

Trabajo Final de Grado

“Dos mundos: a un lado y otro de una puerta de vidrio.

Memorias de una práctica”



Estudiante: Bibiana Ferreira. C.I: 1.775.023-6

Tutora: Mag. Psic. María Eugenia Viñar.

Revisora: Prof. Adj. Dra. Psic. Cecilia Baroni.

Modalidad: Otros.

Montevideo, Diciembre 2020.

Índice de contenidos.

Resumen	p.1
Summary	p.2
Introducción	p.3
1. Primer acercamiento al Hospital Vilardebó	p.6
1.1. Vilardebó como institución total.....	p.7
1.2. Vigilancia extrema (de los cuerpos y de la subjetividad).....	p.9
1.3. Condición de asilo, depósito de personas.....	p.9
Memoria de práctica I.....	p.12
Memoria de práctica II.....	p.14
1.4. Violencia de género y manicomio.....	p.15
Memoria de practica III.....	p.16
Memoria de práctica IV.....	p.19
1.5. La pobreza en términos de “miseria”.....	p.21
Memoria de práctica V.....	p.22
Memoria de práctica VI.....	p.25
2. Dos modelos de atención en tensión.	p.26
2.1. Desmanicomialización y cambio de paradigma.....	p.27
2.2. Dos antónimos a un vidrio de distancia. Manicomialización y desmanicomialización.....	p.28
3. Vilardevoz como dispositivo y proyecto alternativo	p.29
3.1. Construcción de ciudadanía.....	p.30
4. Consideraciones finales	p.33
Referencias bibliográficas	p.35
Anexos	p.38

Dedicado a:

Adhemar, Diego P, Miguel, Carlos, Carlos G, Soledad, Luis Silva, Oscar, porque no se fueron, están presente cada vez que Vilardevoz enciende el micrófono.

A todo el colectivo de Vilardevoz, que da sentido a este trabajo, además de sentir que en realidad lo hicimos entre todos.

Agradecimientos.

Agradezco en primer lugar a Pamela (mi hija), por su compañía incansable, por su interés siempre atento en este recorrido, y las palabras de ánimo cuando las cosas se complicaban.

A María Eugenia Viñar (tutora), por tanto apoyo constante, comprensión y empatía, en este año que ha sido tan particular. Por sus aportes y por ayudarme a encontrarle la vuelta cuando todo se veía adverso, para poder concretar con este trabajo un sueño, sueño que persigo desde mis catorce años, cuando supe que deseaba ser psicóloga.

A Cecilia Baroni (revisora), por su lectura atenta y sus recomendaciones. Por haber estado presente desde la docencia en todo este recorrido, casi que cuerpo a cuerpo compartiendo herramientas, mostrándome el camino.

Agradecer a mis hermanos, por comprender tantas veces que debía ausentarme porque tenía que estudiar, siempre con una sonrisa y palabras que instaban a seguir.

A mis amigos, siempre preguntando ¿qué te falta?, ¡dale, metele, estás ahí! Gracias por las juntas canceladas para poder estudiar y por las realizadas, siempre cargadas de buenos deseos.

Y fundamentalmente, gracias a la Universidad de la República, que me recibió y dio la posibilidad de formarme, haciendo efectivo mi derecho a estudiar.

Resumen.

El presente trabajo pretende dar cuenta y analizar mi práctica, además del recorrido académico en diferentes programas pre-profesionales a los que me incorporé como estudiante de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República en el ámbito de la salud mental y los derechos humanos y es presentado como Trabajo Final de Grado.

La búsqueda como estudiante parte del intento de identificar los aportes de la Psicología en instituciones psiquiátricas, en este caso en el Hospital Vilardebó, además de dar cuenta de un recorrido práctico vivencial.

Tomar, desde una perspectiva crítica dos formas opuestas de abordar la salud mental y la complejidad de poder articularlas, por un lado la postura hospitalaria, apoyada en el modelo médico hegemónico y por otro el proyecto Radio Vilardevoz, desde un modelo comunicacional y participativo.

Se reflexiona y problematiza a través de la selección de algunas viñetas donde participaron personas internadas en el hospital, sobre estos dos modos de abordar la salud mental, basados en el poder y dominio por un lado, y sobre otra forma posible por otro, que apunta a una mejor calidad de atención en salud mental en perspectiva de derechos humanos.

Se da cuenta de la resistencia al cambio de modelo por parte de la institución hospitalaria contextualizando y articulando las memorias de la práctica a través de viñetas que dan cuenta de ello con marcos teóricos conceptuales.

En un primer momento se hace referencia al hospital Vilardebó como institución, con sus características totalizadoras en cuanto al modo de comprender la salud, habitar los espacios y producir subjetividad, donde además se incluye la perspectiva de género al análisis. Luego se toma el proyecto participativo Radio Vilardevoz como respuesta alternativa, caracterizado por la visión integral del sujeto y la práctica de políticas inclusivas a través de la participación colectiva como forma de hacer-se y pensar-se.

Palabras clave: Salud mental, desmanicomialización, género, Vilardevoz

Abstract.

The present work aims to give an account and analyze my practice, in addition to the academic path in different pre-professional programs to which I joined as a student of the Bachelor of Psychology at the University of the Republic in the field of mental health and human rights and it is presented as a Final Degree Project.

The search as a student part of the attempt to identify the contributions of Psychology in psychiatric institutions, in this case in the Vilardebó Hospital, in addition to giving an account of a practical experiential journey.

Taking, from a critical perspective, two opposing ways of approaching mental health and the complexity of being able to articulate them, on the one hand the hospital position, supported by the hegemonic medical model and on the other the Radio Vilardevoz project, from a communicational and participatory model.

It is reflected and problematized through the selection of some vignettes where people admitted to the hospital participated, on these two ways of approaching mental health, based on power and dominance on the one hand, and on another possible way on the other, which points to a better quality of mental health care from a human rights perspective.

He realizes the resistance to the change of model by the hospital institution contextualizing and articulating the memories of the practice through vignettes that account for it with conceptual theoretical frameworks.

At first, the Vilardebó hospital is referred to as an institution, with its totalizing characteristics in terms of the way of understanding health, inhabiting spaces and producing subjectivity, where the gender perspective is also included in the analysis. Then the participatory project Radio Vilardevoz is taken as an alternative response, characterized by the integral vision of the subject and the practice of inclusive policies through collective participation as a way of doing and thinking about oneself.

Keywords: Mental health, demanicomialization, gender, Vilardevoz

Introducción.

Mi primer acercamiento a una institución psiquiátrica, el Hospital Vilardebó, se da inicialmente a través de Radio Vilardevoz, de la fonoplatea abierta de los sábados. Mi llegada fue como estudiante del EFI¹ “Técnicas alternativas en salud mental” (2013).

Lo mencionado líneas arriba incrementó el interés en seguir formándome en el campo de la salud mental por lo que continué participando como voluntaria durante 2014, los sábados y en espacios de referencia con integrantes del equipo técnico para pensar en los seguimientos de los participantes de la radio, actividades, coordinaciones intra hospitalarias e interinstitucionales. A su vez, ese mismo año realicé actividades de Cooperación Institucional, a las que haré mención en el próximo apartado.

Mediante la Integración de estudiantes de la licenciatura a Programas de Institutos y Centros de Investigación² realicé mi práctica pre profesional del ciclo de graduación en Vilardevoz en el año 2015. De esta forma se da mi tránsito en Vilardevoz, en donde a lo largo de cuatro años asumí diversas tareas que fueron acordadas con el equipo técnico de la radio y la docente referente, como ser: seguimiento de participantes internados y/o ambulatorios, coordinación intrahospitalaria que implicó entre otras cosas interactuar con médicos de sala, de emergencia, ropería, comedor, vigilancia y todos aquellos involucrados en lo que refiere a la internación de una persona.

Cabe mencionar que lo que separa ediliciamente el pasaje entre las salas de internación del Vilardebó y Vilardevoz es una puerta de vidrio, que aparece en varios apartados de este trabajo como simbolismo de límite, que muchas veces también podemos pensarlo como una división entre lo instituido de un lado e instituyente del otro, de acceso negado a veces, pero a su vez como elemento que permite la visibilidad de las características de cada uno, en un vaivén dialógico entre ambos.

¹ Los Espacios de Formación Integral (EFI) conforman dispositivos de enseñanza que contemplan “(...) la integración de las tres funciones universitarias en un núcleo de enseñanza, y la incorporación de la perspectiva interdisciplinaria como modelo de aproximación a la realidad social.” (Udelar, 2009). En ese EFI en particular recorrimos el Hospital Vilardebó y conocimos algunas experiencias alternativas, entre ellas la radio.

² La incorporación a Programas habilita la inclusión de estudiantes en prácticas concretas donde previamente se ha estado vinculado a un Proyecto de Extensión y al equipo docente. Es una posibilidad para aquellos estudiantes interesados en profundizar en un campo temático de su interés.(UdelaR, 2011)

El Hospital Vilardebó es el único hospital psiquiátrico público de nuestro país y funciona desde 1880. Además existen las colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi³, fuera de Montevideo, como instituciones públicas también, para internaciones de larga estadía que funcionan como asilos.

Vilardevoz es una radio comunitaria, proyecto autónomo que se fundó en 1997 por estudiantes de Psicología en el Hospital Vilardebó, en Montevideo, Uruguay, y todavía funciona allí, actualmente en el Centro Diurno. Sus ejes centrales son la “participación, la comunicación y la salud mental” (Baroni y otros, 2013, p.165). Su actividad se desarrolla en cuatro talleres: el taller de escritura, taller central, taller de producción radial y salida al aire con fonoplatea abierta, aunque esto ha tenido sus variaciones a lo largo de la historia. También existen los desembarcos, cuando el colectivo va a hacer radio a otros lugares a modo de intervención social.

Mi recorrido, en un principio como observadora y luego pasando a intervenir en diferentes situaciones y momentos como pasante y co-coordinadora, comienza los días sábados, con la salida al aire y el patio “multi expresivo”. Al decir de Villaverde (2016), “muchas de las dinámicas de éste patio multi expresivo consisten en jugar al ajedrez, a las cartas, realización de dibujos, sentarse a tomar mate y cantar en la glorieta” (p. 21), como espacio de intercambio e interacción social, espacio de encuentro.

Desde el encuentro en los diferentes espacios de la radio surge lo novedoso, a veces conflictuado, a veces creativo. A través de la concepción de encuadre móvil se van generando intervenciones desde la psicología o de carácter interdisciplinario, donde al decir de Rodríguez Nebot (2004) se “ajustan los tiempos y las frecuencias acordes a las singularidades de las situaciones en concreto” (p. 31) con intervenciones tanto grupales como individuales.

Pensar en Radio Vilardevoz como espacio de encuentro implica además pensarla como dispositivo. Deleuze (1990) plantea que estaría representado por lo heterogéneo, diverso y en continuo cambio, “una especie de ovillo o de madeja, un conjunto multilínea” (p.155) donde sus componentes o “líneas” son de diferentes naturalezas, que en la interacción entre ellas generan saberes, poderes y subjetividades.

Para poder comprender lo que acontece en el dispositivo, Deleuze (1990) expresa que “hay que instalarse en las líneas mismas, que no se contentan solo con componer un dispositivo, sino que lo atraviesan y lo arrastran, de norte a sur, de este a oeste o en diagonal” (p.158). Estas palabras de Deleuze también podrían relacionarse con una frase que en algún momento dijeron los participantes dándonos la bienvenida como pasantes: “Pasen y mézclense con nosotros”, y así es como comienza mi camino de aprendizaje, mezclando-me, en esas “marañas”, construyendo

³ Según datos del VI Informe Anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (2019) el promedio en años que las personas permanecen internadas en estos sitios es de ¡25 años!

colectivo sin perder de vista los lugares y roles diferenciales que iba asumiendo en el marco del dispositivo.

El trabajo se divide en distintos apartados. En un primer momento, en varios apartados, se hará referencia al hospital Vilardebó como institución total, con sus características en cuanto al modo de comprender y abordar las distintas problemáticas referidas a la salud mental, la dinámica hospitalaria en cuanto al modo de habitar los espacios, también como dispositivo que genera otras formas de ejercicio de poder y saber y ciertas producciones de subjetividad. En otro apartado se analizan situaciones desde la perspectiva de género. En el recorrido se va visualizando la necesidad de un cambio en el modelo de atención, con la desmanicomialización como imperativo.

Se presenta un apartado donde se comparan el paradigma que sustenta el manicomio y aquel que sustenta esta perspectiva de cambio, para finalmente pasar a abordar específicamente el proyecto participativo Radio Vilardevoz como respuesta alternativa, caracterizado por la visión integral del sujeto y la práctica de políticas inclusivas a través de la participación colectiva como forma de hacer-se y pensar-se.

En las reflexiones finales, además de resaltar algunas ideas centrales de lo escrito, hago referencia al lugar bisagra en el que me sentí a partir de las tareas realizadas y a cómo y porqué este tránsito alimentó el presente trabajo.

1. **Primer acercamiento al Hospital Vilardebò.**

....que cada uno de nosotros se haga cargo de sus temores y fantasmas, sin depositarlos en chivos emisarios y fabricar con esto ´profesionales de la locura´ para segregarlos luego, internándolos en manicomios” (Moffat.1974.p. 2)

Mi llegada e ingreso al hospital fue como la de toda persona que ingresa a esta institución, funcionarios médicos y no médicos, visitas, estudiantes y coordinadores de los diferentes proyectos que funcionan allí, todos pasamos por el mismo puesto de vigilancia. Obviamente llegaba con un imaginario propio, con cierta lógica, suponía que por ser un hospital, una institución médica, habría un puesto de “informes” o “admisión”, que vinculara a quien llegaba como visita a alguna persona internada allí, no fue como lo imaginaba, había un puesto de vigilancia, con cámaras y vigilante preguntándote a dónde ibas. Así, el control se ejerce a toda persona una vez que ingresa al hospital.

Sabía que un proceso de desconstrucción de lo pensado y de lo imaginado estaba ante mí, sacándome de mi zona de confort, atravesándome, y que además iba a marcar un antes y un después. Me sentí identificada con Lisette Grebert (2013) en su llegada al hospital La Borde donde expresa que por momentos se sintió “sujeta entre esas dos dimensiones metafóricas, como si se tratara de dos mundos distintos”, haciendo referencia a “una realidad producida por la construcción social, a través del mito y a el mito pensado como realidad” (p.126).

Pasado el primer puesto de control una antigua capilla se imponía con su entrada al frente, como si nada escapara a su presencia, una capilla clausurada, suplantada por otro puesto de vigilancia, con guardias que te daban o no permiso para avanzar. Ya se vislumbraba el orden que las personas internadas seguían, encasilladas, hombres a la izquierda, en un ala que se aseguraba con una reja de hierros fuertes que datan de muchas décadas.

A la derecha está el ala de las internas y lo primero en herir la vista es la sala de Electroconvulso-terapia (ECT) o más conocido como Electroshocks. Al igual que a mí, el uso de dicha técnica sorprendía a la mayoría de los estudiantes de psicología, cuando en el marco de Cooperación Institucional⁴ (acordada con la docente y referente de Vilardevoz) los acompañaba en su primer acercamiento al hospital. Ellos creían que dicha “terapia” ya no se practicaba más en nuestro país, pues en varios países se ha declarado inadecuada y reglamentado su aplicación. La misma sorpresa se repetía al charlar con personas de diferentes ámbitos.

⁴ “Las actividades de cooperación institucional tienen como objetivo la participación de estudiantes en proyectos y/o actividades de cooperación con la Facultad donde los estudiantes pueden ser tutores de otros estudiantes con el objetivo de facilitar la integración del estudiante de ingreso, acompañar el proceso de construcción, promover la interacción de distintos saberes”. (Plan de estudios de la Licenciatura de Psicología. 2020)

Volviendo a mi primer día de contacto con el Hospital, luego de ver la sala de ECT creí que había visto suficiente, era mucha información, muchas imágenes, por lo que me dirigí a la radio, que era mi propósito. Los guardias habilitaron mi paso, al otro lado de una puerta de vidrio, y detrás de mí quedaban mujeres sin “permiso” mirando con “la ñata contra el vidrio” ese espacio que parecía un oasis en medio del hospital.

Era como pasar a otro mundo, abandonando los grandes espacios, grises, húmedos, fríos y silenciosos salvo por algún llanto o grito de alguien que no se ajustaba al silencio impuesto, para pasar a un lugar que compartía la misma arquitectura que el resto del hospital pero tenía otra piel, un lugar lleno de colores, sonidos, música, voces y personas que se movían en total libertad.

En la radio comencé a interactuar con personas que estaban internadas y que participaban de las actividades de la misma, otras que habían pasado por alguna internación y con otras que se acercaban de múltiples orígenes, en situación de calle, usuarios de refugios, habitantes de refugios y vecinos, caracterizado por lo diverso, a lo que más adelante haré referencia.

1.1 Vilardebó como institución total.

El hospital Vilardebó se presenta con amplios espacios entre ellos patios enormes donde las personas caminan viendo pasar el tiempo o simplemente aguardan en silencio la hora del almuerzo. A simple vista podría pensarse que la amplitud de los espacios habilita la libre circulación y distensión de quienes allí permanecen por estar atravesando una agudización, pero no es así, son patios sin ningún tipo de distracción, caracterizados por el ocio, solo muros grises y húmedos que ponen límite, sin acceso a los jardines.

No es habitual ver funcionarios interactuando con las personas internadas, si bien sus tareas son inherentes al “cuidado” de ellas se percibe el contacto como mínimo, reproduciendo las prácticas des-personalizadoras de las instituciones totales. En relación a esto Goffman (2001) agrega que:

La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos, muros (...) a los que llamaré instituciones totales (p.18).

Recuerdo haber atravesado el primer día el pasillo que lleva a la puerta de vidrio, dando acceso al espacio de la radio, pasando por el patio del ala femenina.

En seguida se acercaron dos mujeres que estaban internadas y de manera insistente y apresurada me pedían que las llevara a la radio, aunque no tenían “permiso”, y yo tampoco tenía ese “permiso” para otorgar, ya que es el psiquiatra de sala quien lo otorga. Se sintió una especie de “ahora o nunca”, como si esas mujeres hubieran estado esperando horas a que pasara alguien y las sacaran por un rato al menos de esos patios grises y alienantes. Se podía evidenciar el

“deseo” (Lacan, 2014, p19) presente en esas mujeres, y que mi deseo también era sacarlas de allí.

Este tipo de instituciones se asientan sobre la base del disciplinamiento, las personas deben seguir la disciplina impuesta por el sistema hospitalario, levantarse, comer, permanecer y dormir a las horas estipuladas, así como acatar la voluntad de los funcionarios, ya sea médico o no médico. Las voluntades una vez que se ingresa al hospital quedan suprimidas y en este sentido Goffman (1970/2001) sostiene que los recursos cognitivos con que la persona cuenta y con los que se ha desenvuelto en el afuera para ejercer derechos, asumir responsabilidades y decidir por sí misma se ven anulados.

Goffman (1970/2001) expresa de una manera muy clara que este tipo de prácticas son inherentes a un paradigma sistemático y totalizador, donde se comienza debilitando y despojando de singularidad a la persona, preparándola de alguna manera para los abusos que se darán después, es a lo que le llama “looping”.

La primera ruptura que debemos considerar aquí es el *looping*: un estímulo que origina una reacción defensiva por parte del interno (...) El individuo comprueba que su respuesta defensiva falla en la nueva situación: no puede ya defenderse en la forma de costumbre (...) En la sociedad civil, cuando un individuo tiene que aceptar circunstancias y órdenes que ultrajan su concepción del yo, se le concede un margen de expresión reactiva para salvar las apariencias: gestos de mal humor, omisiones de las manifestaciones de respeto habituales (...) Aunque estas reacciones expresivas de autoprotección frente a las exigencias humillantes tampoco faltan en las instituciones totales, el personal puede reprimirlas en el acto por vía punitiva, alegando explícitamente el enfurruñamiento o la insolencia de los internos como fundamento de castigo adicional. (pp.46, 47)

Caer en un hospital psiquiátrico dota al sujeto además de una carga que llevará en la mayoría de los casos el resto de su vida, la del estigma, como un atributo que lo hace diferente, esta diferencia es concebida a nivel social como inferior (Goffman. 1986, p. 13). En el ámbito interno del hospital se generan luego de la internación, situaciones de estigmatización, que atribuyen tales conductas a un diagnóstico psiquiátrico, sea cual fuere parecería que todos los diagnósticos comparten los mismos síntomas, disconformidad y malestar por no poder lograr defender la libertad, de expresión y de acción. En definitiva, si no soportás un no es porque estás loco, si te enojás porque no te escuchan es porque sos loco, y porqué estás loco no sabés qué es lo mejor para vos, hay que ajustar la medicación. El estigma habilita las practicas intolerantes y violentas dentro del hospital, reduciendo las posibilidades de salir adelante para la persona que se encuentra internada.

1.2 Vigilancia extrema (de los cuerpos y de la subjetividad).

Al transitar por los diferentes pasillos, patios, salas o áreas comunes, nunca faltó quien en el desesperado intento de conectar de alguna manera con el mundo exterior, simbolizado en mí, no

intentara enviar un mensaje a algún familiar, que a veces era real y a veces la total ilusión de haber conservado un vínculo con alguien de afuera. Al instante, sin saber de dónde salían, aparecía un guardia o una enfermera silenciando la demanda, ese deseo de quien estaba seguramente contra su voluntad, una voluntad no consultada.

En ocasiones la reacción era revelarse a la imposición del silencio, en ocasiones al instante una última mirada que lo decía todo, mezcla de angustia e inconformidad llevaba a bajar los hombros y la mirada, esperando una nueva oportunidad.

Y es que las instituciones totales tienen eso, el panóptico que todo lo ve (Foucault.2005), generando la sensación de estar siendo observado todo el tiempo, en cualquier momento aunque nadie efectivamente esté observando, habilitando a intervenir entre los cuerpos minuciosa y constantemente. En cuanto al modo de funcionar y operar en las personas, Foucault (2005) lo detalla de la siguiente manera:

Visibilidad absoluta y constante que rodea el cuerpo de los individuos, creo posible decir lo siguiente: ese principio panóptico- ver todo, todo el tiempo, a todo el mundo, etc.- organiza una polaridad genética del tiempo; efectúa una individualización centralizada cuyo soporte e instrumento es la escritura, e implica, por último, una acción punitiva y continua sobre las virtualidades de comportamiento que proyecta detrás del propio cuerpo algo semejante a una psique (p.73)

Al entrar al manicomio la persona comienza a transitar un camino de disgregación, se desarticula su subjetividad para rearmarse adaptándose al nuevo ambiente. Se pone en marcha una maquinaria creadora de nuevas formas de existencia, que tienden a adoctrinar a través de lo que Foucault (1975) llama “disciplina”, quedando su cuerpo atrapado en el interior de poderes de la siguiente manera:

No estamos en el caso de tratar el cuerpo en masa, en líneas generales, como si fuera una unidad indisociable, sino de trabajarlo en sus partes, de ejercer sobre él una coerción débil (...) movimientos, gestos, actitudes, rapidez; poder infinitesimal sobre el cuerpo activo. (...) la modalidad: implica una coerción ininterrumpida, constante que vela por los procesos de la actividad más que por su resultado y se ejerce según una codificación que reticula con la mayor aproximación el tiempo, el espacio y los movimientos. A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad es a lo que se puede llamar “disciplinas”. (...) fórmulas generales de dominación. (p 159).

1.3 Condición de asilo, depósito de personas.

El hospital Vilardebó si bien es un hospital que atiende a personas con lo que considera episodios agudos, también es una institución con características de hospital judicial lo que implica que haya personas que llevan muchos años de internación. Según el VI Informe Anual de

Mecanismos de Prevención Contra la Tortura y otros tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (2019) además de constatar severo deterioro edilicio como ser “animales que generaban un riesgo sanitario, problemas de humedad y calefacción, higiene, presencia de insectos, roedores y otros” (INDDHH, 2019, p, 73), se desprende además la “escasa disponibilidad de terapéutica orientada a la rehabilitación e inclusión social en el marco de un abordaje psicosocial (espacios recreativos, educativos, talleres, etc.)” (2019, p.73), lo que conlleva también la preocupante situación de largas estadías.

En cuanto a las personas que presentan episodios agudos hay quienes llevan años internadas. Algunas no cuentan con familia, otras personas cuentan con ella pero no está dispuesta a ofrecer un lugar alternativo al manicomio. Las redes de contención, desde los afectos y los vínculos, llámese familia, amigos o representantes son fundamentales para las personas internadas y cuando estas no existen los internos quedan en una situación muy vulnerable, dependiendo del asistencialismo o acciones que le quitan dignidad a la persona. Los hospitales psiquiátricos están caracterizados por el “encierro (...) abandono (...) y olvido del loco” (Baroni, 2016, p.1) y se vinculan directamente a la pobreza, ya que en la mayoría de los casos las personas no cuentan con ingresos económicos como para solventar sus vidas y reinsertarse en sociedad.

En este sentido, el hospital Vilardebó continúa teniendo características asilares, donde se perpetúa la permanencia y muchas veces el egreso no es viable, ya que se cuenta con alta médica pero no existen posibilidades de acceso a “estructuras alternativas: centros de atención comunitaria, dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial” (INDDHH, 2019, p. 76, 77).

Al estado de situación mencionado se suma que los vínculos familiares antes de la internación se vean afectados por conflictos intrafamiliares y también es común que la internación sea mediada por la familia. Es aquí donde se produce lo que Goffman (1999) llama “la carrera del pre-paciente como un proceso de expropiación diferente a la expropiación sistemática de la que haré mención líneas abajo, bienes y voluntades, sino de una expropiación de ‘derechos y relaciones’” (p.139).

“Los aspectos morales de esta carrera parten así, típicamente, de una experiencia de abandono, deslealtad y resentimiento” (Goffman, 1999, p.139). En cuanto a esto se agrega también el sentimiento de traición por cuanto suelen ser acompañados a la consulta al psiquiatra quien sugiere la internación. Aquí se da un fenómeno interesante y es que si bien en muchos casos los familiares deciden o insisten en la internación porque no quieren o no pueden acompañar y sostener en el día a día a su familiar que cursa alguna descompensación, también hay familiares que acompañan creyendo que realmente la internación es la mejor alternativa a la

situación de momento. No solo cambia el lugar y rol que poseía la persona a quien de ahora en más le van a llamar “paciente”, sino que también cambian las posiciones del familiar responsable.

Goffman (1999) asevera que desde la Psiquiatría:

Se tiende a constituir a la persona más allegada como la persona responsable a quien hay que comunicar las conclusiones a que se llegue en el estudio de la otra persona, caracterizada como el paciente. Este suele acudir a la entrevista, convencido de hacerlo en un pie de igualdad con su acompañante, ligado a él por vínculos tan estrechos que nadie podría interponerse entre ambos (...). Al llegar al consultorio el pre-paciente descubre de pronto que no le ha sido adjudicado el mismo rol que a su persona más allegada y que al parecer existe un entendimiento previo entre esta y el personal en el sentido de actuar en su contra (...). La experiencia moral de ser traicionado sin duda tenderá a enconar entonces sus relaciones con la persona más allegada, probablemente enfriadas ya a raíz de sus conflictos. (p.142, 143).

Así es como lo común, la vida cotidiana de las personas internadas pasa a estar caracterizada por la súplica, de un cigarro, una cebadura de yerba, una moneda o una llamada telefónica que por lo general no contesta nadie del otro lado. Según Goffman (1999), “la falta de gavetas individuales así como los registros y las confiscaciones periódicas de objetos personales acumulados, refuerzan el sentimiento de desposeimiento” (p.31), además de la humillación a la que se somete a estas personas a través de esos actos.

Ante lo inaceptable que resultaba lo descrito hasta aquí, en clave de derechos humanos, Vilardevoz participaba activamente en el proceso de elaboración del Proyecto de Ley de Salud Mental⁵. En ese marco desde Vilardevoz se invitó al diálogo constantemente a funcionarios del hospital, en el intento de trabajar en conjunto por un cambio de modelo de asistencia. En ocasiones este diálogo se veía afectado u obturado generando momentos de tensión entre la radio y la institución psiquiátrica.

Estos momentos de tensión se generaban a partir de la resistencia por parte de los funcionarios del hospital al cambio del modelo asistencial, mediante la creación de una ley que respaldara el mencionado cambio. Pensar la posibilidad del cierre de los manicomios y colonias psiquiátricas a mediano plazo era interpretado por los funcionarios como una amenaza en la conservación de sus empleos.

En ese contexto de visualizar otras formas posibles de abordar la salud mental, en pro de una ley de salud mental que garantizara el proceso de desmanicomialización, Vilardevoz realizaba campañas y actividades de sensibilización, información y participación abierta, como por ejemplo las fiestas anti manicomiales. Estas fiestas se organizaban con alegría, con producciones artísticas, actividades lúdicas e invitados comprometidos con la temática, entre ellos músicos

⁵ Cabe destacar que la Ley existente en ese momento era la Ley del Psicópata (9581) creada en 1936, previa a la Declaración de los derechos humanos de 1948.

nacionales y referentes de diferentes ámbitos, sociales, políticos y de la salud. La fiesta se celebraba en octubre, mes internacional de la salud mental.

En el marco de la fiesta antimanicomial se da uno de los momentos de tensión entre funcionarios del hospital y el colectivo Vilardevocence, afectando directamente a participantes que se encontraban en situación de internación. Estos y otros momentos serán presentados a modo de memorias de la práctica a través de viñetas, en las que participaron particularmente cuatro personas, dos de ellas llevan internadas muchos años. Estas personas, participantes de la radio, aparecerán en varios momentos de este trabajo y sus vivencias o padecimientos en la institución psiquiátrica representan además la situación de muchas personas en condiciones de internación.

Memoria de practica I

En la semana previa a la fiesta antimanicomial se pensó desde el colectivo en un mensaje y se realizaron murales en los muros exteriores del hospital invitando a todo público a asistir a la fiesta. Dicha actividad se realizó en un clima de tensión, con funcionarios que se rotaban para ejercer presión a nuestras espaldas mientras pintábamos. Al día siguiente los murales fueron vandalizados, tacharon con pintura las invitaciones e inscribieron frases como: “No a la demagogia”, “Los funcionarios queremos a nuestro hospital y nuestros pacientes”⁶, frases que demostraban lo contrario al no respetar y vandalizar un trabajo realizado en colectivo por los mismos “pacientes” (al decir de ellos).

Además en dicha ocasión tomaron medidas que directamente impactan en las personas internadas, al no permitir la asistencia a la fiesta y hubo un participante internado que sufrió especialmente las consecuencias de estas medidas.

El muchacho internado contaba con el “permiso” de su psiquiatra para asistir a la fiesta, aunque omite darlo por escrito, siendo este un impedimento de acceso a las instalaciones de la radio. Su enfermera de sala, (quien no tenía miramientos en repetir siempre: “acá están todos vigiladitos y controlados por mí”) negó al participante la posibilidad de asistir. Esta negativa generó un monto importante de angustia y confusión en el participante, quien habitualmente concurría a diferentes espacios de la radio.

Cuando estas cosas pasan, desde Vilardevoz se piensa e interviene a través del diálogo, en aras de la defensa de los derechos de las personas internadas. Estas formas de intervenir ante situaciones injustas implican a veces mediar y negociar, pero en este caso no fue posible con la enfermera antes mencionada.

⁶ Fotos en Anexos.

Las tareas de cada jornada se solían planificar con el equipo técnico antes de comenzar las actividades, así es que en el día de la fiesta las mías tuvieron que ver con asegurar que los participantes internados pudieran asistir. Fue entonces que obtuvimos, por medio de un médico de la emergencia, quien evaluó al participante, el permiso.

La asistencia del participante a la fiesta generó un gran enojo en la funcionaria de sala, quien se presentó en la fiesta acompañada de un guardia para llevarse al participante. Estaba muy alterada, en un estado que no le permitía pensar. En ese estado le dijo al participante: “si venís conmigo te doy un puchito”. El participante decidió quedarse en la fiesta.

Vilardevoz cumple 23 años y su historia ha estado caracterizada por momentos de tensión con la institución psiquiátrica, donde a través del diálogo se han llegado a acuerdos, y en esa ocasión no sólo se logró que finalmente la funcionaria aceptara y respetara la voluntad del participante sino que se generó una mesa de diálogo con funcionarios, en la que se pudo exponer lo que implicaba la creación de una Ley de salud mental.

Esa fiesta no solo era negada por los funcionarios del hospital para este participante, también lo era para personas de otras salas que contaban con la autorización previamente coordinada entre el psiquiatra tratante y el equipo de Vilardevoz. Ante la decisión de los funcionarios de no permitir la asistencia de los participantes internados fui hasta la sala de mujeres para hablar con el psiquiatra responsable. Le expliqué que lo que intentábamos era cambiar el paradigma manicomial actual, que reprime al sujeto, un sujeto de derechos, un conjunto de prácticas imposible de sostener, porque los mismos usuarios del sistema de salud venían exigiendo desde hacía mucho tiempo la participación activa en las decisiones de salud, la participación e inclusión en actividades sociales, políticas, culturales, artísticas y de comunicación, que fueron incluidas y expresadas especialmente en la ley como nueva forma de abordar la salud mental, al tiempo que las mujeres de sala que se acercaban a buscar su autorización. La respuesta del psiquiatra, médico adentrado en años, demostró cómo el paradigma imperante instituido de concepciones rígidas, reticentes al cambio, había operado también en él. Concluyó la conversación diciendo: “vos pensás que cuando entré acá no tenía las mismas ganas que tenés vos de cambiar este lugar, no te van a dejar, ya te vas a dar cuenta. ¿Cuántas mujeres querés llevar?”. “Todas las que deseen participar”, le contesté. Fueron diez las mujeres que participaron.

Las palabras de este médico me llevan a reflexionar acerca de la institucionalización como proceso totalizador también en los profesionales, como lo analiza Ulloa (2011) al decir que:

Otro tanto acontece con el operador clínico del hospital, cualquiera que sea su nivel de jerarquía y pertenencia profesional, también maltratado por el ambiente posible para desarrollar su vocación, acrecentar su experiencia, que por deformada quizás resienta el sentido ético de su oficio (...) Puede decirse que este clínico no es un corrupto, pero está atrapado en un sistema hospitalario totalmente corrupto. (...) estas encerronas trágicas alcanzan a todo individuo social, usuario o integrante de la institución (p.169).

En ese sentido, leer a Montero (2004) nos lleva a pensar en lo que no nos debe pasar, no solo como profesionales si no como personas, sea cual sea nuestro rol, naturalizar lo adverso. En relación a este proceso de naturalización la autora nos dice que:

Un efecto de tal proceso son las bajas expectativas de cambio respecto de las circunstancias de vida, a la vez que se perciben las circunstancias alternativas como alejadas, imposibles, ajenas o fuera del alcance de las personas que se encuentran en esa situación en el que se codifica y organiza la realidad cotidiana a través de procesos de habituación y normalización (...) con la consiguiente influencia en el modo de construir la realidad que puede llevar a aceptar acrítica y pasivamente lo que hace daño y limita las posibilidades individuales y grupales. (p, 123).

El sistema manicomial e institucional transversaliza los modos de sentir, pensar y actuar, tornando rígidas las decisiones mediante relaciones de poder, donde es muy difícil que emerja lo novedoso e instituyente como canal de cambio.

Foucault (1993) relaciona de hecho estas formas de subjetivación desde el poder cuando expresa que “en la medida que las relaciones de poder son una relación de fuerzas no igualitaria y relativamente estabilizada, es evidente que esto implica un arriba y un abajo, una diferencia de potencial” (p.190). De esta forma quedan instaurados esos modos de sentir en lo que Foucault (1993) denomina como “institución”, “sin ser un enunciado; en suma, todo lo social no discursivo es la institución” (p. 187).

Memoria de práctica II

Las personas internadas, una vez que ingresan al hospital dejan de ser tratadas como sujetos singulares, y pasan a ser nombrados “pacientes de tal sala o tal cama”. A partir de ese momento las acciones y decisiones que tienen que ver con el “paciente” solo responden a la jerarquía médica, la del psiquiatra concretamente .

Para que un participante internado pudiera asistir a actividades fuera del hospital necesitaba la autorización de su psiquiatra. En ocasión de un desembarco de la radio, se acordó desde el equipo de Vilardevoz el permiso para que un participante nos acompañara.

Así fue que a la hora acordada pasé a buscar a quien iba a participar del desembarco de la radio en el Complejo Sacude. Recuerdo haber solicitado previamente a las doctoras, que para la hora indicada el participante estuviera pronto y vestido dignamente. Llegado el momento, el participante aún no se había bañado y como eso constaba en las indicaciones de las doctoras, la enfermera de sala negó su salida. Nuevamente fue muy difícil el diálogo con esta funcionaria, ya que se trataba de la misma que negaba la asistencia al mismo participante en ocasión de la fiesta antimanicomial.

Ella tenía una orden que implicaba dos acciones: que el participante estuviera alineado, y que le permitiera la salida. El incumplimiento de una acción no permitía el cumplimiento de la otra por lo

que la enfermera decidió negar la salida. No tomó en cuenta la expectativa que tenía el participante ante la posibilidad de poder integrarse a una actividad extra muros. Tampoco consideró la angustia y ansiedad que la situación le estaba generando al participante.

Una vez más, la creatividad ante el enojo por lo injusto produjo en la enfermera ese punto de inflexión humana, al mostrarle como último recurso una foto donde se lo veía feliz en su salida anterior desembarcando en Casa Tomada con la radio. Automáticamente respetó el permiso y desembarcamos con él y una participante más ese día. La funcionaria se encontró en un dilema, que tal vez se relacione con lo que Goffman (1999) explica acerca de las normas de humanidad al decir que:

(...) la obligación del personal de mantener ciertas normas de humanidad en el trato con los internos plantea problemas en sí misma; pero un conjunto adicional de problemas característicos se encuentra en el conflicto permanente entre las normas humanitarias, por un lado, y la eficiencia institucional, por otro. (p.87).

En este caso llama la atención los efectos que la institucionalización genera en el personal, que de alguna manera también está institucionalizado, creando situaciones contradictorias en el mismo sistema de pensar-actuar. La funcionaria no pudo pensar en otras opciones, solo primaba una orden recibida y el cumplimiento de la misma. De esta forma cabe preguntarse dónde queda lo humano, lo particular, lo emergente, lo inesperado, que hace que cada situación sea única y pueda ser utilizada como motor de cambio, incorporando en las decisiones factores como derechos, autonomías y libertades. ¿Será que la máquina institucional del manicomio también disciplina a los funcionarios para obedecer sin cuestionar?

1.4. **Violencia de género y manicomio.**

Parte de las tareas que realizaba en el marco de Vilardevoz tenían que ver con la coordinación intrahospitalaria, como ya he comentado. El acercamiento, diálogo y seguimiento de participantes internados dejaban de manifiesto la disconformidad que ellos tenían con los tratamientos que estaban recibiendo y era notorio el deterioro progresivo físico y psicológico en ellos.

Fue así como durante todo el lapso de mi participación en la radio llamaba la atención y se hacía seguimiento por parte del equipo técnico el tratamiento médico que estaba recibiendo una participante.

Memoria de práctica III

No quiero volver a estar internada
pues estás tan vulnerable,
que tus decisiones no cuentan.
Y si los médicos dictan llevarte
a la habitación donde sientes
la aguja en la mano?...
Luego duermes demasiado como
para olvidar el pasado,
y hasta la saliva no puedes controlar,
y las palabras se truncan en tu hablar,
Los ojos te pesan y después tan solo
comprendes que fue el odioso electroshock
el que te alteró.
Cuando será el día que le diremos
adiós a esta práctica invasiva,
mientras tanto seremos rehenes
de este mundo incierto..." (Miguel.?, p.13)

La participante es una mujer que se presenta sensible, demandante por momentos. Su aspecto es el de una mujer obesa, producto del ocio o la medicación, o de ambas causas, cabello teñido y los sábados se produce como en día de fiesta para ir a la radio, con cartera y todo.

Estaba internada desde hace cerca de 9 años y en este tiempo siempre tenía electroshocks indicados por su médico psiquiatra. Ya no participaba de la salida al aire de la radio, donde tenía un espacio de recetas de cocina, ni de los diferentes espacios de producción, recreación e interacción. Solo permanecía en el espacio de la radio, padeciente de los efectos secundarios de las sesiones convulsivas, que iban entre lo físico como salivación excesiva y dolores espasmódicos generalizados, además del sufrimiento psicológico.

Lo que más la aquejaba era una fuerte angustia por sentirse mal, por no poder evitar ese tratamiento que le resultaba tan invasivo, por no ser consultada, además de la desorientación temporo espacial que generaba confusión en ella. Las sesiones de electroshock estaban agendadas sistemáticamente para los sábados, un rato antes de ir a la radio, obturando la posibilidad de intervenir oportunamente con ella.

A su vez se daba una especie de re-victimización al ser vista por sus compañeros en ese estado, quienes además de empatizar con ella manifestaban colectivamente expresiones de rechazo e impotencia ante la situación, por haber pasado en algún momento por choques eléctricos, reviviendo también en ellos la angustia de los daños irreparables de esta "terapia".

El tratamiento no estaba dando el resultado esperado, y tampoco quedaba claro qué era lo que se esperaba, solo se evidenciaba que esta participante se deterioraba cada vez más cognitivamente y sufría. Ya que algunas de mis tareas en el marco de la práctica consistían en

hacer seguimientos de participantes internados. Desde el equipo técnico se me habilitó a consultar el estado y situación de la participante con su psiquiatra tratante.

La consulta se focalizaba en el empleo abusivo de electroshocks, por lo que le pregunté al psiquiatra por qué y para qué le continuaba indicando electroshocks a la participante y sobre todo de manera sistemática los sábados, cuando sabía que ella esperaba toda la semana para asistir a la radio, para participar, expresarse, crear, vincularse e interactuar. El médico no dio cuenta del tratamiento empleado, sólo dijo: “Lo que pasa es que estuvo erotizada en la semana, se dio un beso con un compañero en la huerta”. Del compañero con quien se besó la participante no hubo comentario por parte del médico. Siguiendo la lógica del médico, ¿no sería de esperar que también se considere “erotizado” al compañero con quien se besó la participante.

Una posible respuesta se encuentra en palabras de García Dauder (2019) al decir que “la ética de la salud mental sigue siendo masculina en nuestra sociedad. Los estándares en salud mental no son los mismos para hombres que para mujeres” (p.60).

Como sostienen Castro y Bronfman (1993) “hay una predisposición por parte de la psiquiatría a diagnosticar ‘depresión e histeria’ con mayor frecuencia en pacientes femeninos que masculinos” (p.386). Continuando con la escena, se evidenció además la hegemonía machista y patriarcal que sanciona la libertad sexual y la patologiza por el hecho de ser mujer, y el hospital no está libre de ella. Como asevera García Dauder (2019):

Las mujeres han sido asociadas con lo irracional, lo primitivo, el sexo y el cuerpo (...) los significados de género y enfermedad mental desde el paradigma psiquiátrico dominante resultan en un sobrediagnóstico de la enfermedad mental en mujeres. De tal forma que las conductas y los síntomas de las mujeres son más frecuentemente vistos como indicadores de enfermedad mental que los de los hombres. (pp.59, 61)

Hay indicadores que marcan que los índices de diagnósticos psiquiátricos son mayores en mujeres que en hombres, pero también hay evidencia de que el diagnóstico de trastornos mentales en las mujeres se relaciona con frecuencia con las condiciones opresivas a las que están sujetas (Castro y Bronfman, 1993). Entonces, me parece fundamental reflexionar y cuestionar la historia de estas mujeres etiquetadas con un diagnóstico, siendo que, como expresan Castro y Bronfman(1993) muchas mujeres “no terminan internadas porque padecen enfermedades mentales” (p.386), sino por el contrario, este padecimiento se da como consecuencia de que “son sometidas a un sistema de desintegración de la personalidad, que comienza en la casa y termina en el psiquiátrico, que etiqueta como anormal cualquier intento de independencia por parte de ellas” (p.386).

Siguiendo en la misma línea de cuestiones de género y salud mental, cabe resaltar que estas prácticas de patologización del género buscan además la normalización de las conductas

esperables para el género femenino, regulándolas para que se ajusten a los constructos sociales sobre género. En ese sentido García Dauder (2019) sostiene que:

El ajuste al rol femenino era la medida de salud mental de las mujeres (...) La “*locura*” no se puede reducir a un conjunto de síntomas o categorías diagnósticas, las prácticas discursivas en torno a ella regulan a las mujeres dentro de la sociedad. (p.60).

Las sesiones de electroshock y los permisos negados, como se traen a discusión líneas arriba, son utilizados como castigo y como forma de coacción, porque el evento se hizo público dentro del hospital, generando precedente para las demás personas internadas y sobre todo para las mujeres.

Goffman (2001) haciendo referencia a los efectos secundarios que sufre la persona sometida a electroshocks agrega que “poco a poco se va recuperando, y no conserva el recuerdo del trance, pero ha servido a los otros como un espectáculo aterrador de lo que puede hacerseles” (p.44). Además de las clásicas amenazas de ser trasladados a las colonias, todos saben que son peores que el hospital.

El electroshock no es la única terapéutica invasiva que se usa desmedidamente, lo es además la medicación, que se utiliza de manera indiscriminada. Tanto la participante de esta viñeta como otras personas internadas sufren los abusos de estas “terapias”. A veces se la veía totalmente ida y somnolienta, además del sobrepeso como efecto secundario de la medicación y el ocio, aunque para mucha gente sea visto como signo de salud, cuando visitan a un interno y dicen “ahora sí, está gordita/o”.

Uno de los “motivos” por los que se la sobremedicaba era (según su médico) porque “le costaba dormir por la noche”. Se la tomaba sólo como un cuerpo biológico, perdiendo de vista el verdadero significado u origen de la palabra patología, proveniente del “*pathos*” que comprende padecer, sufrir. Quizás habría bastado con preguntarle qué le pasaba, en qué pensaba que no podía dormir o solo hacerle un poco de compañía.

La vivencia de esta mujer invita a reflexionar en torno a los lugares que le damos a la subjetividad de la persona cuando se reduce a lo meramente químico-físico, entonces, qué espacio queda para la expresión del dolor, de la tristeza y de las palabras cuando son calladas con pastillas?. A tal punto va el control y la disciplina exhaustiva que la institución marca hasta el tiempo (para dormir) y los horarios de las personas, rígidamente y se da a través de (Foucault. 1975) “toda una fiscalización de la duración por parte del poder: posibilidad de control detallado y de una intervención puntual -de diferenciación, de corrección, de depuración, de eliminación- en cada momento del tiempo” (p.164). Esta es una violencia ejercida sobre todas las personas internadas, más allá de su género.

Volviendo al eje de este apartado, el manicomio⁷ no escapa a la violencia de género, esta se reproduce desde varias intervenciones, humillando la vida cotidiana de las mujeres. Se repiten sistemáticamente escenas que involucran a diferentes mujeres, como es el ejemplo de otra participante, una mujer madre, profesional, que pasó por varias internaciones, con sesiones de electroshock que dejaron grandes olvidos como consecuencia. Otra que no solo sufrió la violencia de género ejercida por su ex marido, también la padecía en el hospital. García Dauder (2019) sostiene que “lo que llamamos locura también puede ser causado o exacerbado por la injusticia y la crueldad dentro de la familia y la sociedad” (p.60).

Al pensar la temática de violencia de género en condiciones de internación viene a mi recuerdo una mañana de sábado, día de salida al aire de Vilardevoz.

Memoria de práctica IV

Una participante de la radio en situación de internación se encontraba en el baño del centro diurno en una situación problemática: estaba menstruando y se le había manchado el pantalón y la ropa interior por lo que decidió desecharlos, se encontraba desnuda y ese era su problema. La solución era muy sencilla, fui a su sala y le pedí a la enfermera, quien se encontraba en su puesto con un enfermero hombre, una muda de ropa, explicándole la situación. Para mi sorpresa quien abordó el tema fue el enfermero, quien se encontraba sentado con sus pies apoyados en un escritorio abrazando su nuca con sus manos, un lenguaje corporal muy elocuente que explicaba lo que venía, violencia machista desde los funcionarios. Negó la solicitud y le pedí una explicación y respondió: “que venga ella a buscarla”. Expliqué que no podía, que el pudor la abrumaba y que en palabras de la participante “no podía atravesar los pasillos del hospital desnuda”.

La explicación textualmente fue: “si ella no tiene problema en andar desnuda en la sala tampoco lo va a tener en venir hasta acá”. Él tenía el poder y lo usaba, no veía signo de salud en el hecho, un pudor conservado, y más allá de la salud o no sobre todo estaba quitando el derecho a la intimidad en esta circunstancia. Ella por sí sola se encontraba atada a la disposición y voluntad del otro.

En palabras de García Dauder (2019) “a lo largo de los siglos, el constructo social patriarcal de la locura ha sido instrumental en la subordinación de las mujeres” (p. 58).

La solución la encontramos en la radio con ropas que por suerte siempre teníamos, provenientes de alguna donación.

⁷ Si bien en la actualidad a este tipo de instituciones se las denomina Hospitales Siquiátricos, en varios momentos me refiero al Hospital Vilardebó como “Manicomio” porque aún conserva características de los Manicomios de la edad media.

Caer en el manicomio además ataca un área que para muchas mujeres es fundamental, su maternidad y sus derechos a ejercerla. La mujer sufre un corte abrupto en su maternaje, como lo vivieron varias de las participantes de la radio, una tiene dos hijos y al ser internada pierde la tenencia de ellos. Otra, quien solo pedía por su hijo pequeño que quedó a cargo del padre de ella al ser internada. Una mujer con hijas adolescentes, quienes debieron ir a refugios al quedar su madre internada. Y la gravísima situación de una participante con su hija internada, la que frecuentemente tenía que rastrear sala por sala en el hospital porque nadie daba cuenta de en qué sala estaba. Esta chica internada, aislada en una sala de “seguridad”, concretamente un calabozo, se quita la vida en 2016, al tiempo que todo estaba siendo grabado por las cámaras de “seguridad”, que se suponía estaban siendo monitoreadas. Una vez más su madre debió rastrear a su hija ya que las autoridades del hospital no sabían decirle dónde se encontraba el cuerpo. Hubo investigación administrativa desde ASSE para esclarecer lo ocurrido, concluyendo que hubo un “error humano”. Cabe preguntarse a la hora de pensar en las condiciones en las que son asistidas las personas internadas en instituciones psiquiátricas: ¿dónde está lo humano del encierro en un calabozo, húmedo y frío?, ¿desde qué concepciones de salud se intenta habilitar a una persona que está sufriendo, al tiempo que se la aísla y abandona sin ningún tipo de contención? ¿son necesarios estos “errores humanos” para que clausuren este tipo encierros?⁸, como terminó sucediendo con esta sala luego de lo ocurrido. Ante la poca o nula claridad con la que respondieron las autoridades de ASSE, Vilardevoz, como dispositivo que trabaja desde la priorización del respeto de los derechos humanos de las personas con padecimiento de lo psiquiátrico, realizó la denuncia correspondiente ante la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH).

Retomando la línea de este apartado, en cuanto a la desigualdad de género en salud mental, se agrega que la maternidad también se ve afectada cuando se pasa a ser “paciente” psiquiátrica.

El deseo maternal queda negado, mutilado o patologizado. Esa es la situación de una mujer joven, con una profesión, casada y con una vida común y un deseo muy intenso de ser madre. Ella debe elegir entre su “estabilidad psíquica” por medio de pastillas y la realización puesta en la maternidad, una ambición “denegada” (Miguel, 2014, p.58).

Es aquí donde cabe cuestionar y problematizar si con tanto “avance” farmacológico no es viable un embarazo controlado, o ¿será que también se estigmatiza el embarazo, un estigma más en salud mental y se decide sin tener en cuenta lo que significa para la principal implicada? Una vez más se decide por la otra en este caso, se invalida.

Como hemos visto, el status o la “carrera moral” del “paciente” hace que no sea tenida en cuenta su voluntad. De alguna manera, en este apartado hemos buscado dar cuenta de cómo

⁸ Esta situación no solo debió pasar para que se tomara la decisión de cerrar esa “sala”, en el año 2015 una jauría de perros atacó a un paciente provocándole la muerte en la Colonia Etchepare en el departamento de San José.

esto se complejiza aún más en el caso de las mujeres. El género femenino, así como la locura, se han construido no como diferencias sino como desigualdades, como lo que está debajo (del masculino y de la cordura respectivamente) en la jerarquía clasificatoria de la modernidad. En estas y otras “diferencias desigualadas” (Fernández, 2009) nos adentraremos a continuación.

La pobreza en términos de “miseria”.

Cuando una persona entra en el sistema de salud mental obteniendo un diagnóstico psiquiátrico su vida cambia rotundamente, más si vive una internación, pasa a ser tomado como diferente en términos de desigualdad. Fernández (2009) llama a la forma que tenemos de concebir las diferencias como “diferencias desigualadas”. Y una especie de binarismo está presente en todos los aspectos dentro del hospital y de nuestra vida marcando esas diferencias: médico/paciente, pasivo/activo, hombre/mujer, loco/cuerdo. Estas díadas van a estar siempre en lugares de desigualdad y la autora lo expresa de la siguiente manera:

Desde esta perspectiva, donde la diferencia es pensada como negativo de la identidad, en el mismo movimiento en que se distingue la diferencia, se instituye la desigualdad. No se trata de la mera diferencia, sino de diferencias desigualadas. Se sostienen así muchos siglos de dispositivos de discriminación, exclusión, estigmatización o exterminio (...) La diferencia en el orden del ser: ser diferente. A partir del rasgo “diferente”, se construye la identidad. La identidad con el rasgo, hace del rasgo totalidad. Define el ser por un rasgo diferente. A partir de allí, soy anoréxica, soy judío, soy negra, soy homosexual, indígena, sudaca, latino, etc. Se distingue un rasgo de toda una multiplicidad de características o atributos y se totaliza desigualando. (p.26).

Como lo expresaba Fernández (2009) líneas arriba, la locura no escapa a la desigualdad, está presente en la vida de las personas que se atienden en salud mental, y es que el modo actual de tratar la salud mental no repara en la totalidad del ser, en sus múltiples aspectos. Por ejemplo, no repara en derechos como a la vivienda, el trabajo, la educación y la vida digna y deja al sujeto sujetado en una suerte de “encerrona trágica” (Ulloa, 2012) donde depende de las posibilidades que se presenten en el afuera, siendo acotadas cuando se carga con el estigma de loco. Ulloa (2012) explica que esta “encerrona” deja al sujeto a merced de un “otro” opresor, que no necesariamente tiene que ser una persona, puede ser un grupo, una comunidad, o la sociedad toda. El autor plantea que:

La práctica con las instituciones públicas, sobre todo desarrollada en comunidades mortificadas, aquellas que van haciendo mortecina cultura de ese acostumbramiento, me lleva a identificar la vigencia de otra forma de tormento social, que transcurre a plena luz del sol y muchas veces bajo la mirada de una sociedad que se torna indiferente, quebrada en sus resistencias. Son las encerronas que se dan cada vez que alguien, para vivir (amar, divertirse, trabajar, estudiar, tramitar, recuperar la salud, transcurrir su vejez, tener una muerte dignamente asistida), depende de algo o alguien que lo maltrata o simplemente lo “distrata”, negándolo como sujeto (...) La situación que describo como encerrona trágica está estructurada en dos lugares: dominado y dominador. No hay tercero mediador a quien apelar, alguien que represente una ley que garantice la prevalencia del trato justo sobre el imperio de la brutalidad del más fuerte. (...) en una encerrona trágica prevalece el dolor psíquico, un sufrimiento que se diferencia de la angustia porque esta tiene momentos culminantes y

otros de alivio. Quien sufre ese dolor no vislumbra que termine ni tiene la esperanza de que cambie la situación de dos lugares. (pp.168, 169)

Pensando en el dolor psíquico al que hacía referencia Ulloa (2012), recuerdo un participante joven que contaba con repetidos reingresos. Según Pezzani (2016) ya con tres hospitalizaciones durante un año se considera que una persona tiene “reingresos frecuentes” y la autora lo vincula a los procesos de desinstitucionalización. El fenómeno conocido como «puerta giratoria» al hospital psiquiátrico (revolving door)” es asociado generalmente “con fallas en el sistema de salud vinculadas al enlace del paciente con los servicios comunitarios, luego del alta hospitalaria” (Pezzani. 2016. p.31).

La reforma de la salud puede mejorar. No hay mejora real en la atención si no se elabora un plan estratégico para la salida y reinserción del paciente en sociedad, ya que se lo está predestinando al retorno de éste a la institución. Este aspecto es indispensable si tenemos en cuenta que la Ley (19.529) prevé el cierre de los hospitales psiquiátricos y por ende internaciones cortas en hospitales generales. Esta situación es frecuente en muchas personas que cargan con el estigma de un diagnóstico psiquiátrico, en situación de pobreza como se ve en la siguiente viñeta.

Memoria de práctica V

El participante al que me refería líneas arriba es un muchacho con lo que suelen llamar “patología dual”, un diagnóstico psiquiátrico más consumo problemático de drogas, que creció sin un padre responsable, una madre que por violencia doméstica quedó en situación de calle y debió entregarlo al INAU. Una persona institucionalizada desde temprana edad. Vive en continuo conflicto con la policía y funcionarios del hospital y al decir de muchos médicos: “ha quemado todas las líneas de ayuda”. Ha pasado por varias internaciones en Vilardebó y en centros de rehabilitación.

Lo que no se mira más allá del “diagnóstico” es que la persona tiene además una historia, que fue contada con mucho entusiasmo cuando lo acompañaba a una entrevista en un centro de rehabilitación en Maldonado. Dicha entrevista se coordinó entre el equipo técnico de Vilardevoz y la subdirectora del hospital de ese momento, en el marco de una de sus tantas internaciones en el Vilardebó.

Ese día lo acompañaba además su madre, una persona muy particular, quien no paraba de hablar de sí misma, de lo afectada que estaba su salud a causa de su hijo y del “trabajo que le venía dando su hijo desde hacía 5 años”. La madre del muchacho manifestaba sentirse muy nerviosa, y el ambiente se tornaba tenso para él. Ante esta situación que no favorecía un espacio de contención para él se le sugirió que no lo acompañara a la entrevista. Era lo más adecuado para los dos ya que el vínculo entre ellos era muy conflictivo y el viaje era muy largo. Él debía

estar en condiciones de poderse expresar y lograr un lugar en esa institución a la hora de la entrevista.

Al pasar por el cerro Pan de Azúcar mencionó que de adolescente había trabajado en la reserva, viniéndose luego para Montevideo. En el camino hablamos de muchas cosas, entre ellas manifestó que cuando fuera dado de alta en el centro de rehabilitación pensaba quedarse en Maldonado, e intentar volver trabajar en la reserva. Por primera vez hablaba de un proyecto de vida, veía a largo plazo.

Cuando lo llama la psiquiatra que haría la entrevista lo reconoce y no lo deja entrar, solo habla conmigo. Para mi sorpresa, ya tenían decidido no admitirlo en la institución, para su desgracia, estaba operando el estigma y la “mala fama”, la doctora ya lo conocía. Sin menos, dijo que lo conocía de Vilardebó y agregó que no estaba dispuesta a escucharlo. Expresé que él estaba haciendo un esfuerzo importante para sostener la situación, que tenía un proyecto, que volver a Montevideo implicaría seguir en el mismo estado, que por lo menos lo escucharan, que le permitieran tomar la palabra más allá de la decisión que tomaran. No hubo forma, no logró pasar al consultorio. ¿Consultorio/consultar?, el principal protagonista no tuvo la oportunidad de “consultar” por qué se le cerraba una puerta.

En estos casos el estigma, siempre asociado a la locura, parece que también podría llamarse “dual” y viene de la mano con la negación de la escucha y del derecho a la asistencia.

El ciclo de la internación, externación y vuelta a la internación se reproduce sistemáticamente en la mayoría de las personas con un diagnóstico psiquiátrico y sin redes, como es el caso de este muchacho. Debido al estigma y la exclusión se genera un vínculo muy fuerte entre la locura y la pobreza, a la que llamaría “miseria”.

La persona es excluida de cualquier tipo de inserción en lo cultural, laboral, familiar, etc., sin acceder a derechos que de por sí posee por ser humano, derechos humanos mínimos como ser un trabajo, alimentación o vivienda digna. Se crea un lazo muy difícil de romper entre la locura y la pobreza extrema, y es que la persona ya está inmersa en la pobreza. Cuando se crea este lazo entre locura y pobreza Foucault (1967) dirá que este acontecimiento será decisivo:

El momento en que la Locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad del trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo; [es] el momento en que comienza a asimilarse a los problemas de la ciudad. Las nuevas significaciones que se atribuyen a la pobreza, la importancia dada a la obligación del trabajo y todos los valores éticos que le son agregados, determinan la experiencia que se tiene de la Locura. (pp.66,67)

Cabe reflexionar acerca del orden social creado por el capitalismo, en el que solo vale la producción y el consumo, y la “normalidad” radica en pertenecer a organizaciones y lugares de

referencia. Pertener a una familia, institución educativa, iglesia o club deportivo, te da el status de “persona normal”, al mantenerte en esos parámetros donde la prioridad es el trabajo y consumo de bienes y servicios.

Previo al diagnóstico hay estructuras que ya se han debilitado, los vínculos familiares, el trabajo que se termina perdiendo a causa de una internación o por la reacción al estigma que conlleva tener un diagnóstico psiquiátrico, haciendo que la persona quede en una situación vulnerable y de dependencia. En la mayor cantidad de los casos pasa a la marginalidad, al margen de todo tipo de derechos y con poca o ninguna necesidad satisfecha. Todo esto implica lanzar a la persona a la pobreza y el ingreso al manicomio lo lleva a términos de miseria, quitando todo rasgo de dignidad. El ingreso al manicomio implica, entre otras cronicidades, la cronificación de la pobreza, al grado de miseria o indigencia absoluta cuando al interno le es asignado un nuevo rol. Sobre este rol Moffat (1974) dirá que se trata de:

El rol de mendigo al pedir monedas o un cigarrillo al visitante y el cigarrillo es absolutamente imprescindible en un mundo donde la principal tarea es hacer que “el tiempo pase”, “fabricar tiempo”, un tiempo de duración indefinida y sin proyecto posible de vida. (p.29).

Al salir del manicomio, la mayoría de las personas con un diagnóstico y una internación en su haber se encuentran con la misma “situación social precedente” (Basaglia, 1999), una sociedad que los excluye al no producir por no tener trabajo y esta situación dificulta más aún las posibilidades de inclusión, volviendo a generar las condiciones para una nueva internación, como algo cíclico, un círculo vicioso, que se da como lo secuencia Basaglia(1999):

De la exclusión a la enfermedad de la enfermedad al hospital (...) de la reinserción social a la represión y así de seguido la solución no podrá darse sino a través de un cambio de sistema, en caso contrario el círculo se perpetúa, sin que se produzca una ruptura dialéctica. (p.37).

Hay personas que llevan años internadas intermitentemente y que también suelen pasar por la “puerta giratoria” a la que hace referencia Baroni (2016).

Este hecho, me lleva a pensar en un proceso faltante en relación a la externación de la persona, y es el proceso de desinstitucionalización, que pueda generar condiciones de inclusión. Este es un riesgo si se cierran los manicomios y no se fortalecen y multiplican estructuras alternativas, algunas ya existen pero son insuficientes y en general no cuentan con apoyo del Estado en destinar recursos e implementar políticas públicas. Al respecto la autora sostiene que:

Sin pensar e implementar medidas alternativas para culminar con el régimen de asilo o encierro prolongado, se condena a las personas en dicha situación a quedar sin atención y en muchos casos en situación de calle, quedando la persona, en tanto se la comienza a considerar un paciente social, atrapado en una suerte de puerta giratoria entre la atención y la calle. (Baroni, 2016, p?)

Generar las condiciones para una reinserción social efectiva tiene que ver con procesos de desinstitucionalización. El participante de la siguiente viñeta habilita con su vivencia de institucionalización a pensar en relación a lo mencionado.

Memoria de práctica VI

Se trata de un muchacho que lleva años internado, sin familia ni nadie con quien contar fuera del manicomio. En varias oportunidades este muchacho ha sido trasladado a una especie de cottolengo en las afueras de Las Piedras, dirigido por monjas. No fue fácil acceder a una visita, poder coordinarla requirió de varias llamadas telefónicas por parte del equipo de la radio. En un principio las monjas responsables se negaban, decían que era “bueno” que la persona no viera a nadie de su entorno para adaptarse mejor al nuevo lugar. Debimos esperar 15 días para acceder a una visita. Cuando logramos verlo se lo veía contento, nos mostró su dormitorio, que tenía una tele en el dormitorio y debajo de la almohada un cuaderno y una lapicera, como solía tener en el Vilardebó. La monja encargada del cottolengo expresó que solían llevarlo a hacer las compras y que a él le gustaba, de hecho él nos mostró dónde guardaban la camioneta en la que salía de acompañante.

Gestionamos para que pudiera continuar su vínculo con la radio y se fijó una fecha para ir a buscarlo, llevarlo a la radio y luego al cottolengo de nuevo. Para mi sorpresa, antes de ir a buscarlo pasé por la radio y él estaba nuevamente internado. Se había “descompensado”. Fue una situación que se repitió en varias oportunidades.

Es lo que nos hace preguntar ¿cómo se realizan los procesos de desinstitucionalización? ¿Qué clase de lugares son estos nuevos destinos? ¿Se diferencian de los manicomios o pasan a ser mini manicomios? El encierro y la situación asilar por tiempo prolongado cronifican la institucionalización o adhesión al lugar, hace del encierro y las normas del lugar, la forma de habitar el espacio, creando una rutina.

Estos temas de desinstitucionalización fallida a inexistente llevan a cuestionar ¿Qué tanto se planifica el abandono del asilo y la inclusión en una nueva institución? Por más buena voluntad que había por parte de las monjas, no dejaba de ser una institución que operaba desde las mismas lógicas que el Vilardebó, que ubican al interno en un lugar de desposeimiento, destinatario de caridad. No hubo un proceso de adaptación y conocimiento del nuevo entorno, gradual, habilitando una nueva forma de pensar-se, de surgimiento de deseo de que el nuevo lugar se constituyera en su hogar.

2. **Dos modelos de atención en tensión.**

Escenas como la de líneas arriba me llevan a pensar que en temas vinculados a la salud mental aún continúa prevaleciendo la hegemonía médica como paradigma imperante en esta institución. Si bien las reformas en salud y la creación de la Ley de salud mental en los últimos tiempos apuntan a ver al sujeto en su integralidad, en el hospital Vilardebó pareciera que hay un anclaje autocrático, donde se patologiza la vida abordando al sujeto desde la enfermedad, de manera individual, descontextualizando y manipulando sus procesos de salud enfermedad a través del poder, un poder que está legitimado desde hace siglos y se impone hasta nuestros días.

Pensar en autores como Saforcada (1999) me lleva a considerar que el hospital Vilardebó está regido por un solo saber, el saber médico. Como se expuso en las memorias de práctica, las tensiones que se han generado entre los funcionarios del Vilardebó y los referentes de la radio han estado regidas por la ostentación de ese poder, que no habilita otros enfoques en el proceso de habilitación. Sobre esta postura de hegemonía médica el autor plantea:

Se desarrolla y consolida el pensamiento médico científico organizándose alrededor de la *enfermedad y la clínica* (...) Esto da origen a concepciones y prácticas que, desde la perspectiva actual, aparecen claramente como *individual-restrictivistas*: se ocupan del hombre [o la persona] aislado de su contexto vital, sin tomar en cuenta su ecosistema (...) El campo de la enfermedad está hegemonizado por las posiciones más restrictivas-frecuentemente reduccionistas- de las concepciones y prácticas individualistas. (...) El ser humano es tomado en cuenta en tanto *nicho de la enfermedad*, actual o potencial, y el escenario de la acción es un espacio configurado por individuos enfermos o en peligro de enfermar. (Saforcada, 1999, pp,73,74,84).

Estábamos en ese momento y seguimos estando en un momento histórico donde se generan tensiones por parte de lo instituido como el sistema manicomial y lo instituyente como nuevo sistema que toma en cuenta la salud mental como “un proceso multideterminado” (De Lellis, 2015. p.87). Las características del Hospital Vilardebó como manicomio, constituyen un conjunto de decisiones, acciones y posturas hegemónicas por parte de la medicina que De Lellis (2015) resume muy bien en términos del paradigma tutelar. Así, podemos distinguir, por un lado, las situaciones y análisis compartidos en relación a lo que pude evidenciar en el hospital y, por el otro, Vilardevoz, considerada como un dispositivo alternativo, antagónico e instituyente de nuevas formas de abordar la salud mental en perspectiva de derechos, desde un “paradigma integral”, según la clasificación de De Lellis (2015).

Las tensiones y conflictos que se generan se basan en lo antagónico que resulta un paradigma y otro. Por un lado, uno hegemónico desde el comienzo de la historia de la salud mental, que aún domina este campo, basándose en lo asistencialista-tutelar en el que se destaca según De Lellis (2015) “la carencia, incapacidad, institucionalización, peligrosidad, restricción ilegítima de la libertad, desarticulación de las redes socio familiares, relación asimétrica entre médico y paciente”

(p.87), hegemonía de la psiquiatría como disciplina dominante en lo mental y la exclusión de las personas en el encierro en instituciones totales.

En contrapartida, existe y se gesta día a día otro modelo de atención en salud mental, opuesto al modelo tutelar, tomando al sujeto como ser integral, donde los dispositivos de atención en salud mental deben ser como manifiesta Amarante (2009):

Entendidos como dispositivos estratégicos, como lugares de acogimiento, de cuidado y de intercambios sociales (...) con la enfermedad entre paréntesis nos encontramos, con el sujeto, con sus vicisitudes, sus problemas concretos de la vida cotidiana, su trabajo, su familia, sus parientes, sus vecinos, sus proyectos y sus deseos, esto posibilita una ampliación de la noción de integralidad en el campo de la salud mental y atención psicosocial. Como servicios que trabajan con personas y no con enfermedades, deben ser lugares de sociabilidad y producción de subjetividades. (p. 68).

Dos modelos que habitan un mismo edificio separados por una puerta de vidrio, el manicomio y Radio Vilardevoz, un proyecto que, como otros proyectos alternativos y muchas organizaciones sociales, apunta a otra forma de intervenir en salud mental, desde una postura integral, caracterizada por la protección y defensa de los derechos de las personas, centrándose en las capacidades y oportunidades de inclusión social, articulación en redes de servicios y de sostén, garantía de derechos, interdisciplina y horizontalidad, control de las internaciones y desinstitucionalización.

2.1. Desmanicomialización y cambio de paradigma.

En la historia de la salud mental de nuestro país hubo un giro en el modo de pensar el proceso de salud-enfermedad en lo mental, desde hace años se comienza a cuestionar el modelo psiquiátrico, asilar, manicomial, tutelar, normalizador y violento.

Grupos sociales y nuevos dispositivos, algunos de ellos no tan nuevos, como Radio Vilardevoz que cumple 23 años, enfatizan lo social en la producción de la enfermedad y por ende encuentran en la sociedad el espacio para la salud.

En estos espacios caracterizados por el encuentro, el arte, la comunicación, participación, la voz activa, la reivindicación de derechos, se generan vínculos, desde lo colectivo, se genera conciencia crítica a través de los encuentros.

Estos colectivos han sido parte del movimiento que llevó a que se lograra la aprobación de la Ley de Salud Mental 19.529, porque en materia de reglamentación lo que había era la Ley de Psicópatas (9.581) de 1936, previa a la declaración de Derechos Humanos. La Ley de Salud Mental 19.529, a su vez, ha sido un puntapié fundamental para cambiar la mirada acerca de los procesos de salud-enfermedad al reconocer lo multifactorial de la enfermedad donde reconoce que: "Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes

históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Ley 19.529. 2017, art. II) aunque merece críticas en cuanto a que sigue recostada en el biologicismo y a la psiquiatría, lo que se refleja por ejemplo en la denominación que usa para las personas usuarias (“personas con trastorno mental”).

Parte del proceso de desmanicomialización pasa por generar redes vinculares y sociales que prescindan del modelo psiquiátrico manicomial. Desmanicomializar es convertir los dispositivos e instituciones en sistemas de abordajes que contemplen los derechos humanos, que incorporen un cambio en la mirada social hacia la salud mental, ponderando la condición humana, la dignidad e identidad, potenciando capacidades, habilitando nuevas formas de existencia, poniendo el énfasis en la salud y no en la enfermedad. Dichas incorporaciones se encuentran expresadas también en la Ley (artículo 17. 19.527) de la siguiente manera:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales. (Ámbito de atención. 2017. art. 17).

2.2. Dos antónimos a un vidrio de distancia. Manicomialización y desmanicomialización.

Manicomialización sería un proceso de captura, de aspiración hacia el agujero negro de la locura, en cuyo abismo caen no sólo los pacientes sino también los terapeutas, apresados por una ideología que se refleja principalmente en los diversos procedimientos de reclusión, represión y control sobre lo caótico. Desmanicomialización sería un proceso, un flujo, una corriente, que articula procedimientos diversos los cuales instrumentan la disposición de pacientes y terapeutas a intervenir en una multiplicidad de acontecimientos micro políticos que reflejan una ideología que recupera la operatividad creativa de lo caótico, constituyendo líneas de fuga contra la captura del proceso mencionado en primer término. (Kesselman.1993. p.1)

Cuando hablamos de desmanicomializar, como mencioné más arriba, hablamos de implementar internaciones cortas en hospitales generales, tender a recuperar los lazos familiares y sociales además de apoyo y contención a las familias. También implica garantizar la vivienda, ya sea a través de cooperativas, propias o de hogares sustitutos y casas de medio camino. Que la reforma no sea sólo a nivel del sistema sanitario diferencia esta perspectiva de otras reformas, esta cuya inspiración fue la reforma en Italia liderada por Basaglia (Amarante, 2009) y que también fue referencia para reformas en la región.

Galende (1990) expresa que el proceso de desmanicomialización implica la caída de la psiquiatría como hegemonía médica y haciendo referencia a ella agrega que “constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas de Salud Mental” (p.146). Ha de llevar a que la salud mental sea efectivamente pensada en términos de campo múltiple, como la plantea Amarante (2009).

Desmanicomializar no solo implica cerrar el manicomio como arquitectura asilar, más bien refiere a la eliminación definitiva del concepto asilar o manicomial, dejar de asociar la locura con la marginalidad y peligrosidad. Desmanicomializar como proceso social según Cardozo (2014) implica generar “algunos movimientos hacia las transformaciones culturales en las relaciones con la locura (...) en tanto ruptura de la estigmatización y exclusión hacia aquellos sujetos que actúan, piensan, sienten y viven diferente a los establecidos hegemónicamente” (p.84), es decir cambios en las percepciones sociales que existen sobre la locura.

Para que los procesos de cambio sociocultural se den e instituyan nuevas formas de abordar la salud mental son fundamentales dispositivos que promuevan la interacción social concreta en condiciones de horizontalidad de poder. En favor de un abordaje de corte social que aprecie la riqueza de los recursos de salud presentes en toda la comunidad.

Uno de esos dispositivos, como hice referencia al comienzo de este trabajo, que me facilitó la posibilidad de un acercamiento de primera mano con la locura, accionando e interviniendo en relación a ella y a los modos en que se la aborda etiquetada como “enfermedad”, como se ha reflejado en las memorias que compartí, es Radio Vilardevoz. A continuación me centro en la radio para abordar algunos aspectos sustanciales que aún no he planteado.

3. ***Vilardevoz como dispositivo y proyecto alternativo.***

La Radio Vilardevoz constituye un lugar de enunciación, “máquinas para hacer ver y hacer hablar” (Deleuze, 1990, p.155) para las personas que han sido silenciadas en los abordajes de salud mental. Personas internadas en el hospital, externas al hospital y otras que se acercan sin ser usuarias de los servicios de salud mental, encuentran un lugar en Vilardevoz de acogida, de de-construcción y re-construcción de su singularidad a partir de la participación. A estas personas les llamamos “participantes”. Son los “participantes” quienes junto con los coordinadores de la radio y estudiantes de diferentes carreras, mayormente de psicología, llevan adelante este proyecto. No se llaman “pacientes”, porque el paciente es el que espera, desde un lugar pasivo, y en la radio todos tienen un lugar activo. Tampoco son usuarios, porque usuario es quien usa y en este dispositivo se crea, desde la horizontalidad, compartiendo y reformulando saberes.

En 2013 cuando llegué a la radio como estudiante de psicología, cursando el “EFI Técnicas alternativas en salud mental” nos encontrábamos en un momento histórico: estábamos ante la creación del ante proyecto de Ley de Salud Mental. Vilardevoz, junto a otros dispositivos y organizaciones sociales, participaba activamente en su creación. En parte por este hecho,

quedaba clara una postura instituyente por parte de la radio, generando movimientos que apuntaban a transformar lo instituido hasta entonces en las prácticas de salud mental. Cada sábado era una instancia de rebeldía para todos, donde se podía extender la voz y los reclamos más allá de los muros.

3.1. Construcción de ciudadanía

Parece como si se hubiera hallado un medio de poner al mismo desierto en marcha, para desencadenar una tormenta de arena que cubra todas las partes del mundo habitado. (Arendt, 1951, p.706)

Radio Vilardevoz es un “proyecto político comunicacional y participativo que se plantea diversos escenarios de incidencia en tanto se establecen líneas que contribuyan para el proceso de transformación social, cultural, subjetivo y político” (Baroni, Jiménez, Itza y Giordano, 2013, p.175).

Los sábados son días de encuentro diverso, entre el adentro del hospital y el afuera también. Los participantes que van llegando vienen con cosas para contar, sueños, proyectos, anécdotas, problemas, broncas y enojos, y en este espacio la escucha está presente, por parte de los coordinadores y también de los mismos participantes y de los oyentes (¡es una radio!). Tener algo para decir y que haya alguien para escuchar es comunicación y es a partir de la comunicación que se van generando vínculos.

Cuando el visitante llega por primera vez a Vilardevoz comienza el sábado, por lo general lo hace por la recomendación de algún compañero de refugio, de la calle, de algún familiar o como dice el dicho “vi luz y entré”. Este visitante llega con la carga del estigma social, ya sea por ser usuario de salud mental o por estar en situación vulnerada, de pobreza y exclusión. En Vilardevoz se le da la bienvenida y de a poco comienza a compartir su historia, percibe y luego sabe que hay un lugar para él, que luego se transforma en un sentido de pertenencia. Hay también otros visitantes: familiares, vecinos, artistas, referentes de distintos temas o experiencias que muchas veces se invitan para intercambiar, etc. y es ese encuentro de la diferencia en términos de diversidad y de multiplicidad (Fernández, 2009) la que se promueve en estos espacios.

En el hospital el tiempo parece detenerse, un tiempo homogeneizado, en cambio en Vilardevoz el tiempo es diversificado, caracterizado por lo emergente que a veces sorprende y exige un pienso, pero un pienso colectivo, “dar acogida a lo que no entendemos, de ser hospitalarios con lo que ignoramos, de saber no impedir que otro entre y salga por sitios impensados” (Percia, 2004, p.212).

De a poco se va construyendo un proceso, a través de la inclusión y habilitación de la palabra que son características en este dispositivo, donde el visitante o el “paciente” se va transformando en participante, generando una nueva identidad, sintiéndose parte del colectivo.

En este dispositivo se apunta a la autonomía, que la persona recupere la autopercepción como sujeto poseedor de derechos, pero también el sentido de responsabilidad, y se lo sostiene para que pueda sostener la participación. De acuerdo a sus intereses se va habilitando los diferentes espacios, aportando y problematizando desde su propia vivencia y la vivencia colectiva. Esto construye un saber y una identidad colectiva, que rompe con la idea hegemónica de un solo saber, “la vivencia, la experiencia se va trabajando en la sistematización y reconocimiento del saber acumulado, que va dando paso a la construcción de nociones y conceptos propios del dispositivo de trabajo” (Giordano, Itza. 2015. p.39).

En cuanto a la autopercepción de sujeto poseedor de derecho, esta carecería de sentido si esos derechos no se gozan en la práctica. En Vilardevoz se trabaja activamente en su eje político, y desde ahí se despliega el ejercicio de ciudadanía por parte de quienes integran el colectivo. Para construir y ejercer ciudadanía no es suficiente con conocer que se tienen derechos, como ser a la vivienda, alimentación, trabajo, atención integral en salud etc, sino que el ejercicio de ciudadanía requiere de acciones que aseguren esos derechos y que efectivamente sean respetados. Desde ese lugar Vilardevoz participó en la elaboración de la ley, en sus críticas desde la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental, en grupos de trabajo para su reglamentación y el armado de un Plan Nacional de Salud Mental. A su vez, cotidianamente se construye esta posibilidad de discusión y de toma de decisión desde la diferencia.

En la historia de la locura el poder político es lo primero que se pierde, donde el sujeto deja de ser visto como ciudadano. Si retomamos el concepto mismo de “ciudadanía” como resultado de la revolución francesa y creación del contrato social y lo historizamos, nos encontramos con que si bien tiene que ver con “la reivindicación de derechos humanos, sociales y políticos” estos se basan en “la normalización de los ciudadanos” (Amarante. 2009. p.28), donde se excluyen a mujeres, esclavos, pobres y alienados de la categoría de ciudadanos. Desde Vilardevoz no sólo se ejerce ciudadanía sino que se cuestiona el concepto desde sus raíces y se lo reconstruye como derecho sin exclusiones.

En este sentido Fleury (2002) señala que si la ciudadanía es respaldada por el principio de igualdad, excluyendo lo diferente como fenómeno sociocultural, cabe pensar entonces que para que realmente se ejerza ciudadanía lo que hay que incorporar es la diferencia.

En línea con lo que veníamos problematizando, las personas cuando llegan a Vilardevoz ya sea desde el hospital o desde “afuera” llegan con una identidad teñida de estigma, de etiquetas, al punto que han naturalizado la locura como freno para desplegar potencialidades, y es que, según

Montero (2006), "la naturalización afecta incluso al propio autoconcepto, pues lleva a las personas a definirse con prescindencia de rasgos o capacidades que podrían desarrollar para beneficio propio y de quienes las rodean" (p.34).

Las personas llegan a veces a la radio con actitud pasiva, observadora, expectante, manteniendo distancia, como solían comportarse en el hospital. Otros llegan con "recelo", bronca por lo injusto de un trato violento, también, desde adentro del hospital o de afuera, de una sociedad que destrata la locura.

En Vilardevoz se trabaja desde lo comunitario, con objetivos que como señala Montero (2006) tienden a "develar, atacar, erradicar las naturalizaciones que en nuestra vida cotidiana contribuyen al mantenimiento de situaciones dañinas para los individuos y los grupos" (p.34). Y así, en el encuentro se van produciendo movimientos emergentes donde se debilita la idea de lo imposible.

Si bien la salida al aire sigue cierta programación que es elaborada durante la semana en los diferentes talleres, siempre surge lo inesperado y siempre hay lugar para poder reclamar, repudiar o decir "no estoy de acuerdo" al aire. Son vivencias que traen los participantes y en la radio encuentran un canal que habilita la voz.

En un principio, desde el 2013 y hasta el 2015 mi participación en la radio se daba los sábados, en el espacio de salida al aire. En 2016 acordamos con la referente académica y coordinadora de la radio sumar mi participación también en el taller central los días jueves.

Los jueves previo al comienzo del taller central se daba una instancia de coordinación, donde los pasantes y coordinadores del equipo técnico nos informábamos acerca de los participantes internados, dividíamos tareas en cuanto a coordinaciones intrahospitalarias e interinstitucionales y la puesta a punto de participantes que requerían de alguna intervención particular. En un segundo momento nos encontrábamos comenzando el taller con los participantes.

En el taller central se proponen los temas a tratar o la continuidad de temas que ya están en la agenda, pero en un primer momento los participantes traen anécdotas de cuestiones que ocurrieron en la semana, a veces la noticia de un novio nuevo, de un viaje o de una promesa de trabajo. A veces surgen temas que angustian a alguien, recuerdos que persisten de vivencias de internaciones o alguna nostalgia. En ocasiones se generan conflictos y se plantean estrategias para enfrentar y asumir el conflicto como elemento natural de la convivencia y lograr acordar desde la diferencia.

Una particularidad del taller central es que, si bien se realiza a puertas cerradas y con un grupo que suele ser estable en cuanto a la asistencia, cuando alguien toma la palabra lo hace a través del micrófono. Tomar el micrófono implica tomar la voz, liberar lo que se siente, pero también

implica escuchar y es así cómo se desarrollan vínculos de empatía y respeto. En este sentido Baroni (2012) expresa que:

La palabra debe ser liberada, en el entendido de que la acción instituida del hospital contiene e implica el silenciamiento de la voz de las personas allí internadas, y por extensión, de todos los que ingresan a la categoría de “enfermos mentales”, de “paciente” (p. 14).

Se ponen sobre la mesa temas de agenda que van desde la visita de invitados a la fonoplatea, que suelen ser músicos, personas vinculadas a la salud, a organismos públicos como ser Mides, MSP, o artistas de todos los géneros. La figura del coordinador lleva un rol más bien de guía, pero su postura es horizontal y democrática, las decisiones se toman colectivamente. Es así cómo se construye ciudadanía, desde la diferencia.

Reafirmando lo planteado, solo me queda destacar que Vilardevoz si bien se encuentra físicamente dentro del hospital Vilardebó es un dispositivo autónomo y autogestionado, y desde lo colectivo se pone en práctica lo que Peixoto (2004) expresa de siguiente manera:

En un ejercicio de poder compartido, que califica las relaciones sociales de cooperación entre personas (...) dado que expresan intencionalmente relaciones sociales más horizontales (...) a partir de sistemas de representación cuyos valores, principios y prácticas favorecen y crean condiciones para que la toma de decisiones sea el resultado de una construcción colectiva, que pase por el poder compartido (de opinar y decidir) (p. 39).

4. **Consideraciones finales.**

“La arrogancia del técnico suele hacerse añicos frente a las características y condiciones concretas de la práctica sobre terreno”. Juan Carlos Carrasco (1989)

Mi curiosidad y búsqueda de conocimiento acerca de la realidad en salud mental me llevó a Vilardevoz y fue menester dejar atrás todo imaginario previo, recibido de manera “dócil y pasivamente” (Freire.1975), para a través del compromiso sumergirme en los encuentros, a veces con los participantes, a veces con los coordinadores, a veces con la institución psiquiátrica y a veces con todos juntos. Comprendí que conocer esa realidad implicaba presencia, “presencia curiosa”.

Con el tiempo, en este proceso de aprendizaje en la radio, que transcurrió en paralelo a mi formación como psicóloga se fueron habilitando instancias. Ya fuera por la división de tareas o la organización del dispositivo mismo, se fue habilitando un ir y venir de la radio al hospital y del

hospital a la radio. Diría que fui ocupando el lugar de ir como radio a “coordinar” con el hospital, coordinar lo incoordinable, pelear por otras condiciones, lograr que al menos las personas internadas pudieran acceder a distintas actividades de la radio.

La “puerta de vidrio” aparece en varios momentos en este trabajo y es que en realidad el mismo trabajo da cuenta de mi propia singularidad, afectada y situada en la tarea de la que me fui apropiando, donde en varias ocasiones me sentí (metafóricamente hablando) como la misma puerta, como bisagra, entre el adentro y el afuera. La tensión constante que sentí en esta tarea, ante innumerables situaciones, algunas de las cuales fueron explicitadas aquí, es la principal fundamentación de los distintos estilos de escritura al pensar, por un lado, el manicomio y, por otro, la radio como experiencia alternativa. Fue necesario recuperar algunas de esas situaciones a modo de memorias de práctica para repensarlas y explicitar las lógicas que las construyeron.

A partir de allí Vilardevoz implicó la caja de herramientas a la que acudía constantemente, en este ir y venir entre dos mundos. Pensar en colectivo implicó la “invención y reinención” de lo que se presentaba ante mí y la certeza de que otras formas de intervención, abordaje y concepción de la salud mental son posibles.

El objeto de este trabajo fue precisamente dar cuenta a partir de lo vivencial de un proceso de aprendizaje en el que, al decir de Freire (1975) “sólo aprende verdaderamente aquel que se apropia de lo aprendido, transformándolo en aprehendido” (p. 11) y poder pensar qué tan lejos estamos de un cambio real de cara al proceso de desmanicomialización, cuánto resta por hacer para que efectivamente haya un cambio de paradigma.

Allí afuera, el común de la sociedad, cree que las prácticas inhumanas a las que hago referencias quedaron en una historia antigua de la psiquiatría, negadas como estado actual de la salud mental y es el propósito de este trabajo acercar de alguna manera a través de lo vivencial la realidad de muchas personas que viven tras los muros, y de otras que sin estar internadas en un manicomio se las condena a un muro o barrera social de exclusión, discriminación y estigmatización.

Si los muros no existen, las lógicas que los sostienen pueden seguir existiendo, por ejemplo ese “querer a los pacientes” sin consultarles qué es lo que ellos quieren o esas múltiples formas de negarlos como sujetos. Es indispensable pensar sobre estas lógicas y sobre qué es lo central para un cambio de paradigma. Considero que este trabajo es un aporte en ese sentido, a partir de las experiencias transitadas.

Referencias Bibliográficas.

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio*. Salud mental y psicosocial. Bs.As: Topia
- Arendt, H. (1951). *The Origins of Totalitarianism*, Harcourt, Brace Jovanovich, Nueva York . [trad. cast. Alianza Ed. Madrid, vol. III]
- Baroni, C. Jiménez, A. Giordano, M. Itza, B y Planchesteiner, D (2013). Locos por la Radio. En *Abrazos: experiencias y narrativas en salud mental* (De león, N (comp.). Montevideo: Levy
- Baroni, C. (2016) Un movimiento contra el olvido. Aportes para pensar el proceso de desmanicomialización en el Uruguay de 1985 en adelante. Hemisferio Izquierdo. Recuperado de: <https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2016/07/04/Un-movimiento-contra-el-olvido-Aportes-para-pensar-el-proceso-de-desmanicomializaci%C3%B3n-en-el-Uruguay-de-1985-en-adelante>
- Baroni, C., Jiménez, A., Itza, B. y Giordano, M. (2013). Locura en Movimiento. En: N. de León (Coord.). Art.2. *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. Montevideo: Psicolibros. Waslala.
- Baroni, C., Jimenez, A., Mello, S. y Viñar, M. (2012): Extensionando con locura. Vilardevoz: una experiencia de comunicación participativa”, en *Apuntes para la Acción II*, Montevideo, Extensión Libros.
- Basaglia, F. (1999). *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires, Argentina: Topía.
- Bronfman, M., y Castro, R.(1993). Teoría feminista y sociología medica: Bases para una discusión. En Revista Cad. Saude Púb. 9. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/24.pdf>
- Cardozo, D.; Sasso, L.; Sörensen, M. (2014) Centro Cultural Bibliobarrio: Construcción de un dispositivo para el trabajo colectivo y autogestionado en un proyecto de desmanicomialización. Inédito
- Carrasco, JC. (1989). *Extensión, idea perenne y renovada*. Gaceta Universitaria - N°2/3 – Recuperado de: <https://psico.edu.uy/sites/default/files/4.%20Extensi%C3%B3n%20Carrasco.pdf>
- De Lellis, M. (2015). *Un nuevo paradigma en salud mental: ejes de la transformación*. En De Lellis, M (2015) *Perspectivas en salud pública y salud mental*. CABA: Nuevos Tiempos.
- Deleuze, G. (1990). *Michel Foucault, filósofo. ¿Qué es un dispositivo?*. Barcelona: Gedisa.
- Fernandez, A. (2009). Las diferencias desigualadas: multiplicidades, invenciones políticas y transdisciplinas. En *Nómadas.30*. Colombia. Recuperado de: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RVuzk_HFUXIJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5508106.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=uy
- Fleury, S. (2002). *Políticas Sociales y ciudadanía*. Banco Interamericano de Desarrollo. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) Disponible en: <https://consejopsun-tref.files.wordpress.com/2017/08/fleury.pdf>
- Freire, P. (1975). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI

- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. D.F, México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires, Argentina: S.XXI
- Foucault, M.(1993). El juego del poder. En: *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. D.F, México: Ediciones AKAL.
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós
- García, D. (2019). Locura y feminismo: viajes de sujeción y resistencia. En Revista *Átopos*. 20. Salud mental, comunidad y cultura: Recuperado de:
http://www.atopos.es/images/atopos20/atopos20_5.pdf
- Giordano, M., Itza, B. (2015) Los Dispositivos Grupales, Radio Vilardevez y su taller de Radiofónica. En C. Baroni. *Salud mental, Psicología y Comunicación Participativa*. Montevideo. Recuperado de:
https://www.academia.edu/39743406/Salud_mental_Psicolog%C3%ADa_y_Comunicaci%C3%B3n_participativa
- Goffman, E. (1986). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1999/2001). *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grebert, L. (2013). Clinique La Borde. Un espacio de vida. En de León, N (coord). *Abrazos: Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo, Uruguay: Levy
- INDDHH. (2019, 69). VI Informe Anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos y degradantes. Recuperado de:
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/mnp-presenta-informe-anual-sobre-prevencion-tortura-otros-tratos-cruelles>
- Kesselman, H (1993). Revista *Zona Erógena* N° 14, Buenos Aires, 1993.
- Lacan, J. (2014). *Seminario 6. El deseo y su interpretación*. Argentina: Paidós
- Ley 19.529: Salud Mental (2017). Uruguay. Publicada D.O. 19 set/017 - N° 29786. Recuperado de:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484984925618.htm>
- Miguel, C. (2014) El Hospital. En: *Tintas de aquel lugar*. Montevideo. Uruguay: Bibliobarrio.
- Miguel, C. (s.f.) La vulnerabilidad. En: *Por un gramo más de mi locura*. Montevideo. Uruguay: Bibliobarrio
- Moffat, A. (1974) *Psicoterapia del oprimido*. Ideología y técnica de la psiquiatría popular. Buenos Aires. Argentina: Ecro. S.R.L.
- Montero, M. (2004). Procesos psicosociales comunitarios. En: *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Bs. As. Paidós.
- Montero, M. (2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Plan de estudios. Incorporación a programa. UdelaR (2011). Recuperado de:
<https://psico.edu.uy/noticias/integracion-de-estudiantes-programas-de-institutos-y-centros-de-investigacion>
- Plan de estudios. EFI. UdelaR (2009). Recuperado de: <https://psico.edu.uy/extension/efis>

- Peixoto de Albuquerque, P. (2004) Autogestión en A Cattani. En: *La otra Economía*. Buenos Aires: Fundación OSDE Altamira UNGS.
- Percia, M. (2004). *Deliberar las Psicosis*. Buenos Aires: Lugar.
- Pezzani, G. (2016). *Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el hospital psiquiátrico Vilardebó*. Tesis de Maestría. UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA. FACULTAD DE PSICOLOGÍA. Uruguay.
- Rodriguez Nebot, J (2004) Clínica móvil: el psicoanálisis y la red (1° edición). Psicolibros Narciso.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria: análisis críticos de los sistemas de atención de salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Ulloa, F. (2012). *Novela clínica psicoanalítica: Historial de una práctica*. Buenos Aires: Libros del Zorzal
- Villaverde, N. (2016). *Procesos de subjetivación y producción de autonomía en el colectivo Radio Vilardevoz*. Trabajo final de grado. Universidad de la República. Facultad de Psicología. Uruguay.



Producción propia. (2015)

Pintada de mural en ocasión de fiesta antimanicomial, con funcionarios del hospital en desacuerdo.



Producción propia. (2015). Mural invitando a la fiesta antimanicomial celebrando el Día mundial de la Salud Mental.



Producción propia. (2015)
Murales vandalizados por funcionarios del hospital.

