i>Tabla 2</i> | 34 |
| <i>Tabla 3</i> | 36 |
| <i>Tabla 4</i> | 38 |
| <i>Tabla 5</i> | 40 |
| <i>Tabla 6</i> | 41 |
| <i>Tabla 7</i> | 42 |
| <i>Tabla 8</i> | 44 |
| <i>Tabla 9</i> | 45 |
| <i>Tabla 10</i> | 46 |
| <i>Tabla 11</i> | 47 |

Lista de anexos.

| | |
|---|------------|
| Anexo 1. Ejemplos de citas de las fortalezas macro-institucionales..... | 59 |
| Anexo 2. Ejemplos de citas de las fortalezas practicas-profesionales. | .60 |
| Anexo 3. Ejemplos de citas de las fortalezas individuales..... | 62 |
| Anexo 4. Ejemplos de citas de las dificultades macro-institucionales..... | 63 |
| Anexo 5. Ejemplos de citas de las dificultades prácticas-profesionales..... | 64 |
| Anexo 6. Ejemplos de citas de las dificultades individuales..... | 65 |
| Anexo 7. Rejilla de los documentos revisados..... | 65 |
| Anexo 8. . Rejilla, datos de las fortalezas y las dificultades macro-institucionales, practicas- profesionales e individuales..... | 66 |
| Anexo 9. título de los documentos analizados..... | 67 |
| Anexo 10. Rejilla, objetivos de los documentos analizados..... | 68 |
| Anexo 11. Rejilla, referencias de los documentos. | 69 |
| Anexo 12. Rejilla, fuente, tipo de producto investigativo, país y año..... | 70 |
| Anexo 13. Atlas ti, tabulación de los datos de la rejilla..... | 71 |
| Anexo 14. Atlas ti, creación de familias por categoría..... | 72 |
| Anexo 15. Atlas ti, documentos primarios, familias e integración de datos a las categorías..... | 73 |

Resumen

La revisión documental corresponde a los procesos de desmanicomialización comprendidos por tres elementos fundamentales, 1) la re inserción de pacientes a la sociedad, 2) el establecimiento de una red pública en atención de salud mental y 3) la descentralización del hospital psiquiátrico como única entidad prestadora de servicios de atención. **Objetivo:** Documentar cuál es el estado de los productos investigativos sobre desmanicomialización frente a las fortalezas y dificultades evidenciadas, en Latinoamérica y España. **Método:** se analizaron 38 documentos en 4 bases teóricas, además se crearon categorías para la organización de la información. La categoría *macro-institucional* hace referencia a la relación de los sistemas globales, tales como la política y sectorización. La categoría *práctica profesional*, refiere al trabajo realizado en campo por cada uno de los profesionales, la implementación de estrategias y ejecución de prácticas. Por último se encuentra la categoría *individual*, que representa aquellas valorizaciones individuales y/o subjetivas que obtienen las personas luego de ser partícipe de este proceso. **Conclusiones:** pese a la pobre documentación que tiene los procesos de desmanicomialización o desinstitucionalización psiquiátrica, se concluye que los países con mayor número de experiencias son Argentina y España, quienes han publicado sus documentos y han evocado de manera implícita las fortalezas que se deben mantener y resaltando las dificultades que se deben fortalecer, específicamente en inclusión y re inserción laboral, para desarrollar posteriores procesos.

Introducción

La atención en salud mental ha transitado en un ondulante camino, donde se han generado diferentes cambios epistemológicos y prácticos, que representan un proceso complejo, histórico y cultural. Por esta razón, son varios los argumentos que han cuestionado minuciosamente el papel de las instituciones psiquiátricas y sus procesos asistenciales frente al trastorno mental. Todo esto es generado por el dinámico desarrollo lingüístico y conceptual que ha tenido la locura y su papel en la sociedad y por consiguiente los tratamientos para la “locura” han mutado debido a las circunstancias de cada época y donde cada vez más evidencia una predominante necesidad de transformar el modelo anatomo-clinico (organicista) por un modelo biopsicosocial en atención asistencial en salud mental.

A causa de ello, en la segunda mitad del siglo XX, en Italia surge el movimiento “anti psiquiátrico” y con este se produce un proceso llamado desmanicomialización; este movimiento revolucionario dirigido por Franco Basaglia, tendría como principal objetivo la vinculación de los sectores sociales y comunitarios a la población de pacientes recluidos en el Manicomio de Trieste, generar una rehabilitación comunitaria e implementar la re-vinculación de estas personas a su comunidad, consecuentemente el manicomio dejó de funcionar como establecimiento de reclusión. Esta primera experiencia de desmanicomialización jugaría un papel sumamente impórtate ya que se convertiría en un ejemplo de tenacidad para los países latinoamericanos, principalmente Argentina, Brasil, Chile, Perú, México, Cuba y Uruguay; que inquietados por las mismas preocupaciones sobre la atención psiquiátrica y el bienestar de sus usuarios, pasivamente desarrollarían diferentes procesos de desmanicomialización.

Debido a esto, uno de los principales objetivos tras el surgimiento de la reforma en atención psiquiátrica en Latinoamérica producida por la declaración de Caracas, es lograr que estas personas vuelvan a pertenecer a los ámbitos sociales cotidianos y necesarios (principalmente la familia y la comunidad) haciéndolos protagonistas de su vida a pesar de su condición, a través del estableciendo de procesos psicosociales como la re integración, la participación activa y el discurso.

La revisión documental sobre el proceso de desmanicomialización esta sugerida principalmente por la crisis existente en atención en salud mental; por esto, se realizara un análisis documental sobre diferentes experiencias en Latinoamérica y España en estos procesos con sus respectivos efectos sociales y comunitarios, para desarrollar un panorama reflexivo y crítico sobre el desarrollo práctico de ellos en Colombia; debido a la expectativa generada por el surgimiento de la Ley Nacional De Salud Mental.

Por otro lado, a pesar del auge que está teniendo el modelo social-comunitario en el tema de salud mental, las instituciones psiquiátricas en su mayoría, siguen conservando un paradigma “manicomial” donde la internación crónica dificulta el proceso de rehabilitación e integración social. Es por esto que se deben sugerir diferentes investigaciones sobre los efectos de la desmanicomialización, la vulneración de los derechos a los usuarios de las instituciones psiquiátricas y resaltar la importancia social que tendrá las diferentes estrategias comunitarias en salud mental en los próximos años.

En efecto, la atención en salud mental está tomando nuevos horizontes teóricos y prácticos, cada vez más se recalca la importancia de un cambio de modelo (biologicista) a un modelo biopsicosocial, donde se vincula a la comunidad en el proceso de rehabilitación y re-inserción de los pacientes de instituciones psiquiátricas. La humanización de las prácticas en rehabilitación, dará cuenta del grave error ético y moral que se cometió en la asistencia de la “locura” durante toda la historia; brindando un panorama esperanzador y de progreso social, donde se logre desdibujar al “enfermo” y recluso por una persona con libertades y derechos.

Descripción de la problemática

Frente a la creciente aparición de trastornos mentales en la sociedad contemporánea, con tendencia en los países en desarrollo, la salud mental está atravesando por una crisis asistencial debido a la poca efectividad que ha tenido la rehabilitación centralizada del trastorno mental en entidades manicomiales. Este tipo de modelo asistencial se ha quedado corto frente a las necesidades de la población, ya que se han convertido en instituciones de reclusión, donde la rehabilitación juega un segundo plano, siendo subordinada por la exclusión y contención de las personas con padecimientos mentales.

Por ello, se han generado diversos cambios políticos y argumentativos donde se expresa la relevancia que tiene la participación comunitaria en el tratamiento de personas con padecimientos mentales; gracias a ello, los servicios comunitarios ofrecen una solución integral frente al tratamiento del trastorno. Los servicios comunitarios, permiten desarrollar procesos psicosociales como la re-integración y el empoderamiento, trabajando desde sus cuatro pilares, la prevención del trastorno mental, la promoción del bienestar psicológico, la recuperación del trastorno y la rehabilitación de éste. Estos emblemas están contenidos en los procesos de desmanicomialización, que pretenden establecer un sistema de atención en salud mental integro, donde se rescaten los derechos de las personas con padecimiento mental y se vinculen diferentes sectores comunitarios a favor de la inclusión y el bienestar de estas personas.

Por esta razón, es importante analizar los procesos de desmanicomialización en Latinoamérica y España, junto con sus fortalezas y debilidades en la implementación de este proceso, esto permite visualizar que tan viable es este fenómeno en la región, conociendo aquellos atributos positivos que ofrece y examinando aquellas debilidades que surgen en los procesos concernientes a la desmanicomialización. Esto dará solución a la pregunta de ¿realmente puede representar un modelo que dé respuesta de manera más efectiva a las necesidades de la población en asistencia en salud mental? O por el contrario ¿es un proceso que dificulta la atención de personas con padecimientos mentales?

Formulación del problema

Los procesos de desmanicomialización son estudiados por sus experiencias, por ello es relevante realizar un análisis que compite las fortalezas y las dificultades que se presentan en la implementación y ejecución de este proceso. Lo anterior permite desarrollar una reflexión frente a la efectividad que tiene este fenómeno, si realmente brinda una solución a la crisis en atención de salud mental ya planteada, o si por el contrario se deben establecer otro tipo de soluciones. También nos brinda la base para visualizar un panorama positivo o negativo, de acuerdo a los resultados, en torno a la viabilidad que tiene este proceso en Colombia. Por estar razón, la pregunta de investigación es:

¿Cuál es el estado de los productos investigativos sobre desmanicomialización frente a las fortalezas y dificultades en Latinoamérica y España?

Justificación

El análisis documental surge tras el interés personal del autor sobre la salud mental comunitaria y sobre todo, los procesos de rehabilitación a personas residentes de las instituciones psiquiátricas. Es oportuno recalcar que la principal motivación y aptitud para el desarrollo del documento, es la valoración del ser humano como animal político; es decir razonable, con un conjunto de principios, conceptos y valores que le permiten transformar su entorno, buscando su bienestar individual y comunitario. A raíz de esto, los organismos manicomiales han conservado a través de los años, ser una institución hegemónica, opresora del pensamiento y de los derechos de los seres humanos.

El manicomio históricamente se ha convertido en establecimiento ajeno a la libertad, al albedrío, a la naturaleza dialéctica del hombre. Personalmente el documento, su desarrollo y su tesis están dirigidos por un compromiso personal de luchar contra toda injusticia; especialmente la injusticia social.

La disciplina científica de la psicología permite tener diferentes perspectivas sobre los fenómenos sociales, brinda la capacidad de ofrecer soluciones coherentes a estos problemas con límites claros. De acuerdo a esto, la psicología es una ciencia que hace parte a un conjunto de disciplinas que se desarrollan en los ámbitos profesionales de la salud mental; los paradigmas multidisciplinario y transdisciplinario, permiten que cada una de ellas trabajen a favor de la promoción del bienestar psicológico, de concebir interrogantes sobre los procesos utilizados, y generar diferentes estrategias (teóricas y prácticas) que permitan dar solución a las diferentes problemáticas existentes.

Y por ello, se debe resaltar la importancia del análisis, ya que permite establecer perspectivas a través de diferentes argumentos, que irán esbozando una reflexión crítica sobre el rol de la institución psiquiátrica y sus estrategias asistenciales en salud mental comunitaria.

De acuerdo a esto, los elementos comunitarios se unen a la filosofía social “del servir” que manifiesta la universidad, a través de la comparación de diferentes procesos de desmanicomialización en Latinoamérica y España; donde la ciencia deja sus estatus cartesiano y se une con/ para la comunidad, construyendo desde la academia; progreso social.

Se debe distinguir que la literatura nacional existente sobre procesos y análisis de la desmanicomialización es escasa, lo que también representa otro de los elementos que notan la relevancia del análisis, debido a que generará una nueva concepción sobre este proceso en un país en prominente desarrollo social. Donde se tomaran fundamentos de experiencias en otros países de condiciones sociales, económicas y culturales similares a Colombia, que se vincularan a la generación de perspectivas y discursos sobre este fenómeno en el país.

Objetivo General

Documentar cuál es el estado de los productos investigativos sobre desmanicomialización frente a las fortalezas y dificultades evidenciadas, en Latinoamérica y España.

Objetivos Específicos

- Encontrar productos investigativos que refieran las fortalezas y dificultades, en los procesos de desmanicomialización en Latinoamérica y España
- Organizar la información recolectada de los productos investigativos mediante la clasificación cuantitativa y cualitativa.
- Analizar los hallazgos documentados sobre las fortalezas y dificultades de los procesos de desmanicomialización, a la luz de la teoría referente al tema.

Estado del arte

Cuando se habla sobre procesos de desmanicomialización se deben mencionar los aportes investigativos de Tykanori Kinoshita, profesor de la universidad Federal de Sao Paulo, sus aportes corresponden principalmente a reflexiones sobre el hospital psiquiátrico y la ineficiencia que tiene este en el proceso de reestructuración de la práctica psiquiátrica.

Siguiendo con esto, cuando se habla del proceso de desmanicomialización en Latinoamérica, se debe mencionar a Hugo Cohen, director de uno de los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica más representativo que se haya tenido en la América, el desarrollado en Rio Negro, provincia Argentina. También se resalta los argumentos teóricos que ha desarrollado, donde expone, como se debe diseñar y ejecutar la red de servicios en la comunidad, la descripción de la experiencia de Rio Negro y los requisitos de las políticas frente a la atención en salud mental. También se debe resaltar los aportes del chileno Alberto Minoletti, investigador y catedrático que ofrece una perspectiva de cambio, mediante la reformas de salud mental en la región latinoamericana.

Recalca la importancia de la reorientación de los servicios sanitarios, dirigidos a una atención comunitaria. Junto con Ana María Calderón desarrollan un capítulo del libro *La reforma de los servicios de salud mental*, donde exponen el impacto que ha tenido la reforma psiquiátrica en los procesos de desmanicomialización en Brasil, Cuba y Chile, recalcando los avances de la implementación de este proceso en la región.

Lo anterior corresponde a las generalidades en el análisis de las fortalezas y dificultades en este proceso. Específicamente, en el libro *La reforma de los servicios de salud mental*, mencionado anteriormente, hay un capítulo denominado Salud mental en atención primaria en América Latina: avances y obstáculos en los últimos 15 años, escrito por Guillermo Barrientos. Aquí se resalta el desarrollado de las estrategias comunitarias en la atención en salud mental en los últimos años. Se describen las dificultades de la implementación de este proceso, junto con los logros obtenidos, su análisis permite conocer que son mucho más los logros obtenidos que las dificultades presentadas.

En España, también podemos encontrar argumentos específicos que hablen sobre las fortalezas y las dificultades que tienen el proceso de desinstitucionalización y la práctica comunitaria en salud mental. En el documento denominado *Jornada sobre modelos y estrategias en salud mental*, existe todo un capítulo escrito por Manuel Desviat, denominados; Éxitos y fracasos: en torno a las experiencias. Aquí se documenta, que las principales debilidades en la experiencias parten de la poca importancia que la comunidad le da a la salud mental, generando serias dificultades de participación.

En Colombia, se debe indicar el vacío teórico que existe referente a la investigación y publicación de procesos de desmanicomialización. De los documentos analizados en esta investigación, se encontraron cinco. Siendo uno de los países con ley de salud mental y con falencias investigativas sobre la desinstitucionalización psiquiátrica. Se toma como referencia, la investigación, Institución psiquiátrica en Colombia en el año 2025. Aquí se expone la dificultad que tendrá la implementación de la desmanicomialización en el contexto Colombiano.

De acuerdo a lo anterior, los artículos abordados en esta investigación, abordan las fortalezas y dificultades de la implementación de estos procesos de manera implícita, es decir, en el desarrollo de sus documentos se aborda tímidamente estos elementos. Cabe distinguir la relevancia que tendrá las posteriores investigaciones realizadas sobre este proceso, específicamente en Colombia para cubrir el preocupante vacío teórico, donde se debe comenzar a evaluar estos procesos para tener una mirada en términos de vialidad, que es donde se espera que esta investigación contribuya, siendo pionera en el análisis de las fortalezas y dificultades de la desmanicomialización en América Latina y España.

También se debe especificar, que la psicología debe jugar un papel más importante en argumentación de estos procesos. Desde la perspectiva de los procesos psicosociales como los argumentos prácticos de la psicología clínica en la comunidad. La psicología actúa directamente en la desinstitucionalización psiquiátrica, pertenece a las disciplinas profesionales implicadas en la atención en salud mental y por esta razón, debe generar un sentido de pertenencia, que es hasta el día de hoy ha sido muy tímido.

Marco teórico

Durante un tiempo considerable se ha plateado la problemática de la atención asilar en instituciones psiquiátricas, antes conocidas como manicomios. De hecho, parece que este tipo de intervención manicomial está pasando por vías de superación en algunos países, donde se ha propuesto la protección de los derechos de personas con algún tipo de padecimiento mental.

Este panorama fue posible gracias a la vinculación directa y necesaria de las ciencias sociales en la atención psiquiátrica y sus reformas, donde se comprendió que la rehabilitación asilar dificultaba la re inserción social y desprendía los lazos familiares de los pacientes. Como lo menciona Barone y Herranz (2010) *“El foco no estaría en tratar al individuo con su síntoma o patología individual, sino desencadenar procesos que apunten a la reconstrucción de la vida de las personas, en la base de la re-inserción social”* (p.3).

De acuerdo a ello, se debe mencionar que la atención integral en salud mental dejaría a un lado el modelo anatomo-clínico, que hace referencia a las anomalías biológicas como causantes y mantenedores del trastorno mental, y se llegaría a desarrollar un modelo bio-psico-social, donde se considera la aparición del trastorno mental no solo a las anomalías biológicas sino que también se integrarían las dificultades sociales, emocionales y subjetivas que tiene la persona; es decir, se desarrolló un modelo que aborda las diferentes dimensiones cotidianas en las que interactúan los individuos y cada una de ellas (biológica, psicológica y social) es complementaria y conforman el desarrollo natural o anormal de la salud mental de cada persona.

Dicho lo anterior, el desarrollo de las prácticas asistenciales en salud mental ha tenido diferentes cambios, donde cada vez más se recalca la humanización de estas prácticas y la protección los derechos fundamentales. Pero todo lo anterior, se desarrollaría bajo un proceso dinámico y que es la base de análisis de este estudio, se alude al proceso de desmanicomialización.

Siguiendo con esto, el proceso de desmanicomialización suele ser mal interpretado, y es lógico porque no existe una definición específica de lo que es, debido a que es un concepto que surge de acuerdo a cada experiencia y cada discurso dominante referente a la atención psiquiátrica. Como se evidencia en la siguiente cita “*El concepto de desmanicomialización no es unívoco sino que, dependiendo de la posición de los agentes e instituciones en el campo y de los intereses puestos en juego, esta noción adquiere diferentes sentidos, que generan diferentes discursos*” (Barone y Herranz, 2010, p.1).

De acuerdo a esto, a pesar de que no existe un concepto hegemónico sobre la desmanicomialización, existen características y patrones que hacen comprender a las experiencias e iniciativas como parte de este proceso, y quizás la característica más importante es, como menciona Bianchi (2011) “*cuando hablamos de desmanicomialización es que no debe haber una persona que por tener un padecimiento o una enfermedad tenga que perder el papel de sus derechos ciudadanos, su libre albedrío, su inclusión social*” (p. 14).

Es decir, que cuando hablamos de desmanicomialización nos referimos a la humanización de las prácticas en salud mental, la vinculación comunitaria a la rehabilitación de la persona, y la recuperación de su papel como agente activo de su comunidad y portador de derechos.

Para continuar, es importante aclarar de manera oportuna que la desmanicomialización se refiere al mismo proceso de desinstitucionalización psiquiátrica, a pesar de tener diferentes nombres, se alude a la misma ideología y contienen los mismos principios y metas. Por ello, cuando se mencione a la desinstitucionalización psiquiátrica en este documento, ha de entenderse al mismo concepto de desmanicomialización.

Como se mencionaba anteriormente, la desinstitucionalización psiquiátrica suele ser mal interpretada, ya que su contenido lingüístico se lía a la desaparición de las instituciones mentales, y esto ha sido cuna de múltiples malentendidos disciplinarios, pero a pesar de que este proceso tiene su origen en la anti psiquiatría, éste no enraizaría algunas de sus ideologías más radicales, tales como, acabar con la psiquiatría y negar la existencia del trastorno mental.

Por el contrario se debe comprender que la desinstitucionalización no significa cerrar hospitales psiquiátricos, ni mucho menos la movilización de los alienados a lugares ambulatorios con las mismas características autoritarias (Evaristo, 2000).

Sobre las consideraciones anteriores, se debe resaltar las virtudes de la desinstitucionalización psiquiátrica, debido a que representa un sistema íntegro de las diferentes disciplinas profesionales en salud mental y la vinculación social/comunitaria de cada una de ellas; sin dar margen al desprestigio y a la centralización, engloba y estudia los elementos positivos respecto a la rehabilitación de personas con trastornos mentales.

Con referencia en lo anterior, se evidencia claramente la importancia de comprender la desmanicomialización como un sistema íntegro que busca renovar las prácticas asistenciales en salud mental mediante la conjunción de disciplinas científicas y los agentes comunitarios, promoviendo la inclusión y focalizando la atención en la comunidad. No se debe juzgar la desmanicomialización solo por la carga de su nombre, sino que debe juzgarse por los resultados de las experiencias desarrolladas en este proceso, por los factores comprometidos en el éxito o el fracaso de sus objetivos, y todos los efectos sociales que éste genera.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, la desinstitucionalización psiquiátrica ha de contener elementos que guían su desarrollo y que comprometen su línea de acción, integrando sus fundamentos y limitando sus riesgos.

Como lo menciona Domémenech, Tijrado, Traveset, Vitores (2015)

En general la definición de desinstitucionalización recoge tres procesos básicos: el despoblamiento de los hospitales psiquiátricos, la desviación de admisiones institucionales hacia servicios basados en la comunidad y, por último, la descentralización que implica que múltiples entidades o servicios se responsabilicen de un mismo paciente. (p. 24).

Dicho esto, se debe indicar que las instituciones psiquiátricas (manicomios) como única entidad prestadora de la asistencia de la salud mental, han asilado una amplia gama poblacional, donde en la mayoría de los casos ha existido una brecha de ineficacia y baja calidad de las funciones institucionales, por la cantidad de pacientes que presenta. Como ejemplo histórico de lo anterior,

Medina (1990) narra

que por 1890, continuando esta tendencia, la población interna la constituían algunos centenares de pacientes, en su mayoría crónicos, sobreviviendo en un grado tal de hacinamiento que, a manera de ejempló prototípico, en una habitación de 3x4 metros dormían 17 enfermos, sin camas y solo con un poco de paja colocada encima del asfalto (p.8)

Lo preocupante de ello, es que como este, no es difícil encontrar ejemplos similares pero recientes, tales como los manicomios en Indonesia y Asia menor; lugares donde la dignidad fue remplazada por la insuficiencia de estrategias, mecanismos y métodos que faciliten la atención a personas con trastorno mental.

Cabe agregar, que la ineficacia de la atención asistencial en salud mental, se debe por la tendencia de incremento de aparición de trastornos mentales en la población, hasta el punto de convertirse en uno de los grandes problemas sanitarios.

Como se menciona a continuación, *“las enfermedades mentales han llegado a ser, junto a los accidentes y las enfermedades no transmisibles, uno de los grandes desafíos sanitarios del siglo XXI”* (Minoletti & Calderón, 2007, p.68)

En efecto, la consideración hecha por Alberto Minoletti y Ana María Calderón hace notar, que la atención producida en manicomios, presenta múltiples vacíos, transformándose en barreras de acceso. Ante la situación plateada exhiben que *“el modelo tradicional en hospitales psiquiátricos y en los servicios de psiquiatría de hospitales generales, no ha sido capaz de responder adecuadamente a las necesidades de salud mental de la población en términos de accesibilidad y calidad”* (Minoletti & Calderón, 2007, p.71).

Según se ha citado, la calidad es entendida como la eficacia de los servicios y las estrategias a los que se tienen acceso. Es decir, que la accesibilidad significa aquella forma en que estos servicios interactúan y se acercan a la comunidad (Garbus, 2010)

Simplificando, la institución mental posee grandes limitaciones en términos de accesibilidad, ya que es una entidad centralizadora, que desarrolla sus funciones puertas hacia adentro y no está preparada para manejar el índice poblacional que requieran los servicios de salud mental. Después de las consideraciones anteriores, para el desarrollo y la comprensión de las falencias institucionales, se debe conceptualizar la institución y el proceso de institucionalización psiquiátrica; esto permitirá comprender el estudio desde una perspectiva global, abarcando aquellos argumentos que son valiosamente criticados por el objeto de estudio (desmanicomialización) y entender por qué son analizados.

Se debe indicar, que el estudio de la institución como sistema dentro de la práctica social, ha sido estudiado durante largo tiempo por múltiples disciplinas científicas, se debe resaltar las posiciones sociológicas y sus fundamentos culturales, la filosofía desde los análisis críticos de Foucault y Goffman, y la psicología desde el análisis comportamental causado por la institución y sus fenómenos.

Desde las condiciones que anteceden la gran influencia académica que exige el estudio de la institución y sus complementos, se comprende la institución como aquella palabra que se utiliza para designar diferentes establecimientos donde se ofrecen servicios que modifican a las personas y a sus interacciones. (Domenech et al. 2015)

Siguiendo con esto, se debe evidenciar que la institución como establecimiento engloba varios procesos complejos y necesarios de observación, procesos donde los usuarios de aquellos establecimientos se encuentran inmiscuidos por la gran cantidad de interacciones que la institución genera.

Hecha la observación anterior, no se puede pensar la institucionalización, en el acoplamiento que tiene una persona en una estructura o establecimiento específico. Sino a un modelo de representaciones hegemónicas que reproducen la dinámica de poder que dificultan la participación directa de las personas. (Lourau como se citó en Contino, 2010)

Es decir, que el proceso de institucionalización dificulta la participación activa del usuario respecto a los mecanismos utilizados en la institución, además, generan una dinámica asimétrica donde el profesional adquiere total autoridad para controlar y manipular los servicios que se lleven a cabo, otorgando un papel pasivo a las personas que recurren a la institución y sus servicios.

En efecto, Domenech et al. (2015) indica que *“cuando se habla de institucionalización se entiende como el proceso por el cual las reglas se convierten en pautas tipificadas y estables”* (p.20) Y sobre todo cuando se interactúa con instituciones de dinámicas autoritarias que establecen de manera natural la pasividad de las personas implicadas. Es evidente entonces, que el manicomio representa a nivel cultural una institución centralizadora, donde los pacientes se relacionan dentro de las consideraciones profesionales y las reglas hospitalarias, que los transforman en piezas inertes de un gran puzzle que es la atención en salud mental.

Por esta razón, Domenech et al (2015) menciona que *“los individuos permanecen completamente apartados de la sociedad y comparten una serie de rutinas diarias administrativas formalmente”*.

Es a esto a lo que se conoce como institución total, es decir, aquella institución donde los pacientes o usuarios pierden el control de sus acciones por las reglas y pautas categorizadas en el lugar.

En este mismo sentido, Contino (2010) expresa que *“en la institucionalización puede observarse un proceso de producción de dependencia del paciente a la institución, acelerando la pérdida de los lazos comunitarios, familiares, sociales y conduciendo a la codificación y al hospitalismo”*. (P.3) Por estos factores, es común encontrar analogías entre la institucionalización y la colonización, ya que comparten elementos similares, tales como la imposición de reglas, el cambio comportamental que deben presentar y el gran impacto social que genera las interacciones personales y la institución. Como lo menciona Balzano (2008) *“Un residente colonizado es aquel que ha perdido los hábitos normativos del mundo de afuera; descuida su higiene, olvida las normas de convivencia, transgrede las pautas sociales, de alguna manera se deshumaniza”* (p.7)

Transformándose en el elemento más criticado y decidido a cambiar por parte de la desinstitucionalización psiquiátrica.

Ante la situación planteada, se debe realizar la conceptualización del manicomio y como esta institución desarrollo tantos inconvenientes asistenciales a las personas con trastornos mentales. Para ello, se debe abarcar la locura y su papel cultural, este documento no esbozará todo su contenido histórico, pero si trabajara algunas cuestiones necesarias para entender el surgimiento del manicomio como institución total.

Resulta oportuno resaltar, que el trastorno mental es considerado por la mayoría de culturas como una conducta anormal, como una conducta fuera de la norma que debe ser castigada y/o eliminada. Debido a que las personas portadores de trastorno mental han representado la putrefacción moral, lo errático, lo irracional desde su surgimiento como ser social. Hecha la consideración anterior, la locura ha llamado la atención de muchas doctrinas, siempre ha estado ligada a diferentes explicaciones derivadas de concepciones del mundo; por ello, no sería extraño encontrar explicaciones místicas, filosóficas, religiosas y poéticas sobre ella.

Cada discurso dominante sobre el trastorno mental en cualquier doctrina, va implementando dinámicas de relación que se transmiten culturalmente. De acuerdo a lo anterior, resulta oportuno ejemplificar, que para la religión católica la “locura” estaba directamente relacionado con alusiones demoniacas, una persona “loca” era considerada ajena al reino de Dios, era una persona depravada alejada de toda virtud y por lo tanto merecía el castigo terrenal y divino. Por otro lado, las culturas musulmanas consideraban que una persona “loca” era digna de todo cuidado, una persona con condiciones mentales anormales, merecía toda la atención posible, pues de alguna manera estaba más cerca a Dios.

Como lo menciona Galende (2008)

la cultura islámica los protegía considerando que las personas que habían sido desgraciadas en la vida terrenal, debían recibir una compensación, un cuidado especial que les permitiera de algún modo acceder a los bienes divinos en condición de mayor igualdad con sus semejantes. (P.399).

Hecha la observación anterior, se debe indicar que en los últimos dos siglos, la perspectiva de la locura ha tenido un cambio considerable. Esto se genera debido al surgimiento de la psiquiatría como disciplina científica, gracias a los trabajos de Esquirol, quien estudio los comportamientos anormales y los clasifico desde una concepción médica, produciendo la clasificación de los síntomas, la semiología que abriría paso a la concepción de “enfermedad mental”.

En el marco de la observación anterior, se debe indicar claramente la diferencia entre locura y enfermedad mental, puesto que su comprensión ayudara al entendimiento de los posteriores argumentos que se trabajaran.

Para esto, Ríos (2008) expone que

La diferencia entre enfermedad mental y locura. La primera es un criterio clínico para ubicar un sujeto en una entidad nosológica, mientras que la segunda tiene que ver con los referentes usados por cada cultura para aislar a quienes asumen como poseedores de una naturaleza anormal. (p.82).

Es decir, que la locura se categoriza como las concepciones culturales que tienen las comunidades frente a la naturaleza anormal de las personas con trastorno mental, la “locura” es un concepto cultural transmitido a través de los sistemas sociales dominantes. Estos sistemas de dominios y representaciones sociales se categorizan como discursos (Barone & Herranz, 2010).

Por lo anterior, cabe especificar que a mediados del siglo XVIII, en Francia, comenzaron a crearse establecimientos de reclusión de las personas anormales, debido a que eran un problema estético y moral para la sociedad europea de este siglo. Estos lugares establecieron dinámicas de reclusión de “la excoria social” debido a que su objetivo no era la rehabilitación sino la contención de lo errático. En este orden de ideas se puede citar

Galende (2008)

El hospital general, esta red de establecimientos que se crea fundamentalmente en toda Francia a mitad del siglo XVIII, es una institución básicamente de represión y alojamiento, se recluía allí a las personas que por alguna razón provocaban desorden o suciedad en la vida social: prostitutas, epilépticos, discapacitados mentales, locos, homosexuales... era una población absolutamente heterogénea.
(p.400)

Por esta razón, el establecimiento de estos lugares de represión fue transmitiendo culturalmente que el anormal debía ser castigado, el alienado debía ser recluido en una institución como esta. Fueron excluidos de la comunidad debido a que eran una amenaza para la moral, la religión, para el pensamiento moderno (Garbus, 2010). Y la sociedad lo entendió muy bien.

De esta manera, estos establecimientos fueron propagándose por diversos lugares, principalmente Europa Occidental, y como se mencionaba anteriormente, el auge de la psiquiatría como disciplina científica incremento la multiplicación de estos lugares. Estos, ya no se consideraban asilos (financiados por beneficencia) sino que se empezaron a llamar como hospitales Nueropsiquiátrico. En este orden de ideas, se puede citar a

Galende (2008) que menciona que

El nombre de manicomio se lo debemos a Esquirol, que es un poco el padre de la psiquiatría moderna. Esquirol consideraba que casi la totalidad de los trastornos mentales eran formas de manía: de allí viene manicomio, el lugar donde se aloja la manía. (p.400).

Dadas las condiciones que anteceden, la sociedad Europea comprendió que existían lugares donde se trabajaba con “locos”, entendió muy bien que estos establecimientos eran un bote de basura de personas, que los “locos” debían ser tratados por “loqueros” quienes dirigían estas instituciones, y a la psiquiatría le favoreció este fenómeno pues tenía su objeto de estudio (pacientes) bajo su discurso institucional.

En efecto, “*así nació el loco como personaje social, merecedor desde entonces de la reclusión, desde el momento en que se convirtió en objeto de estudio de la psiquiatría*” (Garbus, 2007, p.313) Desde su inicio, desde sus primeros pasos como agente social, el “loco” estaba condenado a su infelicidad metafísica, al sufrimiento social, a una de las manifestaciones de opresión más grandes que se hayan vivido.

Por lo anterior, se debe comprender el papel generado por la institución mental, puesto que “*el manicomio aparece como un establecimiento aislado, estigmatizador y marginador, que fomenta la masificación de los pacientes a partir de una atención indiferenciada a problemas muy diversos*” (Domenech et al. 2015, p. 25). Es decir, que se debe concebir que la institución mental haya contribuido mediante la transmisión sus prácticas, implícitamente en la generación de estigma social, estigma social frente al trastorno mental.

Hecha la observación anterior, se debe resaltar el concepto de estigma y todos sus elementos sociales que este genera. Esto permitirá ampliar la perspectiva cultural de la concepción de “loco” y evidenciar porque se les es tan difícil establecerse en la sociedad. Evidentemente, cuando se englobe el término estigma relacionado con el trastorno mental, debe resaltarse los argumentos desarrollados por Goffman, quien en *Estigma; la identidad deteriorada*, trabaja de manera exhaustiva todo su contenido psicológico y social.

En efecto, Mascayano, Lips, Mena, Manchego (2009) citan que “*se define el estigma como los atributos de un individuo que le generan profundo descrédito y desvaloración social* (p.54) por lo anterior, debe entenderse que el estigma son aquellas características negativas culturalmente de un individuo que le afectan para el establecimiento de relaciones e inciden directamente en la desvaloración de su estatus social.

Siguiendo con esta línea, la teoría del etiquetamiento explica la estigmatización que recibe el trastorno mental y su portador, según esto, el lenguaje es el medio por el cual se aprenden aquellas creencias que se denominan rótulos, e inciden en la clasificación y la discriminación mediante el rechazo de estas personas (Link. Como se citó en Mascayano et al. 2015).

Considerando lo anterior, se debe tener en cuenta que el estigma engloba varios elementos a considerar, ellos son el estereotipo, el prejuicio y la discriminación. Cada uno de ellos corresponde a un nivel diferente de estigmatización. El estereotipo puede entenderse como aquellas concepciones que se adquieren culturalmente frente al trastorno mental (rasgo cognitivo), el prejuicio se comprende como aquellas emociones que hacen reaccionar a una persona de manera negativa frente a las personas con trastorno mental (rasgo emocional), y por último la discriminación comprende aquellas comportamientos de rechazo frente a las personas con trastorno mental (rasgo conductual), (Muñoz, 2009).

Según se ha citado, el hospital nueropsiquiátrico ha sido uno de los pilares en la generación del estigma, por su contexto histórico, por sus prácticas basadas en la reclusión y el castigo. Por esta razón, la manifestación habitual de la sociedad frente al trastorno mental y a sus portadores es de rechazo, el trastorno mental por culpa del manicomio es considerado socialmente como peligroso (Mascayano et al. 2015). De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, se deben plantear algunos interrogantes que se irán trabajando en el desarrollo del artículo. ¿Cómo se puede mejorar la atención de la salud mental? ¿Existen estrategias que sean eficaces? Para responder de manera oportuna a estos interrogantes, se conceptualizara aquellas estrategias implicadas en el proceso de desmanicomialización y cómo influyen directamente en la atención de salud mental de la comunidad.

Siguiendo a lo anterior, se debe mencionar la importancia de las reformas en atención psiquiátrica (Declaración de Caracas y la reforma psiquiátrica generada por la OMS), donde se expone de manera regular que la atención prestada debe ser integral y de fácil accesibilidad, la protección de los derechos humanos y la rehabilitación como objetivo principal de la atención en salud mental. Lo anterior se menciona, debido a que la formalización de estas prácticas permitió el establecimiento de procesos de desmanicomialización, frente a la posición centralizadora ejercida por el hospital psiquiátrico en América Latina. Por esta razón, se debe indicar que los procesos de desmanicomialización se basan en una es un sistema basado en la triada (usuario- familia- comunidad) donde se deja a un lado el esquema asistencial que ofrece la institución mental de (usuario-hospital).

En efecto, este nuevo modelo atencional permite generosamente la vinculación de diferentes estrategias, que no solo están direccionadas al paciente, sino que la integración de sus vínculos sociales, como familia y comunidad, permite trabajar dimensiones psicosociales que estén afectando la salud mental; permite la vinculación entre la atención en salud y la comunidad, su cotidianidad.

Como se mencionaba al inicio del documento, la desmanicomialización es un sistema que comprende múltiples estrategias y mecanismos basados en la vinculación social; pero su primer paso corresponde a la búsqueda de vínculos ajenos a la vida institucional y la vinculación familiar de personas que han permanecido bastante tiempo encerradas. Pues la re vinculación del ex interno con su familia o sus allegados permitirá establecer las condiciones y los requisitos necesarios, que necesita este para salir (principalmente de cuidado y atención).

Por esto, como lo indica Balzano (2008) *“la integración a la vida comunitaria se hace imposible sin un previo programa de rehabilitación pensado para cada individuo”* (p.10). Por esta razón, la vinculación con los lazos familiares es el primer paso para la desmanicomialización, puesto que corresponde al análisis de caso entre profesionales y familiares, y las medidas necesarias que se deben tomar para su cuidado y rehabilitación.

Siguiendo con lo dicho anteriormente, la estrategia management representa otra de las fortalezas en los mecanismos de desmanicomialización. Además el programa de management está constituido por tres modelos, que constituyen una estrategia que engloba directamente aquellos factores comunitarios que debe tener la persona externalizada. 1) Atañe al cuidado personal que se menciona en la cita anterior. 2) corresponde a un modelo de servicios comunitarios, que busca la integración de la persona externalizada en grupos comunitarios de toda índole. 3) Refiere al case management clínico, que es el seguimiento profesional en psicología a la persona externalizada mediante la continuación terapia psicológica y psiquiátrica (Fernández y García, 1990).

Siguiendo con ello, otra de los dispositivos en la red de servicios de salud mental ha de referirse al hospital día. Quizás es una de las estrategias más conocidas en desmanicomialización, puesto que ideológicamente es opuesto al hospital neuropsiquiátrico y desarrolla las actividades que este realizaba de manera más efectiva y sin dar paso a la reclusión y la internación crónica.

Como lo menciona el Ministerio De Sanidad Español (2009)

Son dispositivos asistenciales de salud mental, configurados como recursos intermedios entre las unidades de salud mental comunitaria y las unidades de hospitalización de salud mental. Prestan una atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia. (p.4)

De acuerdo a lo anterior, también se debe mencionar los servicios de psiquiatría en hospitales generales. Los hospitales generales deben desarrollar los servicios de hospitalización de urgencias y contención a personas que estén pasando por una crisis concebida por su condición mental, esta hospitalización debe realizarse en un periodo corto. Como lo menciona Larrobla (2007) “internaciones de corta estadía y vinculación con otras especialidades a través de interconsultas y emergencia, tienen un empuje de desarrollo en el continente desde hace algunas décadas” (p.126). Cabe agregar, la necesidad de la vinculación de la salud mental bajo la atención primaria en salud mediante la creación de políticas públicas. Esta relación representa la vinculación directa de la atención en salud mental bajo un modelo atencional descentralizado.

Lo anterior, permite por obligación paradigmática que las disciplinas científicas se vinculen hacia trabajos mancomunados con la población y su cotidianidad. La APS tiene como objetivo, desarrollar intervenciones frente a la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación del trastorno mental.

Como lo sustenta Rodríguez y Rubiano (2016)

La implementación de la estrategia de APS resulta en una reducción de la brecha entre la prevalencia de trastornos mentales y el número de usuarios que recibe atención y, a su vez, en la reducción de la carga que generan los trastornos mentales para las personas afectadas, sus familias y la sociedad en general. Esta Ley plantea, que el acceso a los servicios de salud mental debe ser una realidad para los usuarios, y a su vez debe favorecer el rol de la familia y la comunidad en los procesos de atención y rehabilitación. (p.6).

Frente a las consideraciones hechas, se debe indicar que en este apartado se conceptualizaron algunas de las estrategias utilizadas en los procesos de desmanicomialización, se definieron las más importantes debido a que cada proceso de desmanicomialización utiliza la red de servicios de atención en salud mental de acuerdo a las necesidades de cada comunidad y población; los hospitales día, la integración a la atención primaria en salud, el case management y la re vinculación familiar son las practicas más utilizadas en el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica.

Marco Normativo

A continuación se describirá el marco legal que compete la desinstitucionalización psiquiátrica. Debido a que este estudio corresponde a un análisis latinoamericano, las siguientes leyes corresponden a los países comprendidos en este documento; para que esto se realice sistemáticamente, se mencionaran los países implicados, y a continuación se expondrá las diferentes leyes que le atañen. Además se expondrá la reforma psiquiátrica frente a los servicios de salud mental, que vale la pena resaltar, pues dibujaron un panorama para la creación de políticas públicas frente a la atención en salud mental y la protección de los derechos humanos para las personas con algún padecimiento mental.

Declaraciones internacionales

OMS (Promoción y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales) Corresponde a un comunicado oficial de la Organización Mundial De La Salud, donde se insta a los gobiernos a tomar medidas frente a la creación de políticas de salud mental, mejorar el acceso a la atención y el tratamiento de buena calidad,

proteger a la persona contra todo tratamiento inhumano y degradante, implicar a los usuarios y sus familias, cambiar actitudes y tomar conciencia.

Declaración de Caracas (14 de febrero de 1990, reestructuración de la atención psiquiátrica) En la conferencia sobre la reestructuración psiquiátrica, realizada en Venezuela, los organismos, entidades y profesionales relacionados en la atención en salud mental de toda la región Latina afirman que, el hospital psiquiátrico como única entidad asistencial, dificulta la accesibilidad a la atención y obstaculiza la aplicación de lo pactado debido a que, asilar a un enfermo de su medio genera mayor discapacidad social.

Por esta razón, se considera la importancia de la inserción de la atención en salud mental al modelo de atención primaria en salud (APS), la capacitación en atención comunitaria y la protección de los derechos de las personas con trastorno mental. Por ello, se insta a los Ministerios de salud y de justicia, a los sistemas de protección, organizaciones y comunidades a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica (del hospital hacia la comunidad).

Leyes sectoriales

Argentina: Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, decreto reglamentario 603/2013, dirigida por la Dirección Nacional De Salud Mental Y Adicciones, Ministerio de Salud. La ley nacional de salud mental argentina, es quizás la ley más adelantada en términos prácticos en toda la región latinoamericana. Su contenido aborda la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental, como se evidencia a continuación.

Capítulo IV, derechos de personas con trastorno mental: d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión.

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.

También cabe resaltar, que la ley nacional de salud mental de Argentina, incluye modalidades de abordaje desde un panorama multidisciplinario, haciendo énfasis en la atención comunitaria como mecanismo de rehabilitación. Por otro lado, en términos de internación, se hace la indicación de que la internación debe realizarse brevemente y solo para contener situaciones de crisis. Se prohíbe las construcciones de manicomios, como se menciona a continuación.

Capítulo VII, Internación:

La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social....

ARTÍCULO 20.- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

ARTÍCULO 27.- Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados.

Brasil: La leyes en Brasil frente a la salud mental de sus habitantes ha sido cumbre de múltiples cambios, donde se evidencia un predominio en la atención integral y la protección de los derechos humanos, el desarrollo de prácticas comunitarias y la prohibición de la instalación de hospitales neuropsiquiátrico en el territorio nacional. Se genera la Ley N° 10.216 de abril de 2001.

Ferreira (2009) menciona que

Durante el proceso de reorientar a la política psiquiátrica, que tenía el hospital psiquiátrico (Manicomios) como la única alternativa para los enfermos, los servicios terciarios ocupaba la base de la pirámide de la asistencia. Hubo una inversión de valores que coloco en la base de la pirámide a los servicios comunitarios, redimensionándose a los servicios secundarios y terciarios. (p.1).

Uruguay: Anteproyecto de ley de salud mental y derechos humanos de la república oriental del Uruguay (asamblea instituyente 2015) Este proyecto de ley se encuentra en desarrollo y busca ser la ley de salud mental en el territorio uruguayo. En sus disposiciones generales se prioriza el derecho de la salud mental a todos sus habitantes sin distinción alguna. Además de ello, se recalca la importancia de la protección de los derechos humanos, Como los que se contemplan a continuación.

1. A ser tratado con el respeto debido a la dignidad de cualquier ser humano, Especialmente en su libertad de decisión respecto a su vida y su salud.

2. A no ser discriminado ni estigmatizado, y a ser protegido contra toda forma de Explotación y/o trato abusivo y/o degradante.

4. A tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento.

5. A recibir información completa y clara inherente a su salud y a los procedimientos terapéuticos incluyendo las alternativas para su atención, así como a cambiar en cualquier momento de profesional y/o de equipo tratante.

Chile: Se debe aclarar que la Republica chilena no presenta legislación específica sobre el tema de salud mental, su desarrollo jurídico se realiza con la conjunción de diferentes leyes que abordan el tema de discapacidad, los derechos humanos y la atención integral.

La ley N° 20584, regula los derechos y deberes que tienen las personas vinculadas al sistema de salud. En ella, se menciona la facultad de la legislatura en la protección de los derechos humanos, y la atención en integral y accesibilidad de la salud mental.

Artículo 29.- Sin perjuicio de las facultades de los tribunales ordinarios de justicia, el Ministerio de Salud deberá asegurar la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades mentales y de Comisiones Regionales de Protección...

La ley N° 202122 Establece normas sobre la igualdad de oportunidades, inclusión social de personas con todo tipo de discapacidad, incluida la mental. Mientras que la **Ley 18.600** engloba las regulaciones sobre la discapacidad mental.

México: En el país azteca, la atención en salud mental ha tenido un formidable cambio, debido a que en el territorio nacional del México, se había instaurado el modelo manicomial durante el siglo XX, esta circunstancia, permitió la violación de los derechos fundamentales de las personas con trastorno mental. Por lo anterior, las actuales leyes mexicanas frente a salud mental han tenido como principal objetivo la protección y el bienestar de las personas, evitando incidentes como los ocurridos en el manicomio La Castañeda.

LA LEY DE SALUD MENTAL DEL DISTRITO FEDERAL, del 23 de febrero de 2011, tiene como principales objetivos, mejorar la accesibilidad de la atención en salud mental, desarrollar mecanismos eficientes frente a la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental en instituciones prestadoras de este servicio. Por último, la ley busca, promover la participación comunitaria del pueblo mexicano. A continuación, se evidenciara algunos derechos contemplados en el artículo 6 del capítulo 1, y lo requerido a las instituciones mentales, expuesto en el artículo 51.

IX. A ser ingresado a algún centro de internamiento mental por prescripción médica, incluyendo conductas o acciones que puedan causarle daño físico inmediato o inminente así mismo, a terceros o la propiedad, cuando la severidad de los síntomas y signos así lo indiquen, conforme a las mejores prácticas de la psicología, la psiquiatría y medicina;

Artículo 51. Las Instituciones de salud mental sean públicas, sociales o privadas, deberán:

I. Abstenerse de todo tipo de discriminación sobre la base de la discapacidad, velando por que la voluntad de la persona con trastorno mental prevalezca, atendiendo en todo momento al respeto de los derechos humanos las personas internadas;

II. Evitar su aislamiento, permitiendo en todo momento la visita de sus familiares o persona que ejerza la legítima representación, previa autorización del médico tratante; garantizar la rehabilitación de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

Cuba: La atención en salud mental en la primera década del siglo XX, estuvo regido por las instituciones de reclusión; luego del ascenso de la revolución, el gobierno comunista apostó por las políticas sociales referentes a la educación y la salud.

A partir del año 1995, se inició en La Isla, la reorientación de los servicios de psiquiatría hacia la comunidad. Estos servicios, especialmente los hospitales día, están establecidos en las leyes de salud pública y su reglamento.

Colombia: La legislación colombiana en torno a salud mental es muy reciente, esta ley nació bajo la necesidad de estandarizar legislativamente la atención en salud mental en todo el territorio nacional; LEY N° 1616 del 21 de Enero de 2013, en ella, se garantiza el derecho a la salud mental y se prioriza los niños, niñas y adolescentes. Se fundamenta en el capítulo 2 los derechos que tienen las personas con algún padecimiento mental, como se evidenciara a continuación.

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los I tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances ~ científicos en salud mental.

Por otro lado en el segundo capítulo de la ley, denominado red integral de servicios de salud mental, se confieren diferentes estrategias y se garantiza el desarrollo de las mismas.

ARTÍCULO 12. RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL. Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud. Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.

ARTÍCULO 13. MODALIDADES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL. La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Pre hospitalaria.
4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
5. Centro de Salud Mental Comunitario.
6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
7. Hospital de Día para Adultos.
8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
9. Rehabilitación Basada en Comunidad

En el año 2015 se reglamenta la resolución 5592 el 24 de diciembre, Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta resolución contiene la asistencia en salud mental.

Esta resolución categoriza por ciclos vitales (prenatal- menores de 6 años, 6 años- menores de 14 años, 14-18 años, población general y mujeres víctimas de violencia. Se prioriza la atención a las personas víctimas de violencia donde se duplican los tiempos de asistencia.

CAPÍTULO VI

ARTÍCULO 63. ATENCIÓN DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

ARTÍCULO 64. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja; independientemente de la etiología o la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario

ARTÍCULO 66. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

ARTÍCULO 67. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA. Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 66 de este acto administrativo, la cobertura de este Plan de Beneficios será así: En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

ARTÍCULO 123. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Se cubren todas las tecnologías del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) para las personas menores de 14 años a menores de 18 años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

ARTÍCULO 124. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios, con consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, la cobertura de este plan de beneficios será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario

ARTÍCULO 125. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para las personas de 14 años a menores de 18 años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, con trastornos alimentarios, con consumo de sustancias psicoactivas de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) así como personas con discapacidad, la cobertura de este plan de beneficios será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, Continuos o discontinuos por año calendario.

Diseño metodológico

La investigación realizada corresponde a la metodología mixta, es decir, la combinación de datos cuantitativos y datos cualitativos. Corresponde a la necesidad del investigador a combinar técnicas cualitativas y cuantitativas en un solo estudio (Johnson y Onwuegbuzie, citado por Pereira 2011)

Línea de investigación

Ciudadanía y sociedad. Esta línea de investigación del semillero Holístico de la Universidad minuto de Dios, regional Soacha, corresponde a un espacio de discusión e investigación teórica y/o aplicada que permite la creación de conocimiento referente al comportamiento dentro de los contextos sociales en los que participa. Por esta razón, la línea de investigación indaga la vinculación de las relaciones sociales y siempre interesada en el papel que juegan los individuos en su comunidad.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la investigación son, las palabras clave para encontrar los artículos referentes al tema (desmanicomialización, desinstitucionalización psiquiátrica, protección de derechos de las personas con padecimiento mental), descritas en las bases de datos para recolectar los 38 documentos analizados (Dialnet, Scielo, Google académico y Redalyc). Posteriormente se organizó la información en la rejilla, donde se recolectaron los datos referentes a las fortalezas y dificultades que ha tenido este proceso, junto con el software Atlas ti, para determinar relaciones entre los datos recolectados y las categorías empleadas.

Población y muestra

La población corresponde a los 38 artículos sobre desmanicomialización analizados, la muestra representa las cuatro base de datos (Dialnet, Scielo, Google académico y Redalyc).

Propuesta

Para el análisis del problema en diferentes niveles de análisis se desarrollaron 3 categorías, que permiten conocer el fenómeno desde tres perspectivas, estas corresponden a:

1. Categoría Macro-institucional: Hace referencia al macro-sistema en que el proceso de desinstitucionalización se relaciona, se describen datos frente a las fortalezas y las dificultades políticas, sectoriales, geográficas e institucionales.
2. Categoría Practica-Profesional: Corresponde al trabajo profesional desarrollado por los especialistas en salud mental. Principalmente se describen datos del trabajo comunitario y la atención de la salud mental en los procesos de desinstitucionalización.
3. Categoría individual: Se refiere a las fortalezas o debilidades personales o subjetivas que tiene una persona que ha sido participe de este proceso.

Resultados esperados

Frente a las diferentes participaciones de los países latinoamericanos en proyectos de reestructuración psiquiátrica, principalmente la declaración de Caracas en el año 1990, donde se estipula la desintegración de los manicomios como entidad prestadora de servicios en atención en salud mental y bajo la perspectiva de los derechos humanos. Se espera que en Latinoamérica 27 años después, no existan entidades manicomiales, o al menos, que no representen la principal estrategia o dispositivo de atención en salud mental.

De acuerdo a que la investigación corresponde a un análisis sobre la publicación en Latinoamérica y España sobre los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica, se espera que exista una amplia documentación, principalmente de España y Argentina, quienes han desarrollado procesos de desinstitucionalización psiquiátrica durante más de 20 años. Por otro lado, no se puede negar que la evidencia de los procesos de desmanicomialización tengan más fortalezas que debilidades, donde las principales ventajas frente al modelo psiquiátrico tradicional sean, la protección de los derechos humanos, la inserción social de personas que han pasado años en las instituciones totales con su oportuno seguimiento, el correcto análisis del trastorno debido a que se estudia desde un modelo psicosocial estableciendo como base y centro de rehabilitación a la comunidad y por lo tanto concibiendo a las personas con o sin padecimiento mental como agentes de cambio.

Siguiendo con esto, se debe indicar que la suposición frente a las dificultades corresponden principalmente a, la dificultad de los sectores políticos a establecer procesos de desinstitucionalización, la privatización de los servicios en atención en salud mental, que algunos dispositivos comunitarios, tales como los hospitales día o la atención psiquiátrica en hospitales generales sigan manejando el modelo manicomial; también es necesario mencionar que quizás las comunidades no le dan mucha importancia a la salud mental produciendo una seria dificultad de participación.

Análisis e interpretación de resultados

De los 38 artículos recolectados en las cuatro bases de datos, se pudo encontrar que:

Tabla 1

| Región | Cantidad de documentos |
|---------------|-------------------------------|
| Latinoamérica | 25 |
| España | 13 |

En la **tabla 1**, se describe la cantidad de documentos encontrados por región. Se evidencia que en Latinoamérica se analizaron 25 documentos, mientras que en España se encontraron 13 documentos. Es decir que el porcentaje de cantidad de documentos es Latinoamérica (65.78 %) y España (34.21%). Esto evidencia la clara descompensación argumentativa y documental que han tenido estos procesos, es decir, que son muy pocos los documentos encontrados sobre la desinstitucionalización psiquiátrica en un margen geográfico tan grande como lo es Latinoamérica. Por otro lado, España es el país con mayor número de documentos referidos, esto se debe a la cercanía geográfica e ideológica con Italia, primer precursor de estos procesos en el siglo xx; España y gran parte de la Europa occidental han implementado procesos de desmanicomialización desde la segunda mitad del siglo pasado, teniendo mayor margen temporal en la experiencia con estos procesos y homogéneamente la documentación de estos ha sido mayor.

Tabla 2

| Categoría | Subcategoría | Cantidad de datos por subcategoría |
|------------------|----------------------|---|
| Fortalezas | Macro institucional | 15 |
| | Practica-profesional | 44 |
| | Individual | 6 |
| Dificultades | Macro institucional | 12 |
| | Practica-profesional | 25 |
| | Individual | 2 |

En la **tabla 2** se describe las categorías (fortalezas y dificultades) descritas anteriormente, también se agrega las subcategorías definidas que corresponden a las fortalezas y dificultades (macro institucionales, prácticas profesionales e individuales) y el número de datos recolectados por cada subcategoría, el número total de datos encontrados corresponde a un total de 104 que representa el 100%. Se indica que, existen 65 datos referentes a la categoría fortalezas, es decir, que las fortalezas representan un porcentaje de 62.5 %, con 15 datos de fortalezas macro institucionales (14.42%), 44 fortalezas prácticas profesionales (42.30%) y 6 fortalezas individuales (5.7 %).

Por otro lado, en dificultades encontramos, un total de 39 datos representando un porcentaje de (37.5%), divididos en, 12 dificultades macro institucionales (11.53%), 25 (24.03%) dificultades prácticas profesionales y 2 dificultades individuales (1.92%).

De acuerdo a esto, la **Tabla 2** indica que existe un mayor número de fortalezas en los procesos de desmanicomialización, esto representa un dato completamente relevante ya que de acuerdo al análisis de la documentación, la desmanicomialización si brinda soluciones eficaces en torno a la atención en salud mental.

Siguiendo lo anterior, se evidenciaron más fortalezas que dificultades en los procesos de desmanicomialización. La relación de la redes permiten entre categorías notan que, las principales dificultades macro institucionales son de índole política, es decir, que los principales argumentos en contra de la desmanicomialización no provienen de disciplinas médicas, sino que corresponden a posiciones políticas que dificultan la implementación de estos procesos en las comunidades.

Por otro lado, también debemos mencionar que existen procesos de desmanicomialización dirigidos por el Estado, con el objetivo de reducir los costos que tiene un hospital psiquiátrico, sin realizar un proceso adecuado y multiplicando las dificultades cotidianas que tienen las personas con padecimiento mental. En fortalezas macro institucionales, encontramos que generalmente los procesos de desmanicomialización se integran a las políticas públicas en salud y APS, facilitando la implementación de estos procesos desde perspectivas políticas y sectoriales.

La categoría de fortalezas y dificultades prácticas son las de mayor cantidad de datos, esto se debe a que es en la práctica de estos procesos donde se encuentran los rasgos específicos del tratamiento y seguimiento en la comunidad. De acuerdo a la relación de las redes, se encuentra que, una de las grandes dificultades prácticas es seguir produciendo dispositivos de atención en salud mental con prácticas manicomiales, también la falta de oportunidades laborales que tienen las personas externadas. Frente a las fortalezas prácticas profesionales se encuentra que, el trabajo multidisciplinario de los profesionales en atención de la salud mental permite abordar al paciente desde perspectivas más amplias, desarrollando una rehabilitación completa y continuada. La evidencia indica que entre más sea la integración de estas personas a su comunidad, mayor es la capacidad para construir redes de apoyo; los procesos de desmanicomialización permiten llegar a lugares donde no se había llegado, los profesionales realizan su trabajo en la comunidad y en los ambientes donde se sitúan las principales dificultades que afectan la salud mental, permite generar estrategias de prevención de trastorno mental y la promoción de la salud como bienestar psicológico.

La categoría con menor cantidad de datos, refiere a las fortalezas y dificultades individuales, que engloba aquellos beneficios subjetivos o personales que ha tenido este proceso. En el análisis de las fortalezas individuales, encontramos que permiten el fortalecimiento de la autoestima, genera actitudes y valores basados en la responsabilidad, permite recuperar las habilidades cotidianas, lo convierte en una pieza clave como agente de cambio en su comunidad. La debilidades individuales corresponden a que algunas personas que han pasado años internadas ya no desean salir, producido por el fenómeno de institucionalización.

Tabla 3

| Países | Cantidad de documentos |
|---------------|-------------------------------|
| Argentina | 11 |
| Brasil | 1 |
| Colombia | 5 |
| Uruguay | 3 |
| Cuba | 1 |
| Paraguay | 1 |
| México | 2 |
| Chile | 1 |
| España | 13 |

En la *tabla 3*. Se describe los países donde se encontraron las publicaciones junto con el número de documentos encontrados. Se debe mencionar que los países con mayor número de publicaciones son España con un total de 13 (34.21%), seguido de Argentina con un total de 11 publicaciones, que representa un porcentaje de 28.94%. En Colombia se encontraron 5 documentos (13.15%), siendo el tercer país con mayor número de publicaciones referentes a la temática. Uruguay tiene 3 publicaciones, con un porcentaje de (7.89%). Documentos de México se encontraron 2 con un porcentaje de (5.26%) y por último, están Chile, Paraguay, Cuba y Brasil, cada uno con una publicación y un porcentaje total de 2.6% cada una.

De acuerdo a estos resultados, se puede notar que los principales aportes provienen de la Argentina en la región Latina, esto se debe a que Argentina fue el primer país en interesarse en la implementación de estos procesos, de hecho, es el país referente en experiencias en procesos de desinstitucionalización, tales como las de Río Negro y Santa Fe. A esto se le agrega la implicancia social que ha tenido la vinculación política en los procesos de desmanicomialización, estas han apoyado la vinculación social de las personas externadas en neuropsiquiátricos.

La ley Nacional de salud Mental, ha fortalecido de manera formal los procesos de desmanicomialización en el territorio nacional, a tal punto de estar en vías de desarrollo del manicomio, prohibiendo la creación de instituciones mentales y fortaleciendo los servicios comunitarios comprendidos en la desinstitucionalización. Es por esta razón, por la cual Argentina es referente latinoamericano en estos procesos, incentivando la documentación de las experiencias que se han desarrollado.

Es importante recalcar la poca documentación que ofrece Brasil, debido a que este país es pionero junto con la Argentina en la atención comunitaria en salud mental y las políticas de salud mental con miras a la protección de los derechos humanos de personas con algún tipo padecimiento mental. Por esta razón, se debe mencionar que Brasil se ha interesado principalmente en la práctica de este proceso más que en su estudio y documentación. Se realza el gran aporte que tendría la documentación sobre los procesos desarrollados en Brasil, ya que vinculan sectores políticos, profesionales y comunitarios en la implementación de este proceso.

Siguiendo este orden, a continuación se desarrollara de manera ordenada y sistemática el análisis por cada país, referente a los datos encontrados y desarrollados en cada categoría y subcategoría.

Tabla 4

| Categoría | Subcategoría | Cantidad de datos por subcategoría | País |
|------------------|----------------------|---|-------------|
| Fortalezas | Macro institucional | 4 | Argentina |
| | Practica-profesional | 20 | Argentina |
| | Individual | 0 | Argentina |
| Dificultades | Macro institucional | 5 | Argentina |
| | Practica-profesional | 0 | Argentina |
| | Individual | 1 | Argentina |

En la **tabla 4**, se describe los datos frente a cada categoría y subcategoría de Argentina, se encontraron 24 fortalezas con un porcentaje de 80% , divididas en 4 fortalezas macro institucionales (13,33%), 20 fortalezas prácticas profesionales (66.66%) y no se encontró ningún dato referente a fortalezas individuales.

Frente a las dificultades se encontraron 6 datos que representa el 20%, divididas en 5 dificultades macro institucionales (13.15%) y dificultades individuales con un dato representando el 2.6 %.

La *tabla 4*, ofrece una perspectiva realmente importante ya que proviene del país donde más se han realizado procesos de desinstitucionalización en la región Latina, como se puede evidenciar, es mayor el número de fortalezas que de dificultades, lo que permite comprender que la desmanicomialización ha representado en el país de Argentina una solución eficaz frente a la crisis en atención en salud mental. Específicamente la vinculación de los sectores políticos ha permitido tomar fuerza a estos procesos en términos de aplicación y financiamiento. Por otro lado, se recalca que la aplicación profesional en atención comunitaria es la de mayor impacto, debido a que representa la esencia práctica que tienen los fenómenos de desmanicomialización. Se debe recalcar que las principales fortalezas prácticas-profesionales son la implementación de servicios promocionales del bienestar psicológico, el reconocimiento de los factores sociales como determinantes en el surgimiento del trastorno y el seguimiento de personas que ha sido externadas de hospitales psiquiátricos.

Frente a las dificultades macro-institucionales de los 11 documentos analizados se diferenciaron 5, todas ellas comprenden a una falencia política referida a que algunas veces el proceso de desmanicomialización se ha convertido en una excusa para reducir los costos de financiamiento cerrando pabellones, sin implementar procesos de seguimiento o control. Por otro lado frente a las dificultades individuales, encontramos que a las personas que llevan muchos años internas se les son más difíciles los procesos de re-integración social, lo que se relaciona con la teoría existente (ya resaltada en el marco teórico) sobre la colonización y la institucionalización que tiene la persona durante su estadía en los hospitales psiquiátricos, debilitando sus vínculos sociales y comunitarios

Tabla 5

| Categoría | Subcategoría | Cantidad de datos por subcategoría | País |
|------------------|----------------------|---|-------------|
| Fortalezas | Macro institucional | 0 | Brasil |
| | Practica-profesional | 0 | Brasil |
| | Individual | 0 | Brasil |
| Dificultades | Macro institucional | 0 | Brasil |
| | Practica-profesional | 1 | Brasil |
| | Individual | 0 | Brasil |

En la **Tabla 5** se describe los datos obtenidos de Brasil, se debe mencionar que fue el país que menor número de datos apporto con un total de 1 entre las fortalezas y las dificultades, corresponde a una dificultad práctica-profesional haciendo referencia a la dificultad de generar nuevos espacios para la socialización con familiares y la comunidad. Se debe mencionar que Brasil es uno de los grandes referentes regionales en términos de atención comunitaria en salud mental, si bien, es casi inexistente la documentación sobre los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica en las bases de datos analizadas, la amplia implementación de estos procesos en el área geográfica marca la tendencia a formalizar la desmanicomialización como el proceso más importante en la reformas de salud mental. A pesar que el país carioca ofrece varias experiencias en estos procesos, aun no se ha interesado en la documentación de ellos como lo han realizado Argentina y España, debido a que se han centrado en la implementación y ejecución, lo que recalca una amplia diferencia entre la implementación y la documentación de los procesos de desmanicomialización.

Tabla 6

| Categoría | Subcategoría | Cantidad de datos por subcategoría | País |
|------------------|----------------------|---|-------------|
| Fortalezas | Macro institucional | 0 | Colombia |
| | Practica-profesional | 6 | Colombia |
| | Individual | 0 | Colombia |
| Dificultades | Macro institucional | 0 | Colombia |
| | Practica-profesional | 6 | Colombia |
| | Individual | 0 | Colombia |

En la **tabla 6**, se encuentra a Colombia, con 12 datos en total frente a fortalezas y dificultades, 6 de esos datos refieren a fortalezas prácticas profesionales con un total de 50%, mientras que la otra mitad corresponde a dificultades prácticas-profesionales con un porcentaje de 50%. La documentación Colombiana presenta grandes vacíos teóricos referentes a la desinstitucionalización psiquiátrica, a pesar de ello, es el tercer país con mayor número de documentos aportados para el análisis de esta investigación. Los vacíos teóricos se pueden justificar debido a que en el territorio nacional aún no se han implementado formalmente estos procesos, de hecho, se puede considerar que Colombia aún está formando las bases, desde comunicados oficiales de los sistemas de salud tales como *el modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria, en el marco del sistema general de seguridad social en salud y protección social en Colombia*, que surgen luego de la creación de la ley nacional de salud mental o también conocida como “la ley esperanza” que brinda un panorama legal para la posterior implementación de estos procesos.

Por otro lado, de acuerdo con la **Tabla 6**, se puede evidenciar que las únicas fortalezas documentadas corresponden a las subcategoría practica-profesional, como se había mencionado anteriormente; concretamente se resalta la importancia de los programas de promoción y prevención en las comunidades de bajos recursos económicos, también se destaca la relación de los profesionales de la salud junto con los familiares de las personas con trastorno mental, brindando asesorías adecuadas que faciliten a los implicados. Frente a las dificultades prácticas-profesionales, los documentos mencionan que Colombia es uno de los países con menor uso de los dispositivos de atención en salud mental y lo complejo que es eliminar el estigma social.

Tabla 7

| Categoría | Subcategoría | Cantidad de datos por subcategoría | País |
|------------------|----------------------|---|-------------|
| Fortalezas | Macro institucional | 2 | Cuba |
| | Practica-profesional | 3 | Cuba |
| | Individual | 0 | Cuba |
| Dificultades | Macro institucional | 0 | Cuba |
| | Practica-profesional | 0 | Cuba |
| | Individual | 0 | Cuba |

La **Tabla 7**, Hace referencia a la Isla Cubana, donde se resaltan 5 datos entre fortalezas y dificultades. Estos se encuentran categorizados en fortalezas macro institucionales con un total de 2 datos representado un porcentaje de 40%. Los siguientes 3 datos se encontraron en fortalezas practicas-profesionales con un total de 3 representando un porcentaje de 60%.

En Cuba, luego del triunfo de la revolución, se crearon múltiples políticas sociales y una de ellas corresponde a la práctica comunitaria en atención de salud mental, por esta razón, se inició con la despoblación de algunos hospitales psiquiátricos y se crearon nuevos dispositivos comunitarios, como los son los hospitales día, dominantes en la atención mental. Como puede notarse, en la **tabla 7** se categorizan datos que corresponden a fortalezas, lo que indica que de acuerdo con la documentación, en Cuba la atención mediante dispositivos comunitarios brinda elementos efectivos que la institución mental no puede ofrecer.

Particularmente las fortalezas macro-institucionales parten del reconocimiento a los derechos de las personas con algún tipo de padecimiento mental, que facilita la rehabilitación de la persona en su comunidad y así mismo, se impone una barrera al estigma generado por desconocimiento general. También debe distinguirse, que la implementación de los servicios comunitarios en términos de costos, resultan más económicos que el mantenimiento del hospital psiquiátrico. Frente a las fortalezas prácticas-profesionales, los programas de egreso y seguimiento por el equipo multidisciplinario juegan un papel importante para la prevención de recaídas y la promoción comunitaria del bienestar psicológico.

| Categoría | Subcategoría | Cantidad de datos por subcategoría | País |
|------------------|--------------------------|---|-------------|
| Fortalezas | Macro institucional | 0 | México |
| | Practica- profesional | 0 | México |
| | Individual | 0 | México |
| Dificultades | Macro institucional | 0 | México |
| | | 2 | México |
| | Practica- profesional | 0 | México |
| | Individual | | |

Tabla 8

La ***tabla 8***, hace referencia al país de México, donde se encontraron solo 2 datos entre fortalezas y dificultades. Se encuentran categorizados en dificultades prácticas profesionales con un porcentaje del 100%. Estas dificultades corresponden al papel pasivo que juegan las familias en la rehabilitación de las personas en términos de inclusión y seguimiento personal, este dato es relevante ya que brinda una perspectiva próxima y nuclear de las actitudes que tiene la familia frente a las problemáticas que tiene la persona, dificultando así el establecimiento de los procesos psicosociales como la re-integración y la participación comunitaria.

Por otro lado, de acuerdo a la documentación se nota que, existe cierto temor a generar dispositivos comunitarios que mantengan esquemas manicomiales en sus ideologías y sus prácticas, precisamente esta turbación proviene de los hospitales día y las unidades psiquiátricas en los hospitales generales.

Tabla 9

| Categoría | Subcategoría | Cantidad de datos por subcategoría | País |
|------------------|----------------------|---|-------------|
| Fortalezas | Macro institucional | 1 | Paraguay |
| | Practica-profesional | 0 | Paraguay |
| | Individual | 1 | Paraguay |
| Dificultades | Macro institucional | 1 | Paraguay |
| | Practica-profesional | 1 | Paraguay |
| | Individual | 0 | Paraguay |

En la **tabla 9**, se encuentra representado el país de Paraguay, donde se encontraron 4 datos entre fortalezas y dificultades, se encuentran categorizados en fortalezas macro institucional con un dato con un porcentaje de 25%, también se encuentra una fortaleza individual con un porcentaje de 25%. En dificultades macro institucionales tenemos 1 dato con 25% y un dato en dificultad práctica profesional.

En el país Guaraní, existe una clara división entre los datos categorizados entre fortalezas y dificultades, de hecho, es importante exponer que las fortalezas están comprendidas en la subcategoría macro-institucional y a de referirse a que los procesos de desmanicomialización aspiran a desarrollar un cambio de mentalidad en las personas, lo que permite imponer barreras directas contra el estigma que se les impone a estas personas.

En desarrollos individuales, de acuerdo con las afirmaciones analizadas se puede identificar que, la desinstitucionalización psiquiátrica en esencia brinda a las personas que han estado internadas en los hospitales psiquiátricos durante largos periodos de tiempo la reconstrucción de su ser social, haciéndolos participes directos de su rehabilitación, como de su vida comunitaria.

En las dificultades se evidencian que en los atributos macro-institucionales, han existido limitaciones presupuestarias a la hora de implementar este proceso, es decir, que los grandes recursos económicos que se le otorgaban a los hospitales psiquiátricos no se le están concediendo a los servicios comunitarios. La dificultad practica-profesional categorizada en la **Tabla 9** ha de referirse al igual que México, al riesgo que se corre de seguir reproduciendo prácticas autoritarias y de reclusión.

Tabla 10

| Categoría | Subcategoría | Cantidad de datos por subcategoría | País |
|------------------|----------------------|---|-------------|
| Fortalezas | Macro institucional | 0 | Uruguay |
| | Practica-profesional | 1 | Uruguay |
| | Individual | 1 | Uruguay |
| Dificultades | Macro institucional | 0 | Uruguay |
| | Practica-profesional | 2 | Uruguay |
| | Individual | 0 | Uruguay |

En la **Tabla 10**, corresponde a los datos analizados en el país de Uruguay, con un total de 4 datos, categorizados en fortalezas practicas-profesionales con un dato que representa un porcentaje de 25% y una fortaleza individual con un porcentaje de 25%. En las dificultades los datos se encuentran categorizados en dificultades prácticas profesionales con un total de 2 datos representado un porcentaje de 50%.

En Uruguay, tras la creación del proyecto de ley en salud mental, la desinstitucionalización psiquiátrica es uno de los principales objetivos con miras al bienestar y la protección de los derechos humanos.

De acuerdo a lo evidenciado en la **Tabla 10**, existe un equilibrio entre la cantidad de fortalezas y dificultades, lo que debe generar cierta expectativa tras la implementación del proyecto de ley ya mencionado, que según el orden lógico, permitirá la generación de procesos de desmanicomialización en el país, incrementando la documentación sobre estos. Frente a las fortalezas identificadas en el nivel de análisis practica-profesional se encontró que, los programa de re integración junto con el seguimiento profesional, mejoran la calidad de vida que tienen la personas, que se relaciona con la fortaleza individual que ha de referirse a la trascendencia que tiene la participación comunitaria y la generación de redes de apoyo a las personas con padecimiento mental.

Frente a las dificultades prácticas-profesionales, debe mencionarse que aún es baja la cantidad de personas que están recibiendo tratamiento psicosocial, junto con la incapacidad que tienen las unidades psiquiátricas de los hospitales generales a la hora de atender a la gran cantidad poblacional que necesita estos recursos.

Tabla 11

| Categoría | Subcategoría | Cantidad de datos por subcategoría | País |
|------------------|----------------------|---|-------------|
| Fortalezas | Macro institucional | 6 | España |
| | Practica-profesional | 7 | España |
| | Individual | 1 | España |
| Dificultades | Macro institucional | 8 | España |
| | Practica-profesional | 14 | España |
| | Individual | 4 | España |

La **Tabla 11**, corresponde a los datos categorizados en el país de España, en total se encuentran 40 datos en fortalezas y dificultades, divididos en, 6 datos en fortalezas institucionales con un porcentaje de 15%, 7 fortalezas practicas-profesionales con un porcentaje de 17.5% y una fortaleza individual 2.5 %

En dificultades macro institucionales 8 datos que representan un porcentaje de 20%, en dificultades prácticas-profesionales se evidencian 14 datos con un porcentaje de 35 % y 4 datos en dificultades individuales que representa el 10% de los datos encontrados.

España es el país que mayor número de datos y documentos apporto a la investigación, si bien esto se debe a la implementación y el estudio de estos procesos en la el territorio nacional, también se debe mencionar que según la **tabla 11**, es mayor el número de dificultades que de fortalezas categorizadas en la investigación. Las fortalezas macro-institucionales, han de referirse a la importancia que ha tenido la creación de políticas que faciliten la implementación de este proceso. Las fortalezas practicas-profesionales han de referirse a desarrollo de prácticas de rehabilitación entre profesionales, familiares y la comunidad que incrementan las capacidades personales que tienen la personas, que se relaciona con la fortaleza practica-profesional que ha de referirse a la reconstrucción de la dignidad humana.

Por otro lado, las dificultades de mayor tendencia de aparición en la subcategoría dificultad macro-institucional han de referirse a las limitaciones presupuestarias que dificultan la implementación de estos procesos, la poca importancia que tiene la salud mental para la comunidad. Frente a las dificultades practica-profesionales se identifica que, la educación en atención comunitaria es pobre, la borrosa línea que tienen los hospitales generales y los hospitales día entre atención psicosocial y atención manicomial. Frente a los datos de dificultades individuales, se valora la dificultad que tiene la re-integración de personas externadas de hospitales psiquiátricos.

Discusión de resultados

De acuerdo a la documentación, la categorización y el análisis de los datos, es imprescindible mencionar que existe poca documentación científica referente a los procesos de desmanicomialización. Como se puede notar en la **tabla 1**, de Latinoamérica se analizaron 25 documentos, donde se esperaba una mayor cantidad de artículos, debido a que la desinstitucionalización psiquiátrica representa un proceso complejo que se integra con las políticas públicas de salud que tienen los territorios y que ha sido valorizado y aprobado por ministerios internacionales en las reformas en atención en salud mental, que buscan la reestructuración de la atención psiquiátrica.

Como se esperaba y se trazó anteriormente, en los resultados esperados, el mayor número de documentos Latinoamericanos provienen de La Argentina, quien gracias a la **Tabla 3**, se identifican 11 documentos. Esto se debe a que en La Argentina, se han empleado durante más de 20 años procesos de desmanicomialización en diferentes lugares geográficos, permitiendo tener experiencias para el posterior estudio de sus fortalezas y dificultades a mejorar. Hoy la desmanicomialización en Argentina es uno de los principales objetivos de la salud, integrando a las personas con padecimiento mental a la comunidad y la adopción de los dispositivos comunitarios como tratamiento.

Lo ya mencionado, se relaciona con el siguiente argumento referente al progreso que ha tenido la salud mental en el país de Argentina. Tisera et al. (2013) *“En las distintas experiencias nacionales la creación de servicios y dispositivos se dio como un proceso simultaneo al desmontaje manicomial, asumiéndose territorialmente la integralidad del cuidado de la salud mental”* (p.252). Las experiencias comunitarias han brindado una solución frente a las falencias en atención de salud mental en Argentina.

También se debe mencionar a España, quien ofrece una cuantiosa documentación referente al tema, con un total de 18 documentos. Esto se debe a que es un país que limita con Italia, donde se inició con estos procesos y donde se difundió a los países de Europa Occidental, entre ellos España. Se luchó por la vinculación de este proceso a los sistemas de salud ya ahora hace parte fundamental de la atención de la salud mental. Siguiendo lo anterior, puede resaltarse lo dicho en el siguiente argumento.

La integración de la atención de salud mental en los servicios generales de salud tiene numerosas ventajas, en cuanto disminuye la estigmatización de los pacientes, facilita la detección de enfermedades mentales y por otra parte coadyuva el mejor tratamiento de los problemas somáticos en personas con enfermedades mentales.. (Minoletti & Calderón, 2007, p.71).

Esta vinculación ofrece amplias ventajas macro-institucionales, prácticas-profesionales e individuales, todo esto mediante la organización de los servicios comunitarios en la atención en salud mental y los sectores políticos cumpliendo uno de los objetivos de los procesos de desmanicomialización, que es la integración y participación de la persona en su comunidad.

Como Alonso (2009) lo mencionaría

La organización de los servicios comunitarias hace posible que las personas afectadas por trastornos psiquiátricos puedan disfrutar de la libertad personas, y por consiguiente, puedan llegar a ejercer los derechos civiles, políticos, sociales y otras libertades fundamentales que les corresponde. (p.235).

Frente a la interpretación cualitativa se evidencia las categorías corresponden a niveles de análisis correctos ya que limitan sus datos de forma específica. Es relevante destacar que tal como se esperaba la categoría *macro institucional* corresponde a datos relacionados principalmente con política, tales como su implementación, la vinculación de este proceso al sistema de salud general y muy por el contrario las principales críticas a la desinstitucionalización provienen de resistencias políticas, impartidas por sectores conservadores, como lo expresa Balzano (2008) *“los argumentos que se oponen son mucho más de carácter político que de orden médico y reflejan el temor de recrear un problema social en la convivencia de los enfermos con sus familias y en sus barrios”*.(p.4)

En el análisis e interpretación de los resultados frente a dificultades macro-institucionales se ha identificado el poco financiamiento que se ofrece los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica junto con la poca importancia que le da la comunidad a la salud mental. Esto, se puede justificar desde el siguiente argumento.

Desafortunadamente, en los países en desarrollo las reformas han tenido un impacto menor, pues no disponen de recursos suficientes en la atención primaria, la entrega de prestaciones de salud es de baja calidad y los sistemas de referencia a especialistas funcionan inadecuadamente. (Minoletti & Calderón, 2007, p.74)

En fortalezas y dificultades prácticas-profesionales se evidenciaron mayor número de fortalezas que dificultades, aunque se debe indicar que es en la implementación de este proceso y del trabajo realizado por el profesional en la comunidad, donde se conciben aquellos elementos que resaltan al proceso de desmanicomialización como respuestas específicas a las grandes dificultades que tiene la atención en salud mental. Se debe recalcar que la implementación de la red de los servicios de salud mental es una solución viable y dirigida por principios éticos. En esta misma categoría, se encuentra el número de dificultades, y esto se debe en gran parte a las falencias lógicas de la participación de procesos “nuevos”, pero es gracias a esto donde se podrán fortalecer aquellas dificultades y potencializar las fortalezas de los procesos de desmanicomialización.

Además uno de los datos más reiterativos en las dificultades prácticas-profesionales ha de referirse al riesgo que corren algunos dispositivos comunitarios frente a la delgada línea que existe entre rehabilitación comunitaria y el desarrollo de prácticas manicomiales (autoritarias y de exclusión). Esto puede justificarse por el fuerte paradigma manicomial, que ha marcado la atención en salud mental.

La efectividad del proceso de desinstitucionalización exige la desintegración del modelo psiquiátrico, con los valores, las creencias; o se corre el riesgo de continuar reproduciendo mecanismos y dispositivos psiquiátricos similares al manicomio. (Rozante & Mirando, 2016, p. 375)

Por otro lado, en el nivel de análisis de la subcategoría denominada fortalezas y dificultades individuales, podemos especificar que de acuerdo a los resultados y su comparación, las fortalezas han de referirse principalmente al bienestar psicológico que brinda la re-inserción social. En las debilidades se evidencia que existe dificultades en la re-inserción social.

Conclusiones

Existe una divergencia lingüística en los procesos de desmanicomialización o desinstitucionalización psiquiátrica. Los documentos revisados no integran los términos, lo que produce diversas confusiones por dos palabras que se refieren al mismo proceso (desmanicomialización o desinstitucionalización psiquiátrica). Se hace relevante que las investigaciones apropien un término.

La documentación sobre los procesos de desmanicomialización es pobre, si bien se recalca los cuantiosos argumentos y experiencias de Argentina y España, que han desarrollado este proceso durante años, la poca investigación de los otros países dificulta su comprensión y no permite generar una perspectiva frente a la viabilidad del fenómeno en los territorios.

La implementación de los procesos de desmanicomialización en América Latina y España ha representado el compromiso por la reestructuración de la atención en salud mental produciendo consigo una serie de fortalezas tales como, la vinculación de estos procesos al sistema de salud, la descentralización de la atención. Por otro lado el trabajo del profesional en el campo comunitario, permite el estudio de las problemáticas psicosociales, la creación de dispositivos alternos al hospital psiquiátrico y mayores beneficios subjetivos o individuales de las personas que han sido participes de este proceso.

Existe un mayor número de fortalezas que dificultades referentes a los procesos de desmanicomialización. Donde se encontraron mayor número de dificultades fue en la categoría de *dificultades prácticas-profesionales*, específicamente en la inclusión de los pacientes a la vida comunitaria y la re inserción laboral, donde se necesita mejorar en su aplicación para desarrollar un proceso con el menor número de dificultades.

Existen barreras y críticas al proceso de desmanicomialización que parten de posiciones políticas, generalmente por partidos conservadores, quienes conservan posiciones radicales de sometimiento y exclusión a las personas con padecimientos mentales. Por otro lado, posiciones políticas liberales han tomado este proceso como excusa para reducir costos a los hospitales psiquiátricos sin hacer un seguimiento a las personas externadas.

La psicología comunitaria ha documentado tímidamente el tema, de hecho, recalca que tienen todo el material de acción y estudio para desarrollar investigaciones y argumentos que contribuyan a mejorar este proceso, la psicología comunitaria debe tener una posición directa y más participativa. Por otro lado se recalca que el predominio de las investigaciones analizadas proviene de la psiquiatría, quien aún representa en documentación el eje central de la atención en salud mental.

Referencias

- Ayala, P. (2016). Representaciones sociales sobre desmanicomialización en profesionales de Salud Mental. *Revista Paraguay desde las Ciencias Sociales*, (7), 72-97.
- Balzano, S. (2008). 'Si hay libertad, todo lo demás sobra'. Reflexiones sobre la institucionalización en una colonia psiquiátrica argentina. *Gazeta de Antropología*, 24(2).
- Barone, P., & Herranz, S. M. DISCURSOS EMERGENTES EN TORNO A LA DESMANICOMIALIZACIÓN¿ DESDE DÓNDE Y PARA QUIÉN?.
- Bianchi, M. (2011). ¿ Qué decimos cuando hablamos de desmanicomialización?. *Segundo Encuentro Nacional de Intercambio Científico de Psicología de Universidades de Gestión Privada*, 4.
- Bianchi, M. (2011). ¿ Qué decimos cuando hablamos de desmanicomialización?. *Segundo Encuentro Nacional de Intercambio Científico de Psicología de Universidades de Gestión Privada*, 4.
- Brambilla, M., IRIGOYEN TESTA, R., & San Sebastián, G. (2003, November). Pasantía Interdisciplinaria en Salud Mental y Desmanicomialización (Río Negro). In *Relato de Experiencia en Congreso Internacional de Medicina General y Equipo de Salud de El Bolsón*.
Buenos Aires, Buenos Aires.
Buenos Aires: Fundación Etiem.
- Calvo, J. C., & del Río Noriega, F. (2011). Análisis histórico de la reforma psiquiátrica andaluza: la salud mental reformada sin manicomios. *Estud. psicol.(Natal)*, 16(3), 341-352.
- Cassiani-Miranda, C. A., & Herazo-Bustos, M. I. (2013). La psiquiatría social en la formación del psiquiatra colombiano y la atención en salud mental. *Revista Ciencias Biomédicas*, 4(2).
- Cohen, H., & Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar Editorial.

- Contino, Alejandro Martín (2010). INSTITUCIONALIZACIÓN Y
- Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83-96.
- DESMANICOMIALIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD MENTAL. *II Congreso*
- Desviat, M. (2007). *De locos a enfermos: de la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria*. Ayuntamiento de Leganés.
- Desviat, Manuel (2009) Exitos y fracasos: en torno a las experiencias. Jornada sobre modelos y estrategias en salud mental. Rev.ASOC.Esp. Nueropsiquiatria, vol XXIX, nº 103, issn 0211-5735. España
- Domènech i Argemí, M., Tirado Serrano, F. J., Traveset, S., & Vitores González, A. (1999). La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*, 12, 0020-32.
- Evaristo, P. (2000) *Desinstitucionalización*. Cap. 8. En *Psiquiatría y salud mental*.
- Evaristo, P. (2000) *Inserción laboral*. Cap. 5. En *Psiquiatría y salud mental*. Trieste: Asterios Delithanassis Editore. Sitio web:
http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/05-insercion_lab.htm
- Fernández Liria, A., & García Rojo, M. (1990). Los programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 10(32), 065-076.
- FUREGATO, Antonia Regina Ferreira (2009) .Políticas de saúde mental do Brasil., vol.43,
- Garbus, P. (2010). Consideraciones sobre las categorías de acceso a la atención en salud y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental. *Anuario de investigaciones*, 17, 309-316.
- Gómez, S. A. El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica
- González Duro, E. (2000). De la Psiquiatría a la Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 20(74), 249-260.
<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.677/te.677.pdf>

- Lamata, Fernando (2014) Salud mental: desde el manicomio a la atención integral comunitaria. Coordinación de los servicios sociales y los servicios de salud, logros, riesgos, desafíos. Algunas reflexiones. Federación andaluza de familiares y personas con enfermedad mental-Sevilla. España
- LOURAU, R. (1998). Lógica clasificatoria, en Revista Etiem, N° 3. (Pp.17-27).
- Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C., & Manchego Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Medina Iribarne, N. (2014). Residencias Asistidas en Uruguay: perspectivas de sus Usuarios.
- Medina, E. "Panorama institucional de la psiquiatría chilena". Rev. Psiquiatría (1990) V II, 1: 343-360. Chile.
- Medina, E. (2001). De manicomio nacional a hospital psiquiátrico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39(1), 78-81.
- Mental, S. (2007). Unidades psiquiátricas en hospitales generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años. *Rev Psiquiatr Urug*, 71(2), 125-134.
- Minoletti, A & Calderón, A (2007) Estrategias de reorientación de servicios en las reformas de salud mental en la región de las Américas. La reforma de los servicios de salud mental 15 años después de la declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS.
- Molina, A. R. (2008). LOCURA Y ENCIERRO PSIQUIÁTRICO EN MÉXICO: EL CASO DEL MANICOMIO LA CASTAÑEDA, 1910/MADNESS AND PSYCHIATRIC CONFINEMENT IN MEXICO: THE CASE OF MANICOMIO LA CASTAÑEDA, 1910. *Antípoda*, (6), 73-90.
- Morasso, A. M. (2013). Gestión de modelos de externación de adultos con alteraciones mentales y el impacto en la desinstitucionalización en Argentina. *Visión de futuro*, 17(2), 0-0.
- Muñoz, M. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense.

- Pinto, Boris (2012) los sistemas de salud mental: del modelo asilar a la promoción de derechos fundamentales: Superintendencia Nacional De Salud, número dos. Bogotá, Colombia
- Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de
- Redonda, M. (2008). Conferencia y Mesa Redonda sobre Desmanicomialización.
- Rodríguez., María; Rubiano, Néstor. (2016) salud mental y atención primaria en salud: una necesidad apremiante para el caso Colombiano. Colegio colombiano de psicología. Médicos sin fronteras. Bogotá, Colombia.
- Rozante Rodrigues Salles, Anna Carolina; Miranda, Lilian; (2016). Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, Mayo-Agosto, 369-379.
- Sampayo, A. R. (2005) La desmanicomialización como práctica contra hegemónica en el abordaje de la salud mental [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en:
- Sánchez, R. G. (2013). Del hospital a la comunidad: una experiencia en atención en salud mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 5(11), 166-181.
- Tisera, A., Léale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A. L., & Joskowicz, A. (2013). Salud Mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 20(1), 251-258.
- Trieste: Asterios Delithanassis Editore. Sitio web:
<http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/08-desinstitucionaliz.htm>
- Vergel, C.G (2010) - LINEAS DE INVESTIGACION DEL CENTRO DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y TENOLOGICA –CICTAR-, Y DE LOS PROGRAMAS ACADEMICOS. Corporación universitaria de la Costa.
- Lafuente Lázaro, S., Santos Francisco González, J., Criado Martín, I., & Covarrubias Fernández, C. (2007). Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos: El caso de Segovia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 47-59.

- Gómez-Figueroa, C. A., Zurita, J. A. G., & Castolo, M. C. (2011). Análisis de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en pacientes crónicos no rehabilitables Analysis of deinstitutionalization of psychiatric care in chronic non restorable patients. *CONTENIDO CONTENTS*, 16(4), 199.
- Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2011). Desinstitucionalización y vida en la comunidad: declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas, de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID). *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (49), 137-146.
- Rodríguez, Jorge J. – ed.(2007) La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS, © 2007.
- Pereira Pérez, Zulay Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta *Revista Electrónica Educare*, vol. XV, núm. 1, enero-junio, 2011, pp. 15-29 Universidad Nacional Heredia, Costa Rica

Anexos

Anexo 1. Ejemplos de citas de las fortalezas macro-institucionales.

Citas referidas a las subcategorías

| Categoría | Subcategoría | Cita |
|------------|---------------------|---|
| Fortalezas | Macro-institucional | <p>“al no representar la discapacidad como un peligro para la población como lo era la locura, no se encerrara, pero se regulara la circulación y la participación social de estos individuos en dispositivos construidos desde los social”</p> <p>“la reforma del modelo de atención y rehabilitación integral, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de atención de las personas residentes en la institución, brindando mayores oportunidades para su desarrollo personal y la integración social”</p> <p>“comenzar cambios globales a partir de instancias particulares”</p> <p>“se han hecho importantes progresos en la formulación de políticas, planes y legislaciones de salud mental”</p> <p>“se han multiplicado las experiencias en la atención de salud mental en la atención primaria, su integración al sistema de salud y la vinculación con la comunidad”</p> <p>“los progresos hechos en la lucha contra el estigma y la marginación, así como en la salvaguardar los derechos mentales, son significativos”</p> <p>“la coordinación con otros sectores del estado y otras instituciones relaciones con el cuidado y promoción de la salud mental ha aumentado sensiblemente”</p> <p>“La psiquiatría se integra al sistema Único de salud (psiquiátrica publica)”</p> <p>“Los resultados muestran que los nuevos modelos permiten una reducción significativa del gasto para la atención psiquiátrica”</p> |

Anexo 2. Ejemplos de citas de las fortalezas practicas-profesionales.

Citas referidas a las subcategorías

| Categoría | Subcategoría | Cita |
|------------|--------------------------|---|
| Fortalezas | practic-as-profesionales | <p>“La ciudad tiene tres Caps (centros de atención psicosocial, servicios ambulatorios comunitarios) y hace mucho tiempo no se usa el dispositivo de internación en el hospital psiquiátrico, se puede vivir sin hospital psiquiátrico”</p> <p>“se destacan algunas revelaciones educativas, teniendo profesor particular que van hasta sus residencias”</p> <p>“actividades promocionales (gestión de comida, vivienda y trámites para usuarios, reuniones intersectoriales, redes de violencia familiar)”.</p> <p>“acompañamiento interdisciplinario (terapeutas diurnos y nocturnos) hospital de área y equipo de salud”</p> <p>“permite la creación de grupos de alcohólicos GIA, grupo familiar, grupo de prevención de adicciones, grupos de reflexión”</p> <p>“trabaja en el ámbito comunitario, o sea, en el espacio interinstitucional. Se atiende en cualquier institución que demande en encuentros intersectoriales”.</p> <p>“para curar se apela a la des rotulación de los demandantes, no se los rotula de enfermos”</p> <p>“eje habitad: refiere al proceso de consolidación de un lugar para habitar, logrando la pertenencia simbólica y material del espacio, es una estrategia de rehabilitación que se desarrolla en conjunto”</p> <p>“potencializa el intercambio y consolidación de estrategias de afrontamiento junto a familiares o vínculos afectivos de la persona a fin de evitar recaídas”</p> |

Anexo 2. Ejemplos de citas de las fortalezas prácticas profesionales

Citas referidas a las subcategorías

| Categoría | Subcategoría | Cita |
|------------|--------------------------|---|
| Fortalezas | practic-as-profesionales | <p>“ponen en un lugar central la apropiación del usuario respecto de su propio tratamiento, ubicándolo como sujeto con derechos y fortaleciendo la capacidad de exigibilidad y autonomía.”</p> <p>“la implementación de la red de servicios con variedad de ofertas de internación puede modificar la consigna que reza "internación como último recurso" utilizando una lógica de internación en el momento más temprano e instrumental posible”</p> <p>“incorporación de una amplia gama de estrategias en las áreas de comunicación, educación, cambio organizacional, intersectorialidad desarrollo comunitario y actividades locales”</p> <p>“incorporación a la práctica clínica de actividades de promoción y prevención”</p> <p>“descentralización y accesibilidad, la atención en salud mental se ha desplazado en algunos lugares de los hospitales psiquiátricos a centros más cercanos a los hogares”</p> <p>“promoción de habilidades psicosociales y mecanismo de entrenamiento individualizado”</p> <p>“se inicia la aplicación del modelo clínico-epidemiológico”</p> <p>“desarrolla acciones de promoción y prevención en salud; formaciones a personal clave de la comunidad en temas de salud mental; fortaleciendo el tejido social”</p> <p>“se priorizo la atención en crisis y la reintegración social de las personas con padecimiento mentales”</p> |

Anexo 3. Ejemplos de citas de las fortalezas individuales.

Citas referidas a las subcategorías

| Categoría | Subcategoría | Cita |
|------------|--------------|---|
| Fortalezas | individuales | <p>“es necesario que la desmanicomialización esté orientada hacia dispositivos que defiendan la condición de un sujeto participante dentro de su comunidad y en ejercicio de su ciudadanía”</p> <p>“se comprende la rehabilitación como conjunto de actuaciones para devolver al paciente la capacidad de vivir con dignidad, desarrollando sus habilidades personales y utilizando los recursos ambientales apropiados”</p> <p>“mejora la calidad de vida promoviendo el ejercicio de los derechos que su condición humana les confiere. Así mismo estimula el desarrollo de responsabilidades acorde a sus posibilidades”</p> <p>“se posibilita la promoción de actividades que permitan recuperar las habilidades de la vida cotidiana”</p> <p>“reconocimiento y fortalecimiento de las competencias y potencialidades de individuos y comunidades, favoreciendo el desarrollo personal y social”</p> <p>“se desperdicia menos tiempo pensando en evitar la fuga de pacientes y dirige los esfuerzos a la creación de condiciones para generar valores y actitudes basados en la libertad y la responsabilidad”.</p> |

Anexo 4. Ejemplos de citas de las dificultades macro-institucionales

Citas referidas a las subcategorías

| Categoría | Subcategoría | Cita |
|--------------|---------------------|---|
| Dificultades | Macro-institucional | <p>“En el discurso Neo liberal existen diferentes dificultades, cuando lo gobiernos hacen eco de la desmanicomializacion tienen otros fines, tales como: reducir el número de camas, cerrar pabellones, externar los pacientes. Pero no se construye una red de dispositivos terapéuticos que faciliten la re inserción social”</p> <p>“las leyes antimanicomiales han sido un argumento de lujo para des responsabilizarse definitivamente con lo que consideran una carga publica que no arroja beneficios. El abandono por parte del estado a los sujetos”</p> <p>“los gobiernos no han asignado a la atención comunitaria los recursos que se ahorran al cerrar hospitales”</p> <p>“se corre el riesgo de considerar que las políticas de "inclusión social" resolviera de por si la exclusión por el simple hecho de que su propósito sea incluir a los sujetos en círculos sociales”</p> <p>“desconocimiento y poca sensibilidad de los problemas de salud mental por parte de los dirigentes políticos”</p> <p>“privatizar los servicios de atención”</p> <p>“limitaciones presupuestarias a la hora de representar los obstáculos para la desmanicomializacion”</p> <p>“existen dificultades para pasar a ser marginal, a ser un servicio sanitario normalizado”</p> <p>“las críticas a los procesos de desmanicomialización no provienen argumentos médicos o científicos, sino de sectores políticos conservadores”</p> |

Anexo 5. Ejemplos de citas de las dificultades prácticas-profesionales.

Citas referidas a las subcategorías

| Categoría | Subcategoría | Cita |
|--------------|----------------------|--|
| Dificultades | practica-profesional | <p>“insuficiencia de espacios para que las personas elaboren su desconexión del hospital psiquiátricos”</p> <p>“se corre el riesgo de seguir reproduciendo mecanismos de dispositivos similares al manicomio”</p> <p>“Dentro de las principales problemáticas identificadas se destaca la falta de oportunidades dadas a los ex internos para la elaboración de la desvinculación del manicomio”</p> <p>“papel pasivo de la familia”</p> <p>“los escasos de dispositivos intermedios de atención en la comunidad como núcleo de políticas en sm que permitan rearmar proyectos de vida”</p> <p>“El desarrollo de las unidades psiquiátricas en hospitales generales no ha contribuido a atender mejor a los pacientes crónicos des institucionalizados ya que su tarea consiste absorber población nueva (trastornos mentales menores) con la cual los casos crónicos y graves quedan desatendidos”</p> <p>“insuficiente participación comunitaria, usuarios y familiares en la decisiones y acciones en salud mental”</p> <p>“los hospitales generales transmitan por la línea entre salud integral y atención manicomial”</p> <p>“se parecía que la atención en salud mental está dominada por la psiquiatría hospitalaria de tipo manicomial”</p> <p>“se corre el riesgo que se tienda a repetir prácticas autoritarias y totalitarias”</p> |

Anexo 6. Ejemplos de citas de las dificultades individuales

Citas referidas a las subcategorías

| Categoría | Subcategoría | Cita |
|--------------|--------------|---|
| Dificultades | individuales | <p>“Los procesos de re-socialización tienen dificultades al inicio por largo tiempo que los pacientes llevan externados”</p> <p>“el tiempo de internación dificulta el re-establecimiento de redes en la externación”</p> |

Anexo 7. Rejilla de los documentos revisados.

The screenshot shows a Microsoft Excel spreadsheet titled "rejilla-holman.xlsx". The spreadsheet is organized into columns labeled "Módulo", "Caso", and "Subcategoría". The rows contain detailed text descriptions of cases and their corresponding subcategories. The spreadsheet is color-coded with various background colors for different rows. The Excel interface includes the ribbon with tabs like "Inicio", "Insertar", "Diseño de página", "Fórmulas", "Datos", "Revisar", "Vista", and "Complementos". The status bar at the bottom shows "Hoja1" and "25%" zoom.

Anexo 8. Rejilla, datos de las fortalezas y las dificultades macro-institucionales, practicas- profesionales e individuales.

| rejilla-holman.xlsx - Microsoft Excel | |
|---------------------------------------|---|
| Archivo | Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Complementos |
| 1 | Como se ve su tema en el artículo (fortalezas y dificultades) |
| 2 | En el discurso Neo liberal existe diferentes dificultades, cuando lo gobiernos hacen eco de la desmanicomización tienen otros fines, talz como: reducir el numero de camas, cerrar pabellones, extemar los pacientes. Pero no se construye una red de dispositivos terapéuticos |
| 3 | al no representar la discapacidad como un peligro para la población como lo era la locura, no se encerrara, pero se regulara la circulación y la participación social de estos individuos en dispositivos construidos desde los social |
| 4 | Los leyes setmanicomiales han sido un argumento de lujo para desresponsabilizarse definitivamente con lo que consideran una carga pública que no traej beneficios). [al abandono por parte del estado a los sujetos] |
| 5 | La ciudad tiene tres Capas [centros de atención psicosocial, servicios ambulatorios comunitarios] y hace mucho tiempo no se usa el dispositivo de internación en el hospital psiquiátrico, se puede vivir sin hospital psiquiátrico |
| 6 | Profesionales poco preparados para asumir nuevas cobativas |
| 7 | el estigma aun es fuerte y se traduce en actitudes negativas hacia estas personas |
| 8 | los gobiernos se han interesado a la atención comunitaria los recursos que se ahorraban al cerrar hospitales |
| 9 | los argumentos que se oponen con mucho mas de cascader político que de orden medico y refleja el temor de recrear un problema social en la convivencia de los enfermos con sus familias y en sus barrios |
| 10 | la reforma del modelo de atención o rehabilitación integral, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de atención de las personas residentes en la institución, brindando mayores oportunidades para su desarrollo personal y la integración social |
| 11 | se corre el riesgo de considerar que las políticas de "inclusión social" resolverán de por sí la exclusión por el simple hecho de que su propósito sea incluir a los sujetos en circuitos sociales |
| 12 | insuficiencia de espacios para que las personas elaboren su desconexión del hospital psiquiátrico |
| 13 | apropiación de los recursos a disposición |
| 14 | red social limitada |
| 15 | se destacan algunas revelaciones educativas, teniendo profesor particular que van hasta sus residencias. |
| 16 | se afirma que entre mas circulan estas personas en la comunidad, participando en diferentes ambientes sociales, mas es el uso de diferentes posibilidades para construir redes relacionales |
| 17 | se corre el riesgo de seguir reproduciendo mecanismos de dispositivos similares al manicomio |
| 18 | dentro de las principales problemáticas identificadas se destaca la falta de oportunidades dadas a los ex internos para la elaboración de la desvinculación del manicomio |
| 19 | papel pasivo de la familia |
| 20 | no se encuentran contenidos al respecto. |
| 21 | actividades promocionales (gestión de comida, vivenciada y tramite para usuarios, reuniones intersectoriales, redes de violencia familiar. |
| 22 | acompañamiento interdisciplinario (terapeutas diurnos y nocturnos) hospital de area y equipo de salud, |
| 23 | permite la creación de grupos de alcoholicos GAs, grupo familiar, grupo de prevención de adicciones, grupos de reflexión |
| 24 | trabajo en el ambito comunitario, o sea, en el espacio interinstitucional. Se atiende en cualquier institución que demande en encuentros intersectoriales. |
| 25 | para curar se aplica a la destotalización de los demandantes, no se los rotula de enfermos |
| 26 | reconocimiento de la persona en su condición de sujeto de derechos y como tal recuperando sus potencialidades y su participación en las decisiones que hace a sus vidas |
| 27 | la concepción de salud-enfermedad como un proceso social, como una construcción historico social, un universal que estructura toda la sociedad |
| 28 | se desarrolla el incremento de las habilidades sociales practicas (autonomía, cuidado corporal, intercambios cotidianos, utilización del dinero, participación en espacios sociales |
| 29 | ojo hábitat: refiere al proceso de consolidación de un lugar para habitar, logrando la pertenencia simbólica y material del espacio, es una estrategia de rehabilitación que se desarrolla en conjunto |
| 30 | potenciales el intercambio y consolidación de estrategias de afrontamiento junto a familiares o vinculos afectivos de la persona a fin de evitar recaídas |
| 31 | inserción laboral posibilita una verdadera emancipación económica y también clínica, constituyéndose como medio para la realización de una vida digna y autónoma de las personas con sufrimiento mental |
| 32 | la escasez de dispositivos intermedios de atención en la comunidad como núcleo de políticas en sm que permitan resarmar proyectos de vida |
| 33 | ponen en un lugar central la apropiación del usuario respecto de su propio tratamiento, ubicandolo como sujeto con derechos y fortaleciendo la capacidad de exigibilidad y autonomía. |
| 34 | El desarrollo de las unidades psiquiátricas en hospitales generales no ha contribuido a atender mejor a los pacientes crónicos desinstitucionalizados ya que su tarea consiste absorber población nueva (trastornos mentales menores) con la cual los casos crónicos y graves qued |
| 35 | se desperdicia meazo tiempo pensando en evitar la fuga de pacientes y dirige los esfuerzos a la creación de condiciones para generar valores y actitudes basados en la libertad y la responsabilidad. |
| 36 | comenzar cambios globales a partir de instancias particulares |
| 37 | establecer una dinamica de interacción entre la comunidad interna y la comunidad externa |
| 38 | la implementación de la red de servicios con variedad de ofertas de internación puede modificar la conega que resta "internación como ultimo recurso" utilizando una logica de internación en el momento mas temprano e netamental posible |
| 39 | proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma |
| 40 | reconocimiento y fortalecimiento de las competencias y potencialidades de individuos y comunidades, favoreciendo el desarrollo personal y social |
| 41 | incorporación de una amplia gama de estrategias en las areas de comunicación, educación, cambio organizacional, intersectorialidad, desarrollo comunitario y actividades locales |
| 42 | incorporación a la practica clinica de actividades de promoción y prevención |
| 43 | descentralización y accesibilidad, la atención en salud mental se ha desplazado en algunos lugares de los hospitales psiquiátricos a centros mas cercanos a los hogares |
| 44 | calidad y humanización de la atención. Se han desarrollado protocolos de atención para algunos problemas prioritarios de salud mental. |
| 45 | promoción de salud mental, mediante el fomento de focos protectores de personas, familias y grupos sociales, |
| 46 | prevención de enfermedades mentales |

Anexo 9. Rejilla, título de los documentos analizados.

| rejilla-holman.xlsx - Microsoft Excel | |
|--|---|
| Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Complementos | |
| Portapape... Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar | |
| A | |
| 1 | Título |
| 2 | discursos emergentes en torno a la desmanicomización ¿desde dónde y para quién? |
| 3 | Institucionalización y desmanicomización de la discapacidad mental |
| 4 | ¿Qué decimos cuando hablamos de desmanicomización |
| 5 | Si hay libertad todo lo dema sobra, reflexiones sobre la institucionalización en una colonia psiquiátrica argentina |
| 11 | consideraciones sobre las categorías de acceso a la atención en salud y procesos de estigmatización en personas externadas y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental. |
| 12 | devincular do manicomio, apriorar su da vida: persistentes desafíos da institucionalización |
| 19 | Locura y encierro, psiquiátrico en méxico: el caso del manicomio la castañeda, 1910 |
| 20 | El manicomio Nacional a hospital psiquiátrico |
| 21 | Pasajera interdisciplinaria en salud mental y desmanicomización (Río Negro) |
| 28 | salud mental y desinstitucionalización resistencias y obstáculos en los procesos de exte rna ción en hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires |
| 34 | la desinstitucionalización y la crisis de las instituciones |
| 35 | ¿Qué hacer con los hospitales psiquiátricos? |
| 39 | estrategia de reorientación de servicios en las reformas de salud mental en la región de las americ as |
| 48 | La red de servicios en la comunidad |
| 53 | Salud mental en atención primaria en américa latina: avances y obstáculos en los últimos 15 años |
| 63 | Los sistemas de salud mental: del modelo asilar a la promoción de derechos fundamentales |
| 68 | Desmanicomización: inicios de un cambio |
| 70 | resistencia s activadas en Uruguay: perspectivas de sus usuarios |
| 71 | salud mental: desde el manicomio a la atención integral comunitaria |
| 74 | Desmanicomización institucional y subjetiva |
| 75 | Éxitos y fracasos: en torno a las experiencias |
| 77 | Del hospital a la comunidad: una experiencia en atención en salud mental |
| 82 | la psiquiatría social en la formación del psiquiatra colombiano y la atención en salud mental |
| 83 | el apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma a la atención psiquiátrica, consideraciones desde una perspectiva psicosocial |
| 85 | unidades psiquiátricas en hospitales generales en américa del sur: contexto y panorama general de los últimos años |
| 87 | De la psiquiatría a la salud mental |
| 88 | de loco a enfermo: De la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria |
| 89 | Institución psiquiátrica en colombia en el año 2025. Investigación con el método Dolphi |
| 92 | salud mental y atención primaria en salud: una necesidad apremiante para el caso Colombiano |
| 93 | La desmanicomización: cronica de la reforma de salud mental en Río Negro |
| 96 | |
| 97 | desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio |
| 98 | Representaciones sociales sobre desmanicomización en profesionales de la salud mental |
| 99 | |
| 100 | |
| 101 | |
| 102 | Hacia una rehabilitación psicosocial en el Uruguay |
| 103 | |
| 104 | Análisis histórico de la reforma psiquiátrica andaluza; la salud mental reformada sin manicomios |
| 105 | gestión de modelos de exte rna ción de adultos con alteraciones mentales y el impacto en la institucionalización en argentina |
| 106 | |

Anexo 10. Rejilla, objetivos de los documentos analizados.

| rejilla-holman.xlsx - Microsoft Excel | | |
|---------------------------------------|--|-------------------|
| Objetivo | | |
| 2 | Conceptualizar el discurso y evidenciar cuáles son los discursos implicados frente a los procesos de desmanicomización | En el discurso |
| 3 | análisis de la institucionalización de la discapacidad mental y el modelo al que esta pertenece. | al no represent |
| 4 | establecer el panorama que existe acerca de la desmanicomización | del desmanic |
| 9 | presentar algunas reflexiones sobre la naturalización del proceso de institucionalización del padecimiento mental | los argumenta |
| 11 | estudio de la accesibilidad a la atención en salud de personas externadas de instituciones manicomiales en un partido de la provincia de Buenos Aires donde el abordaje de las patologías se hace de forma ambulatoria | de corte al ma |
| 12 | discutir los desafíos relacionados con la desinstitucionalización y la reconstrucción de la vida de aquellas personas que han pasado décadas en el manicomio. | insuficiencia de |
| 19 | Describir la historia de la atención en salud mental en México, exponiendo el caso del manicomio de la Catedral, 1910 | países pasados de |
| 20 | expone el desarrollo histórico de La casa de Orates, junto con sus prácticas. | no se encuentra |
| 21 | muestra la experiencia de una rotación interdisciplinaria de 2 por el servicio de salud mental de hospital de área Bolson | actividad prom |
| 28 | caracterizar los obstáculos y resistencias en el proceso de extensión de usuarios de un programa de prealta de un hospital monovalente de la ciudad de Buenos Aires | se desarrolla d |
| 34 | generar una reflexión sobre los debates de se suscitan alrededor de los procesos desinstitucionalizadores | El desarrollo d |
| 35 | | |
| 39 | estudiar la implementación de estrategias de salud mental en Latinoamérica | de discapacidad |
| 48 | | proporción al |
| 53 | revisión crítica de los cambios experimentados por la región en los servicios de salud mental y en los de atención primaria | la dificultad ma |
| 63 | ofrecer una concisa revisión sobre los progresos en materia de derechos humanos relativos a las personas que conviven con condiciones de salud mental | de descomunicac |
| | | promoción de l |
| 68 | brindar una visión crítica a la institución manicomial desde concepciones psiquiátricas que indican prácticas alternativas a las fuertemente instituidas políticas manicomiales, | reconoce a los |
| 70 | conocer los significados de los usuarios acerca de las residencias psiquiátricas "Cazavalle" y "Olimborazo" | mejora la salud |
| 71 | describir la atención de la atención a personas con enfermedades mentales | la red de servic |
| 74 | desarrollar una panorámica histórica acerca de la institucionalización psiquiátrica y la decadencia de este sistema de asistencia en salud mental | ab hace social |
| 75 | realizar un balance de lo conseguido y de lo que falta, tanto en lo macro, en el escenario de las estrategias generales de la reforma, como la micro, en las experiencias asistenciales que constituyen lo forjado | para importan |
| 77 | brindar un panorama temporal de las fortalezas y los desarrollos de las experiencias comunitarias de salud mental en las Isla de Cuba. | se reconoce al |
| 82 | examinar el estado de la formación de psiquiatría comunitaria en el psiquiátrico colombiano y su desarrollo en el contexto comunitario | el sistema soci |
| 83 | revisión del apoyo familiar como proceso psicosocial en la atención a personas con padecimientos mentales | la familia comu |
| 85 | analizar el estado de la reestructuración en salud mental, mediante la estrategia de atención psiquiátrica e hospitales generales en América del Sur | en siete países |
| 87 | | los hospitales e |
| 88 | describir el proceso de desinstitucionalización del hospital psiquiátrico de Laganes y la reforma de atención en salud mental en Madrid, España | de comprendi |
| 89 | analizar el papel de la institución psiquiátrica en el contexto colombiano durante los próximos 25 años | colombiano es un |
| 92 | este documento pretende argumentar la necesidad de incluir la salud mental en APS en el contexto colombiano, mediante la conceptualización de esta estrategia y sus relaciones con otros dispositivos de atención | desarrolla soci |
| 93 | describir el desarrollo del proceso de desmanicomización en Río Negro, Argentina. | alcanzar la met |
| 96 | | |
| 97 | documentar el desarrollo de primer proceso de desmanicomización en Trieste, Italia y la efectividad de los dispositivos comunitarios que ofrece la desmanicomización | Los resultados |
| 98 | establecer cuáles son las representaciones sociales acerca de la desmanicomización en profesionales de salud mental del Paraguay | la manicomializ |
| 99 | | de recuperación |
| 100 | | limitaciones pe |
| 101 | | de corrección |
| 102 | describe la concepción del modelo psicoclinical integral a nivel de política pública asistencial | El programa de |
| 103 | | en los países de |
| 104 | establece una visión crítica de la integración de los recursos de salud mental en el sistema sanitario general español | salud mental |
| 105 | caracterizar y evaluar el diseño organizacional y los modelos de gestión de desinstitucionalización psiquiátrica operados en algunos países desarrollados en occidente y su impacto como antecedente argentino | los profesional |
| 106 | | los diferentes |

Anexo 11. Rejilla, referencias de los documentos.

| rejilla-holman.xlsx - Microsoft Excel | |
|---------------------------------------|---|
| Archivo | Inicio |
| 2 | Borron, P., & Herrera, S. M. DISCURSOS EMERGENTES EN TORNO A LA DESMANICOMIALIZACIÓN; DESDE DÓNDE Y PARA QUIÉN? Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. |
| 3 | |
| 4 | Bisnchi, M. (2011). ¿Qué decimos cuando hablamos de desmanicomización? Segundo Encuentro Nacional de Intercambio Científico de Psicología de Universidades de Gestión Privada. 4. |
| 5 | Elizaso, S. (2008). "Si hay libertad, todo lo demás sobra": Reflexiones sobre la institucionalización en una colonia psiquiátrica argentina. <i>Gaceta de Antropología</i> , 24(2). |
| 6 | Garbaj, P. (2010). Consideraciones sobre las categorías de acceso a la atención en salud y procesos de estigmatización en personas internadas de instituciones de salud mental. <i>Anuario de Investigaciones</i> , 11, 303-316. |
| 12 | Repetto, R. (2010). Análisis de la desmanicomización en Uruguay: ¿qué es y para qué? <i>Revista de Psicología</i> , 24(2). |
| 13 | Molina, A. R. (2006). LOCURA Y ENCIERRO PSQUIÁTRICO EN MÉXICO: EL CASO DEL MANICOMIO LA CASTAÑEDA, 1910/MADNESS AND PSYCHIATRIC CONFINEMENT IN MEXICO: THE CASE OF MANICOMIO LA CASTAÑEDA, 1910. <i>América Indígena</i> , 6(6), 73-90. |
| 20 | Medina, E. (2001). De manicomio nacional a hospital psiquiátrico. <i>Revista chilena de neuro-psiquiatría</i> , 33(1), 78-81. |
| 21 | Brenkilla, M., IRIBOYENTESTA, R., & San Sebastián, G. (2005, November). Paralelos de la desmanicomización en Uruguay y Chile. <i>Revista de Psicología</i> , 24(2). |
| 28 | Tissera, A., Lóez, H., Lohgory, J., Peralta, A. L., & Joskowicz, A. (2010). Salud Mental y desmanicomización: resistencias y obstáculos en los procesos de internación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. <i>Anuario de Investigaciones</i> , 20(1). |
| 34 | Doménech Argenti, M., Tiznado Serrano, F. J., Traverso, S., & Vitoras González, A. (1998). La desmanicomización y la crisis de las instituciones. <i>Educación social: Revista de intervención socio-educativa</i> , 12, 0020-32. |
| 35 | Rodríguez, Jorge A. - ed. (2007) La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS, © 2007. |
| 39 | Rodríguez, Jorge A. - ed. (2007) La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS, © 2007. |
| 48 | Rodríguez, Jorge A. - ed. (2007) La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS, © 2007. |
| 53 | Rodríguez, Jorge A. - ed. (2007) La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS, © 2007. |
| 63 | Pinto, Boris (2012) Los sistemas de salud mental: del modelo asilar a la promoción de derechos fundamentales. Superintendencia Nacional De Salud, número dos. Bogotá, Colombia |
| | Sampayo, A. R. (2005) La desmanicomización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: |
| 68 | http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trabfinal/677/677.pdf |
| 70 | Medina, E. (2001). <i>Revista de Psicología</i> , 24(2). |
| 71 | Lamata, Fernando (2014) Salud mental: desde el manicomio a la atención integral comunitaria. Coordinación de los servicios sociales y los servicios de salud, logros, riesgos, desafíos. Algunas reflexiones. Federación andaluza de familiares y personas con enfermedades mentales. |
| 74 | Pedraza, M. (2003). <i>Confusiones y Clarificaciones</i> . Desmanicomización. |
| 75 | Declaración de Caracas (2009) Exitos y fracasos: en torno a las experiencias. Jornada sobre modelos y estrategias en salud mental. Rev. ASOC. Esp. Neuropsiquiatría, vol XXX, nº 103, issn 0211-5735. España |
| 77 | Sánchez, R. G. (2013). Del hospital al espacio comunitario: una experiencia en atención en salud mental. <i>Colombian Journal of Psychiatry</i> , 5 (11), 166-181. |
| 82 | Carrizosa Miranda, C. A., & Herrera Burtar, M. I. (2012). La psiquiatría social en la formación del psiquiatra colombiano y la atención en salud mental. <i>Revista Colombiana de Psicología</i> , 47 (2). |
| 83 | Gómez, S. A. El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. |
| 85 | Montes, S. (2007). Unidades psiquiátricas en hospitales generales en América del Sur: contexto y perspectivas. <i>Rev. Psiquiatría Urug.</i> , 11 (2), 125-134. |
| 87 | González Dura, E. (2009). De la Psiquiatría a la Salud Mental. <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , 20 (14), 249-256. |
| 88 | Durán, M. (2007). <i>De la casa a la comunidad: la psiquiatría en el manicomio a la salud mental comunitaria</i> . Ayuntamiento de Logroño. |
| 89 | Venegas Medina, C. R., & de la Espinosa Guerrero, R. A. (2015). La institución psiquiátrica en Colombia en el año 2015. Investigación con método Delphi. <i>Revista Gerencia y Políticas de Salud</i> , 14 (29), 114-125. |
| 92 | Rodríguez, María Rubino Néstor. (2016) salud mental y atención primaria en salud: una necesidad apremiante para el caso Colombiano. Colegio colombiano de psicología. Médicos sin fronteras. Bogotá, Colombia. |
| 93 | Cabrera, H. (2012). <i>La desmanicomización: Política de reforma del Sistema de Salud Mental en Uruguay</i> . Lugar Editorial. |
| 97 | Ideasz (2012) desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio. Innovación para el Desarrollo y la cooperación Sur-Sur. |
| 98 | Ayala, P. (2016). Representaciones raciales sobre desmanicomización en profesionales de Salud Mental. <i>Revista Paraguaya de la Asociación Social</i> , 17(1), 72-97. |
| 99 | |
| 100 | |
| 101 | |
| 102 | Dal Corno, R., Villar, M., & Desman, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en Uruguay. <i>Psicología, Conciencia y Sociedad</i> , 7 (4), 63-96. |
| 103 | |
| 104 | Cabrera, H. (2012). Análisis histórico de la reforma psiquiátrica en Uruguay: salud mental, reforma y desmanicomización. <i>Ensayo psiquiátrico</i> , 11 (2), 241-252. |
| 105 | Herrera, A. H. (2013). Gestión de medidas de internación de sujetos con alteraciones mentales y el impacto en la desmanicomización en Argentina. <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , 27 (2), 8-16. |
| 106 | |
| 107 | Lafuente Lázaro, S., Senter Francisco González, J., Oriada Martín, I., & Cervera Ruiz Fernández, C. (2007). Desmanicomización y calidad de vida en pacientes psiquiátricos: El caso de Segovia. <i>Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría</i> , 27 (2), 47-59. |
| 108 | Gómez Figueroa, C. A., Zurita, J. A. G., & Carate, M. C. (2011). Análisis de la desmanicomización de la atención psiquiátrica en pacientes crónicos en rehabilitación: Análisis de desmanicomización de psychiatric care in chronic non-recoverable patients. <i>CONFENGO-CONFENES</i> , 14 (4), 199. |

Hoja1

Listo Se encontraron 30 de 94 registros

55%

Anexo 12. Rejilla, fuente, tipo de producto investigativo, país y año.

| | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R |
|-----|----------------|--|-----------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Fuente | Producto investigativo | país | año | | | | | | | | | |
| 2 | Google Scholar | Poecia, recibida por el congreso internacional de salud mental y derechos humanos | Argentina | 2009 | | | | | | | | | |
| 3 | Google Scholar | Artículo científico | Argentina | 2010 | | | | | | | | | |
| 4 | Google Scholar | Artículo científico | Argentina | 2011 | | | | | | | | | |
| 3 | Disinet | Artículo científico | Argentina | 2008 | | | | | | | | | |
| 11 | Redalyc | artículo científico | Argentina | 2010 | | | | | | | | | |
| 12 | Redalyc | artículo científico | Brazil | 2016 | | | | | | | | | |
| 13 | Redalyc | Artículo científico | Mexico | 2008 | | | | | | | | | |
| 20 | SciELO | Artículo científico | Chile | 2001 | | | | | | | | | |
| 21 | SciELO | informe de pasantía | Argentina | 2003 | | | | | | | | | |
| 28 | Redalyc | artículo científico | Argentina | 2013 | | | | | | | | | |
| 34 | Google Scholar | artículos científico | España | 1938 | | | | | | | | | |
| 35 | Disinet | Libro, (2. La Reforma Psiquiátrica en América Latina y el Caribe, Roberto Tykanozi | España | 2007 | | | | | | | | | |
| 39 | Disinet | Libro | España | | | | | | | | | | |
| 48 | Disinet | Libro | España | | | | | | | | | | |
| 50 | Disinet | Libro | España | | | | | | | | | | |
| 63 | Google scholar | artículo científico | Colombia | 2012 | | | | | | | | | |
| 68 | Google Scholar | Capítulo, libro | Argentina | 2005 | | | | | | | | | |
| 70 | Google scholar | trabajo final de grado, pre proyecto de investigación | Uruguay | 2014 | | | | | | | | | |
| 71 | SciELO | conferencia | España | 2014 | | | | | | | | | |
| 74 | Google scholar | conferencia | Argentina | 2008 | | | | | | | | | |
| 75 | Disinet | Libro | España | 2008 | | | | | | | | | |
| 77 | SciELO | artículo | Cuba | 2013 | | | | | | | | | |
| 82 | Google scholar | artículo | Colombia | 2013 | | | | | | | | | |
| 83 | Redalyc | artículo | Colombia | 2009 | | | | | | | | | |
| 85 | Google scholar | artículo | Uruguay | 2007 | | | | | | | | | |
| 87 | Disinet | artículo | España | 2008 | | | | | | | | | |
| 88 | SciELO | artículo | España | 2008 | | | | | | | | | |
| 89 | Redalyc | artículo | Colombia | 2015 | | | | | | | | | |
| 92 | Google scholar | artículo | Colombia | 2016 | | | | | | | | | |
| 93 | Disinet | libro | Argentina | 2013 | | | | | | | | | |
| 96 | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | Google scholar | Artículo | España | 2012 | | | | | | | | | |
| 38 | redalyc | Artículo | Paraguay | 2016 | | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | | | | | |
| 101 | | | | | | | | | | | | | |
| 102 | redalyc | Artículo | Uruguay | 2011 | | | | | | | | | |
| 103 | | | | | | | | | | | | | |
| 104 | redalyc | Artículo | España | 2011 | | | | | | | | | |
| 105 | disinet | Artículo | Argentina | 2013 | | | | | | | | | |
| 106 | | | | | | | | | | | | | |
| 107 | disinet | Artículo | España | 2007 | | | | | | | | | |

Hoja1 Se encontraron 30 de 94 registros

55%

Anexo 13. Atlas ti, tabulación de los datos de la rejilla.

Nueva unidad hermenéutica - ATLAS.ti

Proyecto Edición Documentos Citas Códigos Memos Redes Análisis Herramientas Visualizaciones Ventanas Ayuda

DPs P 1: Titulo Citas Códigos Memo

P 1: Titulo.docx

| Titulo | Objetivo | Como se ve su tema en el articulo (fortalezas y dificultades | palabras clave | Referencia |
|---|---|--|--|---|
| discursos emergentes en torno a la desmanicomializacion ¿ desde donde y para quien? | Conceptualizar el discurso y evidenciar cuales son los discursos implicados frente a los procesos de desmanicomialización | En el discurso Neo liberal existen diferentes dificultades, cuando lo gobiernos hacen eco de la desmanicomializacion tienen otros fines, tales como: reducir el numero de camas, cerrar pabellones, extermiar los pacientes. Pero no se construye una red de dispositivos terapeuticos que faciliten la re insercion social. (Dificultad politica) | Encierros, Derechos humanos, desmanicomializacion y abordajes criticos | Barone, P., & Herranz, S. M. DISCURSOS EMERGENTES EN TORNO A LA DESMANICOMIALIZACIÓN, DESDE DÓNDE Y PARA QUIÉN? |
| 012 | analisis de la | al no representar la discapacidad como un peligro para la poblacion como lo era la locura, no se encerrara, pero se regulara la circulacion y la | | Contino, Alejandro Martin (2010). INSTITUCIONALIZACIÓN Y DESMANICOMIALIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD MENTAL. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII |

P 1: Titulo.docx > Mi biblioteca Tamaño: 1 Texto rico Predeterminado

Anexo 15. Atlas ti, documentos primarios, familias e integración de datos a las categorías.

Nueva unidad hermenéutica - ATLAS.ti

Proyecto Edición Documentos Citas Códigos Memos Redes Análisis Herramientas Visualizaciones Ventanas Ayuda

DPs P 1: Titul Códigos debilidad Memo

Documentos primarios

Buscar

| Teub | Objetivo | Caso se ve en temas en el atlas (fortalezas y debilidades) | palabras clave | Referencia | Puntaje | Producto investigativo | país | año |
|------|---|--|----------------|--|---------|------------------------|----------|------|
| 001 | desarrollar el liderazgo y el trabajo en equipo en los docentes para mejorar la calidad de la enseñanza y el aprendizaje en los centros educativos. | | | Bonino, P., & Morán, S. M. (2008). EMERGENTES EN TORNO A LA ORGANIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE Y SU DESARROLLO. <i>Revista de la Universidad de Chile</i> , 11(1), 1-10. | | Artículo científico | Chile | 2008 |
| 012 | mejorar la calidad de la enseñanza y el aprendizaje en los centros educativos. | | | Correa, Alexander Marco (2010). INVESTIGACIÓN DE LA PRÁCTICA DOCENTE EN EL DEPARTAMENTO DE NEIVA. Tesis de grado. Universidad de la Guajira, Guajira, Colombia. | | Artículo científico | Colombia | 2010 |
| 023 | mejorar la calidad de la enseñanza y el aprendizaje en los centros educativos. | | | Blanco, M. (2011). Una década de desarrollo de la investigación en el campo de la pedagogía de la Universidad de Chile. <i>Revista de la Universidad de Chile</i> , 14(1), 1-10. | | Artículo científico | Chile | 2011 |
| 037 | mejorar la calidad de la enseñanza y el aprendizaje en los centros educativos. | | | Blanco, M. (2011). Una década de desarrollo de la investigación en el campo de la pedagogía de la Universidad de Chile. <i>Revista de la Universidad de Chile</i> , 14(1), 1-10. | | Artículo científico | Chile | 2011 |
| 048 | mejorar la calidad de la enseñanza y el aprendizaje en los centros educativos. | | | Bonino, P. (2008). ¿Se ha liberado, todo lo docente? Reflexiones sobre la investigación en el campo de la pedagogía. <i>Revista de la Universidad de Chile</i> , 11(1), 1-10. | | Artículo científico | Chile | 2008 |
| 059 | mejorar la calidad de la enseñanza y el aprendizaje en los centros educativos. | | | Carra, P. (2010). Consideraciones sobre las categorías de acceso a la investigación en el campo de la pedagogía. <i>Revista de la Universidad de Chile</i> , 13(1), 1-10. | | Artículo científico | Chile | 2010 |
| 070 | mejorar la calidad de la enseñanza y el aprendizaje en los centros educativos. | | | Carra, P. (2010). Consideraciones sobre las categorías de acceso a la investigación en el campo de la pedagogía. <i>Revista de la Universidad de Chile</i> , 13(1), 1-10. | | Artículo científico | Chile | 2010 |

P 1: Titulo.docx -> Mi biblioteca

Tamaño: 4 Texto rico Predeterminado