



Derechos Humanos y Políticas Públicas en Salud Mental... ¿Una justificación legal?

Trabajo Final de Grado

Montevideo, 30 de Julio de 2014

Tutor: *Mag. Psic. Cecilia Baroni*

Estudiante: *Leonora Cardozo Scarone*

Número de estudiante: *4.064.252-1*

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	3
Marco teórico.....	5
1. <i>Breve historia sobre la Salud Mental y sus concepciones de Salud, Enfermedad y Locura</i>	5
2. <i>Derechos Humanos y Salud Mental</i>	12
3. <i>Vilardebó y Vilardevoz</i>	17
4. <i>Campaña “Rompiendo el Silencio”</i>	21
Revisión Crítica	29
Conclusiones	42
Referencias bibliográficas.....	44
Anexos	47

Resumen

Con este trabajo monográfico, se pretende vislumbrar la relación existente entre las Políticas Públicas, el marco Jurídico y los Derechos Humanos que atañan a los usuarios en Salud Mental en el Uruguay.

Se pretende dar cuenta del abominable paradigma médico hegemónico al que asisten los usuarios, realizando un llamado de emergencia en lo que respecta a los sistemas de atención en salud mental.

El objetivo aquí se centra, entre otros, en promover transformaciones en el imaginario social sobre aquellos mitos que circundan en él, en relación a la “locura”, en cuanto a que se intenta fomentar a nuevas formas de un pensarse, y a la creación de políticas alternativas populares en lo que a salud mental refiere.

Se realiza una labor crítico reflexiva entorno a estas problemáticas de gran relevancia, con el interés de generar movimientos de reforma donde el lema sea signado por la “desmanicomialización” y “desestigmatización” del viejo y conocido “paciente psiquiátrico” para algunos.

Introducción

A continuación se presenta un trabajo de carácter monográfico el cual se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, Universidad de la República. En el mismo se intenta dar a conocer las relaciones existentes entre entidades esenciales a la hora de hablar de salud mental, más específicamente trata de enfatizar en base a tres marcos fundamentales que atraviesan el concepto, Políticas Públicas, Legislación y Derechos Humanos en Salud Mental.

Se realiza un recorrido histórico de aquellas leyes y concepciones que atañen a las personas con padecimiento psíquico como ser la ley N° 9581 del año 1936, conocida con el nombre “Ley del Psicópata”, al igual que la N° 18.211 del año 2007, donde se pretende crear un “Sistema Nacional Integrado de Salud”. Nótese que en el presente año 2014 aún siguen vigentes leyes un tanto retrógradas a la hora de amparar al “psicópata” como se expresa allí. Es con el Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay, fruto de una comisión que comienza a reunirse en el año 2005, donde se intenta plasmar un nuevo punto de vista a esta

problemática que nos atañe a todos como ciudadanos, pero más específicamente como seres humanos garantes de derechos.

Ahora bien, ¿qué ocurre con el Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay que ha quedado en suspenso?, ¿porqué “duerme” desde el 2009?

Para poder responder a esta pregunta se incursiona sobre una vasta gama de artículos bibliográficos, realizando en una primera instancia el recorrido legal y jurídico en torno a la salud mental en nuestro país lo que implica, entre otras cosas, visualizar el cambio de concepción de un paradigma centrado en la enfermedad mental hacia uno focalizado en la salud mental.

En un segundo momento se plantea cómo los propios interesados, usuarios o receptores de las políticas públicas en salud, familiares y personas sensibilizadas con la temática, se han podido organizar para debatir el anteproyecto siendo esto de carácter inédito en dicho proceso. Se intenta efectuar una mirada crítico reflexiva en torno a la temática planteada, desarrollando posibles hipótesis en relación a lo que a los distintos “actores” por así decirlo, les compete.

Para lograr el cometido del trabajo que procede, los insumos a los que se recurrieron fueron entre los destacados, la Ley del Psicópata de 1936, el Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay, los producidos por Radio Vilardevoz en el marco de su Campaña “Rompiendo el Silencio” del año 2011, entre otros.

Creo que se torna esencial plasmar un trabajo de ésta índole en cuanto a que su relevancia social es de carácter extremo, debido a que es un tema que cotidianamente nos transversaliza e implica.

Si bien el Anteproyecto oficia como bisagra a la hora de pensar en un cambio de paradigma en relación a la Salud Mental, nos encontramos inmersos en un país donde la burocracia, la política de mercado y quizá la “falta de interés” de unos pocos, para no decir “los más fuertes”, no constituyen una excepción. Se intenta aquí por tanto, brindar una mirada más, un aporte más, hacia esta problemática.

Marco teórico

1. Breve historia sobre la Salud Mental y sus concepciones de Salud, Enfermedad, y Locura

Realizando una mirada historizante, daré cuenta brevemente de cómo se han ido produciendo las concepciones de salud y enfermedad a lo largo del tiempo y cómo las mismas han ido mutando en sus diferentes acepciones. Cabe destacar que se adoptará una mirada que entiende que la salud y la enfermedad son constructos ligados a las distintas concepciones paradigmáticas de la época, producciones sociales en consonancia con una cosmovisión del mundo en particular, donde se encarga de dar “pase” a quienes podrían llegar a ocupar el puesto de “lo normal= lo sano”, y aquel que queda por fuera en el grupo de “el loco=el enfermo”.

Desde sus comienzos la enfermedad se centraba en aquello que estuviera fuera de los parámetros de lo natural, es decir aquella instancia donde el ser experimentaba un proceso natural de desequilibrio. Si remitimos a la raíz epistemológica de la palabra enfermedad, nos encontramos con el vocablo del latín “infirmus”, del prefijo <in> el cual significaría negación, y <firmus> lo que se entiende como firmeza. A su vez, del griego “pathos” lo que significa “padecer”. Por tanto, aquel que manifestaba cierto estado de “desequilibrio”, era debido a que “naturalmente”, por así decir, “padecía”, carecía de la capacidad de mantenerse “firme”.

Se torna muy interesante visualizar el hecho de que la noción de enfermedad es anterior a la de salud. En la Grecia clásica alrededor del siglo IV, se concebía a la persona enferma como aquella que denotaba cierta debilidad, mientras que era sano quien mantenía todos sus “cabales” en orden, aquel que demostraba estar en su “sano” juicio, valga la redundancia. Fueron los griegos quienes se aventuraron en dar por vez primera, una razón natural a la enfermedad, desestimando los mitos y saberes sobrenaturales, priorizando lo intelectual por sobretodas las cosas, entendiendo a la misma como un estado de impureza o como un castigo a causa de una acción cometida indebidamente.

Remontándonos en la Edad Media, se da un vuelco de paradigma y por tanto un cambio de concepciones en relación a la enfermedad, la cual era vista aquí como un litigio para llegar a “la salvación”. Es decir, se relacionaba con una cuantía de dolor, esto era, cuanto más dolor manifestase el “enfermo” más colmado de ostentación y

honradez se encontraba. No nos olvidemos del papel primordial que en esta época significaba la iglesia y la inquisición. Todo aquello que pugnara fuera de la norma de la casa de Dios, era visto como un pecado y por supuesto quedaría en camino al purgatorio, por así decir. Si la persona se apartaba de los valores de la época, si se desviaba de la norma imperante, acarrearía consecuencias negativas para su supervivencia.

La religión aquí oficiaba de lema y el dolor era la personificación de Dios en el hombre, siendo la muerte y la enfermedad su máxima expresión; máxima expresión de nobleza hacia el orden divino.

Por su parte, en esta época la noción de enfermedad se vinculaba a su vez con un estado mental insano. Es decir, aquella persona que se presentara como un “enviado de Dios”, era denominado un hereje que atentaba contra las palabras del Señor, y que por su condición de delirante al encontrarse poseído por el diablo, debía ser erradicado de una vez y para siempre. Al amenazar los parámetros de lo normal, el “loco” era sentenciado y eventualmente, quemado en la hoguera.

En relación a la locura y tomando el abordaje genealógico que realiza Foucault, existieron diversas formas de entenderla, definirla y eventualmente tratarla. En una primera instancia nos encontramos, con una concepción de la locura ligada a lo demoníaco, donde aquella persona que padecía de un estado delirante, respondía a estímulos de deseo de un otro yo, el demonio.

Pues ya en la Edad Media, como se menciona párrafos anteriores, se visualiza a la locura y más específicamente a la persona que la padecía, como garante de ciertas vicisitudes en relación a su implacable pacto con el diablo y su correlación con la brujería; ahora ella podría conquistar al mundo gracias a su vigor y al poder que le “otorgaba” su “amo” el diablo, poseedor de las fuerzas del mal. Bajo estos parámetros la persona que sufría de un estado de locura era vista por la “sociedad normal” como infractora en relación a la moral de la época. Cualquier tipo de actitud denominada “subversiva”, en contra de lo decretado por el poder imperante social, era desvalorizada y acusada como una forma de actuar fuera de lo que se entendía como normal. Lo que reflejaba un uso extraordinario del poder bajo el dictamen de las jerarquías eclesiásticas en el “nombre de Dios”, quien en última instancia se permitía reprimir, sentenciar y matar a la persona que se encontraba inmersa en esta forma prohibida del vivir.

Szasz, psiquiatra de origen Húngaro, citado por Serrano, incursiona sobre esta época histórica denominada a su vez como la “Edad de la Locura”, donde se clasificaba a las enfermedades como “naturales”, aquellas que eran específicas del cuerpo, o como “sobrenaturales”, las que se vinculaban a las incongruencias del alma. El autor manifiesta,

(...) Los paralelos básicos entre los criterios de la brujería y la enfermedad mental pueden resumirse del siguiente modo: En la Edad de la brujería la enfermedad era considerada natural o bien diabólica. Puesto que la existencia de las brujas como analogía de signo contrario a los santos no podía ser puesto en duda (a menos de ser acusado de hereje), tampoco debía dudarse de la existencia de enfermedades debidas al maleficio de ellas. Por ello, los médicos se vieron envueltos en la Inquisición como expertos en el Diagnóstico Diferencial entre ambos tipos de enfermedades (...) (1996: 1).

Es con el advenimiento del siglo XVI y XVII en el marco de un pensamiento Renacentista y Moderno, con el desarrollo de la ciencia y la medicina junto a un avance tecnológico colosal, donde esta visión cambia drásticamente y la etiología de la locura apunta esencialmente a factores orgánicos y ya no sobrenaturales. Humberto Casarotti expresa que, “(...) en el siglo XVI después de la época demonológica se percibió a la enfermedad mental como fenómeno natural y no sobrenatural (...) como desorden del orden natural del cuerpo (...)” (2010:106).

Nos adentramos a una época donde el entorno cultural se identificaba por un estilo “Barroco”, donde las edificaciones y el arte del momento rondaba sobre fenómenos exorbitantes, desmedidos y hasta un tanto confusos por su condición de ser. Transcurrían grandes cambios en el campo de la ciencia, los que conllevaron a extraordinarias innovaciones en las distintas ramas del saber, las cuales venían dadas por grandes figuras de la época. Un protagonista crucial en lo que respecta a una nueva forma de ver el mundo fue Thomas Khun, epistemólogo contemporáneo quien introduce una nueva concepción denominada “paradigma” para definir “(...) un modo particular de contemplar el mundo y de practicar ciencia en él (...)”. (Amy, A, 2007: 120).

Por su parte y en relación al paradigma imperante de la época, el astrónomo Nicolás Copérnico, con su teoría heliocéntrica del Sistema Solar, descubre que la Tierra gira alrededor del Sol, y no el Sol alrededor de la Tierra como se creía hasta el

momento. Lo que constituye un cambio drástico en relación a la imagen que se traía del mundo y del Universo hasta el momento relacionada a un modelo antropocéntrico,

(...) El hombre de la época comienza a ver el Universo como un infinito constituido dentro de un sistema de influencias (...) El modelo copernicano ofrece una visión del universo como si fuese un mecanismo ordenado, una especie de máquina de relojería en funcionamiento perfecto cuyas piezas infinitas englobadas en una unidad funcional eran un correlato narrativo de la grandeza de Dios (...) (Rozas, S., 2008: 25).

Es pertinente mencionar que esta era a la que se hace referencia, viene dada por una serie de cambios extraordinarios y relevantes en lo que refiere al crecimiento de la medicina. Entre los distintos avances y estudios que hicieron al crecimiento de la misma se destacan los progresos en la neurología, así como también en la fisionomía del cuerpo. A su vez, surgieron ciertas disciplinas médicas las cuales depositaban su interés en las posibles causas que generaban un estado de locura. Entre éstas se podían encontrar ciertos desequilibrios humorales, al igual que causas determinadas específicamente por la transmisión genética de ciertos genes que podían poseer una sustancia que propiciase el estado delirante. Se comenzó a incursionar por vez primera en la relación establecida entre aquellos factores psicoambientales y el desarrollo de la locura.

En el Renacimiento, la enfermedad ya no se vincula a fenómenos sobrenaturales y al decir de Daniel Parafita "(...) comienzan a abandonarse las explicaciones religiosas en relación a los procesos del enfermar, y las mismas empiezan a buscarse en el campo de la realidad concreta (...) " (Parafita, D., 2010: 4). Se transcurre por el "Siglo de las Luces" del saber y del auge del conocimiento el cual viene marcado por un pensamiento signado pura y exclusivamente por la razón, siendo su predecesor René Descartes con su dualismo mente-cuerpo y su *materialismo metafísico* como fue denominado por Carro Pecci y De la Cuesta. Según Descartes,

(...) el alma racional, una entidad distinta del cuerpo y puesta en contacto con el mismo por la *glándula pineal*, puede o no puede darse cuenta de las emanaciones diferenciales que los espíritus animales traían a su alrededor a través de la reordenación de los espacios interfibrilares. Cuando tales percepciones ocurren, sin embargo, el resultado es la sensación consciente – el cuerpo afecta a la mente. A

su vez, en la acción voluntaria, el alma puede por sí misma iniciar una emanación diferencial de espíritus animales. La mente, en otras palabras, puede también afectar al cuerpo (...) La esencia del cuerpo es la extensión; mientras la del alma o mente es el pensamiento (...) (Rozas, S., 2008: 45).

La locura comienza a ser vista como una enfermedad de la mente y no tanto del cuerpo en sí mismo como se creía. Se visualiza una atmósfera de cambios y transformaciones sociales. Se creía en el ser humano como un sujeto exclusivamente racional, entendiendo de esta forma a la locura como un estado irracional de la mente. Momento exclusivo de un paradigma atravesado por las leyes de la mecánica, donde se tomaba a la razón y al saber matemático como modelo ejemplar.

Michel Foucault citado por Sergio Rozas, sostiene que "(...) el cuerpo - máquina se propone en el curso de una época en que se descubre al cuerpo como objeto y blanco de poder" (2008:47). Se comienza a trabajar el espacio de una forma más fina, según el principio de la división en zonas, a cada individuo su lugar y en cada emplazamiento un individuo; táctica de antiaglomeración y de antivagabundeo. Se trata de establecer las presencias y las ausencias, de saber dónde y cómo encontrar a los individuos, instaurar las comunicaciones útiles, interrumpir las que no son, poder a cada instante vigilar la conducta de cada cual, apreciarla y eventualmente sancionarla si lo requiere. Procedimientos mediante los cuales se puede conocer, dominar y utilizar al individuo. Al decir de Rozas "(...) el siglo XVII asiste al nacimiento de una <anatomía política> que es, al mismo tiempo, una <mecánica del poder>" (2008: 47).

En la modernidad, en pleno desarrollo de la Revolución Industrial, las concepciones de enfermedad mental, más específicamente de la locura, se construyen en relación a parámetros de producción- no/producción. Era loco aquel que no oficiaba como fuente de producción social, es decir, todo aquel que no cuadrara con los modelos imperantes de la época. Y loca aquella mujer que no siguiera los cánones de madres y amas de casa, estereotipos muy marcados de la época. Quien no estuviera en consonancia con los requisitos de las nuevas formas de la "moral y el orden", quedaba por fuera, excluido del sistema.

Comienzan aquí a instaurarse establecimientos a modo de instituciones de salud bajo el slogan de "manicomios", dejando de lado el viejo y conocido asilo como método de alojamiento de enfermos. Remitiendo a la raíz etimológica de la palabra

“manicomio”, nótese que interesante su significado, entendiendo al mismo como la conjunción entre dos vocablos, el de <Manía> por un lado, refiriéndose a la “locura” y por otro, el término <Komion> aludiendo a “lugar”. Por lo que se entendía al manicomio como el “lugar” donde se alojaba a la “locura”. Surge la necesidad por parte de las instituciones de dar “resguardo” a aquellas personas que padecían de algún tipo de estado de locura y carecían de capacidades de distinta índole las cuales limitaban su quehacer en relación a la labor. Michel Foucault manifiesta tal movimiento de control encauzado por las instituciones imperantes de la época,

(...) El ejercicio de la disciplina supone un dispositivo que coacciona por el juego de la mirada (...) Lentamente, en el trascurso de la época clásica, vemos construirse esos “observatorios” de la multiplicidad humana (...) las pequeñas técnicas de las vigilancias múltiples y entrecruzadas, unas miradas que deben ver sin ser vistas (...) Estos “observatorios” tienen un modelo casi ideal: el campamento militar (...) El campamento es el diagrama de un poder que actúa por el efecto de una visibilidad general. Durante mucho tiempo se encontrará en el urbanismo, en la construcción de las ciudades obreras, de los hospitales, de los asilos, de las prisiones (...)
(Foucault, M., 1976: 175).

Por tanto, se ve como poco a poco se van instaurando en la ciudad las instituciones como dispositivos de encierro. Término que utiliza Foucault para referirse a una estrategia de pensamiento, el cual consiste en un conjunto de discursos, instituciones, decisiones reglamentarias, leyes, enunciados científicos, proposiciones morales, filosóficas, entre otras cosas, que conforman una red. Esta última alude a la relación entre estos elementos que en última instancia establecen aquello que es concebido como irrefutable, cierto o como verdad absoluta para una determinada sociedad. El manicomio u hospital psiquiátrico como dispositivo de encierro surge como respuesta a un emergente social con el fin último de reprimir y domesticar el cuerpo, en él se encuentran implícitas las relaciones de poder y la ideología imperante de la época.

De esta forma, la enfermedad y con ello la locura, se encontraría vigilada y controlada en los hospitales, de manera de que nada pueda escapar al orden sociocultural y estereotipado de la época. Con el advenimiento de las instituciones como dispositivos de encierro, la locura quedaría de igual forma encerrada y custodiada las 24 horas del día.

Ahora bien, ¿qué pasa hoy en día? Actualmente acudimos a una crisis general respecto a las instituciones de encierro. El reformar el hospital, la industria, la cárcel, entre otros, funcionaría como lema central en las nuevas sociedades postmodernas. Sin embargo estas instituciones estarían acabadas, tarde o temprano. Aquellas sociedades disciplinarias que funcionaban tan perfectamente en la edad moderna, no lo hacen de la misma forma ni con la misma eficacia hoy en día. Se trata de las sociedades de control, que están modificando bruscamente, a las sociedades disciplinarias.

Cabe aclarar que si bien acudimos a una “nueva” sociedad de control, han quedado secuelas de las sociedades disciplinarias, las mismas dieron paso a que el control se encuentre interiorizado en nuestro cuerpo y lo hayamos naturalizado, logrando con ello el no cuestionamiento del mismo. Es en las sociedades disciplinarias donde se moldeaban los cuerpos con el objetivo de homogeneizarlos, en cambio en las sociedades actuales los patrones se encuentran en constante movimiento.

El control se va a ejercer ya no desde ciertas formas disciplinarias tan visibles apuntando hacia el individuo en particular, sino que lo hará a través de formas más sutiles. Y la “enfermedad psiquiátrica”, por así decir, lejos está de escaparse a este control. Tomando aportes de Michael Foucault, asistimos a una nueva tecnología de “dominio” denominada Biopolítica, la cual consiste ya no en centrar la acción de su poder, respectivamente, en un único cuerpo, sino que actúa sobre cuerpos masificados, en última instancia, sobre grupos sociales en general, tornándose casi imposible delimitar su penetrabilidad, la cual es cuasi intangible.

Nótese que interesante, cómo la *falacia humanista* consiste en hacernos creer que somos más libres cuando más sometidos estamos...

2. Derechos Humanos y Salud Mental

La locura se ha consolidado a través de los siglos en relación al momento histórico que acontece y al imaginario social, quien se encarga de dar cuerpo al concepto como tal y de catalogar a la persona con la acepción de “loco/no-loco”. Si remitimos a la definición de la palabra locura según el Diccionario de la Real Academia Española, nos encontramos con una frase un tanto peculiar, ello sería la “privación del juicio o del uso de la razón”. Ahora me pregunto, ¿a qué se refiere con juicio, o con el supuesto no uso de razón?, ¿según quien/es se le estaría privando a la persona el no uso de sus capacidades?

Centrándonos más precisamente a finales del siglo XIX, nos encontramos con un concepto de locura ligado estrechamente a un sistema que de ahora en más oficiará como la nueva inquisición de la época, esto es el flamante e incuestionable sistema jurídico-sanitario. Si siglos pasados eran sacerdotes, por así decir, quienes creían poseer el derecho a “crucificar” a una persona con el vocablo de “loco”, ahora serían los “invisibles” adscriptos al poder capitalista de un cuerpo soslayante y escurridizo, quienes se encargarían de efectuar los movimientos en lo que a la salud mental refiere, con el fin último de controlar, vigilar y eventualmente “castigar” a quien lo “necesite”.

Y con la palabra castigar me refiero no solo a una dimensión verbal del término, sino al conjunto de ramificaciones y actitudes paraverbales de lo que a la acción le infiere. Uno puede castigar psicológicamente acudiendo a la palabra, farmacológicamente “otorgando” químicos específicos para ingerir y hasta utilizando aparatos tan añejos y violentos como los que se utilizan hoy día para efectuar el electroshock en los hospitales, por ejemplo.

Nos atenemos a condiciones de índole inhumana que hasta se torna cuasi imposible e inconcebible el cuestionarlas por el carácter de agresividad que denotan. No es fácil escaparse a un mundo medicalizado y de la clasificación, al cual asistimos hoy, donde el diagnosticar y el etiquetar es un continuo, donde hasta un cambio de humor es apto de ser señalado y patologizado.

Por lo que, las lógicas de sentido aquí, revelan la dicotomía existente aún, en relación a la salud mental y los derechos humanos. Después de todo, ¿qué significado

se le otorga a las actuales preferencias sociales del encierro en relación a la locura?, para no referir al sutil retiro de los viejos y conocidos locos...

Realizando una mirada historizante, urge la necesidad de (re)ver aspectos claves en materia de salud mental y derechos humanos. Como se mencionaba en un comienzo, la locura y todas sus determinaciones vienen ligadas hoy día a un sistema jurídico-sanitario, donde ley, salud mental, y por ende derechos humanos, configuran un todo.

Nelson de León en su libro *Abrazos*, tomando aportes de Kakuk hace referencia a ello,

(...) los derechos humanos llevan intrínseco el concepto de libertad en sentido jurídico y son propios del hombre por su condición humana. No son declaraciones de reconocimiento que realiza el Estado, sino una realidad esencial del ser humano. El estado debe garantizarlos y reafirmarlos (...) (De León, N., 2013: 66).

Los derechos humanos por tanto, se conciben como un privilegio un tanto particular, de carácter jurídico obligatorio, jurídico en tanto cuerpo político de referencia en el cumplimiento y en la garantía de los mismos. Es de suma importancia el destacar que, deben ser otorgados a todo ser humano en calidad de sujeto de derechos y no deben permanecer plasmados en un papel siendo eventualmente olvidados como "*meras categorías enunciativas*" (De León, N., 2013: 66).

Ahora bien, para que ello se cumpla de forma eficaz, no solo es esencial contar con un marco jurídico de referencia abalado por políticas públicas específicas inmersas en documentos internacionales, sino que a su vez, es necesario indagar en el imaginario social sobre qué pensamientos o ideas, sobre qué sentimientos emergen al invitar(se) a reflexionar con la locura.

Estigmatización, discriminación, exclusión, reclusión, peligrosidad, son apenas algunos de los términos utilizados o palabras que abarcan condiciones deterministas que adquiere la sociedad para con el "resto", para con un resto diferente a ellos que sufren de ciertos trastornos psíquicos. Pareciera que en el imaginario social juegan pensamientos que temen a lo diferente, a lo diverso, conciben a lo diferente como peligroso, cuando en realidad me pregunto, ¿diferente=peligroso, o diferente=miedo a lo desconocido?

En lo que a salud mental refiere, es evidente que han existido violaciones de los derechos humanos a personas que han padecido de algún tipo de afección mental y han tenido que permanecer internadas por un determinado período de tiempo en algún momento de su vida. El Artículo 8 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos emite ante tal incumplimiento que, “Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

Quizá la palabra “violación” sea un tanto abrupta, pero es un hecho que históricamente las personas que han debido ser “recluidas” por su condición “anormal” o de “desequilibrio”, no han podido gozar plenamente de sus derechos, siéndoles en ocasiones arrebatados.

Remitiendo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el Artículo 7 se hace referencia a ello, poniendo especial énfasis en que “Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948). Sin embargo cabe aclarar que esto no siempre se cumple de forma plena y como debería ser según el marco jurídico de referencia.

Lo anteriormente planteado podría deberse tal vez, al hecho de que aún hoy la salud mental atiende a paradigmas hegemónicos un tanto retrógrados, de índole paternalista, donde el vocablo problema versus peligro se conectan directamente con salud mental y ofician como pilares fundamentales a la hora de justificar el encierro de los supuestos “usuarios” de salud.

Esta visión se quiere erradicar de una vez y para siempre implementando entre otras entidades, una nueva noción de discapacidad mental. Con ello se apuntaría a romper con una visión del mundo donde la salud mental es vista desde la enfermedad y se podría partir de ahora en más desde una mirada un tanto más inclusiva, donde se piense al usuario y ya no paciente, como integrante de una Salud Integral que apunte a la participación y a generar un sentimiento de identidad y no de exclusión.

Si bien aún existen prejuicios en relación a las personas que sufren trastornos psiquiátricos, en los últimos años se ha tratado de avanzar y profundizar en estas temáticas de un modo un tanto más humanizado, atendiendo y dando mayor

importancia al cumplimiento de los derechos humanos y a un adecuado trato en los diferentes espacios de atención.

Se considerará el concepto de discapacidad mental desde un punto de vista social-inclusivo, entendiéndola como un problemática creada específicamente en el núcleo social comunitario. Atendemos a una definición del concepto desde un enfoque social participativo, donde se toman en cuenta aspectos que acontecen en la atmósfera psicosocioambiental del día a día para establecer sus lineamientos. Estos últimos creados en un ambiente donde la palabra reclusión y estigmatización ya no serán una constante.

Es interesante centrarnos un momento en lo anteriormente planteado, debido a que denota cierto paradojismo, esto es, gran parte de las condiciones discapacitantes remarcadas en el concepto de discapacidad mental y vistas como un obstáculo son creadas por la sociedad misma. Por lo que, en cierto sentido ya no nos atenemos a un enfoque un tanto individualista en lo que a la definición respecta, sino que sus auspiciantes son quienes en cierto sentido instauran sus propias trabas y quienes generan la desigualdad entre aquellas personas que padecen de ciertas afecciones mentales y aquellas que no las poseen.

Pues, se requiere un abordaje social del tema, donde la sociedad se ponga al habla, donde exista una interconexión entre el mirar(se), el escuchar(se) y el proceder. Un actuar que relacione las distintas hipótesis que han surgido en el imaginario social sobre la discapacidad mental, que han venido elaborándose durante el proceso pre-conceptual, junto a una adecuada devolución de los distintos aspectos que se crean relevantes a tener en cuenta en proporción a la dificultad en cuestión.

De esta forma se dejaría entrever cierto abandono en relación al paradigma médico elitista, que toma en cuenta a la discapacidad mental desde un punto de vista exclusivamente reduccionista, centrándose en la enfermedad y se tomarían en cuenta enfoques más inclusivos que apunten a la salud mental como parte de una Salud Integral de la persona.

Ahora bien, me pregunto, ¿qué ocurre en las sociedades postmodernas de hoy, donde se prioriza la igualdad ante todo, la salvedad de derechos, que siguen existiendo casos, víctimas de desigualdad y destrato, si se quiere, social?

Recuerdo aquí una metáfora la cual fue utilizada para referirse a la desigualdad de género en relación a oportunidades laborales, que podría ser aplicada a la

desigualdad aludida en salud mental. La misma fue utilizada por vez primera en Estados Unidos en el año 1986 frase conocida como “techos de cristal”, para referirse a la enajenación de la mujer con respecto al hombre en el mercado laboral. Se torna interesante visualizar el hecho de que si bien gran parte de la población mundial es del sexo femenino, no conforman el grupo de las más “cualificadas” o porqué no, más “aptas” para puestos superiores en los trabajos; observamos que estos lugares generalmente se encuentran “reservados” para personas del sexo masculino. Pues aquí de forma homóloga ocurriría algo similar con aquellas personas que padecen de algún tipo de afección o discapacidad mental, estarían quedando relegadas, dejadas a un lado para dar un lugar a aquellas singularidades sanas, “normales”, si se quiere. Por lo que esta expresión podría vincularse no a la vulnerabilidad de las mujeres en el trabajo, pero sí a la de los “locos” en los hospitales psiquiátricos.

La frase “techos de cristal” oficiaría como un marcado y refinado obstáculo. Lo interesante de esta expresión es el hecho de su invisibilidad, en tanto que allí reside su eficacia. Cuánto menos visibilidad denota cierta entidad, más efectiva es, pudiendo de esta forma accionar y dispersar en demasía su poder.

En la actualidad nos adentramos a un nuevo paradigma en lo que a la salud mental respecta, donde se considera a la misma como un derecho único e irrefutable el cual todo ciudadano tiene derecho de gozar.

Es en el Artículo 28 de la nombrada Declaración donde se acentúa en ello manifestando que, “Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos”, dejando entrever en su Artículo 6 la calidad de ciudadano garante de derechos, “Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica”(Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

3. Vilardebó y Vilardevoz

Radio Vilardevoz nace en el año 1997 en el marco de un “Proyecto Comunicacional Participativo”, con el fin de promover la difusión y el debate de la enfermedad y la salud mental junto a todos sus devenires, entendiéndola a la misma como un constructo social. Este colectivo funciona como centro autónomo dentro del Hospital Vilardebó, donde gran parte de sus usuarios y de los que a su vez conforman la radio, son personas que padecen o padecieron algún tipo de afección mental a lo largo de su vida, y desean compartir su experiencia a través de este medio. Surge de esta forma en el mes de Noviembre una nueva propuesta con un modelo a seguir, el lema democrático por sobretodas las cosas, en el marco de un proyecto participativo de índole comunicacional.

El mismo se sustenta sobre la base de tres ejes fundamentales, éstos son, la comunicación, la participación y la salud mental. La participación hace al significado político del proyecto, constituye un pilar esencial a la hora de hablar de transformación e inclusión social. Es en el proceso participativo donde se da el encuentro entre un otro yo ajeno a mí y dónde los procesos de transferencia juegan un papel preponderante en el proceso de intercambio, en el accionar; entendiendo por transferencia a aquellas conductas inconscientes del paciente que tienen que ver con la relación interpersonal, constituyendo aspectos de las mismas no controlados por él. Como expresa Ariel Gravano, “(...) el proceso participativo (...) la misma facilitación de ese proceso como instrumento de transferencia, lo que colocará nuestro propio accionar como objeto (...)” (2007:7).

Denota gran importancia, en relación a la esfera ética de Vilardevoz y a todo lo que ello conlleva, el trabajar con el concepto de (co)participación. Ahora bien, desde esta visión ¿qué se entiende por participación? Mauricio Pajares usuario de la radio manifiesta la importancia que tiene el ser partícipe de un proyecto de índole comunicacional como lo es Vilardevoz,

(...)Y para mi es algo importante ya todos los días o sea de poder estar acá participando en esta radio, hace 17, 18 años que estamos acá en este hospital y el estar acá simplemente ya es una importancia para mí. (...) no solo inyectables y pastillas acá adentro, también hay una radio que lucha por, por la inclusión y por la, por la desmistificación de la locura no (...) (ver anexo, entrevista, p.).

Este proyecto destaca como uno de sus objetivos primordiales, el “(...) Contribuir al proceso de rehabilitación del paciente psiquiátrico desde una perspectiva de salud comunitaria, desarrollando un <Proyecto comunicacional y participativo> que sirva como modelo para promover el diseño de estrategias institucionales de rehabilitación y reinserción social” (Baroni, C, 2009: 3). Lo que significa, el apoyar a la rehabilitación del paciente tomando como eje central en la misma, el hacerlo partícipe como un integrante más de una sociedad toda en este proyecto, donde su voz será escuchada, generando vertientes que convergen y divergen en los distintos campos del imaginario social.

Es preciso remarcar la importancia que aquí tiene el que la palabra sea tomada por ellos mismos. La voz, que es escuchada, y no cualquier voz, es su voz, la de los propios usuarios del Hospital Vilardebó, en el marco de su radio. Se crea una radio con el propósito de hacer máquina, al decir de Andrés Jiménez “una máquina de hablar” (Baroni, C., 2009: 7), lo que genera identidad, y en última instancia dignidad a la persona. La dignidad después de todo reconoce el inicio de un movimiento popular subyacente, quien avanza poco a poco en lo que Rebellato (2000) denomina como una ética de la dignidad, la cual se edifica sobre la base de los vínculos, desde los lazos e identidades comunitarias.

Nótese que interesante, al ser encerrado el “loco” se encierra junto a él su voz, sus sentires, su palabra es tomada y emitida por “otro”, por un otro yo opresor a favor de una tecnología de poder medicinal que se pone en juego detrás de los muros de una institución. Michel Foucault citado por Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría manifiesta en relación a esta abominable forma de actuar en las instituciones que,

(...) se ha comenzado a intervenir en los manicomios, con métodos similares a los utilizados en las prisiones (...) El papel represivo del manicomio es conocido: en él se encierra a la gente y se la somete a una terapia (...) sobre la cual no tienen ninguna opción, o a una no-terapia que es la camisa de fuerza (...) toda esta psiquiatría de la vida cotidiana que constituye una especie de tercer orden de la represión y de la policía (...) (Varela, J., Alvarez-Uría, 1992:40).

Por lo que existe una tecnología disciplinar que desmitifica el discurso del loco por delirante, quitándole importancia. Es en Radio Vilardevoz donde la persona toma su voz por la palabra, y se hace escuchar. Es en este espacio, donde su voz se

engendra autónoma, donde su voz en última instancia es libre; una voz que en algún momento había sido olvidada y sentenciada.

(...)El colectivo vilardevocense persiste y resiste a las lógicas de exclusión generadas desde una producción y una perspectiva de la salud que ha encerrado a la locura como también la ha sacado del circuito comunicacional, impidiendo esto último que el discurso de los “locos” sea parte de la construcción del espacio público democrático. Frente a la política del encierro contraponemos una política del movimiento, por eso somos proyecto, siempre en construcción-deconstrucción-reconstrucción (...) (Baroni, C. y cols, 2012: 4).

Lo que conlleva a promover como diría Rebellato a una Ética de la Autonomía por parte del usuario, quien estaría ejerciendo sus derechos que alguna vez le fueron quitados. El autor manifiesta en relación a ello, “(...) Se termina aceptando como normal una visión del mundo y de la globalización donde se reproducen la injusticia y la exclusión y donde la calidad de vida no es accesible para la mayor parte de la humanidad (...)” (2000: 24).

Vilardevoz es un espacio de “*enunciación colectiva*”, donde hablan en primera persona aquellos que padecen o padecieron algún tipo de afección mental y que han tenido experiencias de internación en el manicomio. Estas personas dan a conocer distintos casos de su vida cotidiana, acentuando el hecho de que es su radio y si ellos no contaran con este espacio nadie hablaría de ellos, por lo que la importancia que engendra en ellos Vilardevoz es exorbitante. Fonoplatea Abierta los días sábado, configura un lugar único dónde se da el encuentro y el intercambio, de los participantes de la radio y todas aquellas personas que desean acercarse al hospital y conocer más cercanamente lo que acontece allí.

Se crea una atmósfera de reciprocidad entre las distintas singularidades que configuran el campo, dando lugar a una (de)construcción incesante de subjetividades. El vínculo aquí establece la dimensión terapéutica del proyecto, propiciando el surgimiento de nuevas alternativas para aliviar posibles conflictivas, dando lugar a su vez, a nuevas formas de un pensarse.

Por otro lado, en consonancia con lo relativo al tratamiento, los días jueves Vilardevoz cuenta con un espacio específico para la reflexividad, donde la persona puede repensarse en su actuar, en el juego dinámico de las relaciones que lo forma y

al mismo tiempo él conforma. Tomando aportes de Alejandro Raggio, en su apartado manifiesta,

(...) lo que A.Giddens denomina reflexividad (Giddens, 1995) de las formaciones sociales (...) prácticas, más o menos institucionalizadas, en las cuales, con el uso regularizado del conocimiento teórico y técnico, se configuran regímenes en los cuales los sujetos se reconocen y se significan (...) (2000: 9).

A su vez con este proyecto de salud comunitaria, se busca contribuir al diálogo persistente así como la problematización, sobre qué se entiende por locura en determinado momento histórico. Para eso Radio Vilardevoz además de desplegar distintas acciones como los Desembarcos, Fonoplatea Abierta, abre múltiples miradas y visiones, dejando entrever las tan variadas concepciones en relación a esta temática. Se infiere por tanto, que hay una búsqueda de la producción del debate de estas concepciones, entre integrantes de la radio que han padecido a la psiquiatría y sus instituciones y la sociedad que avala esas instituciones, que clarifique la valoración social de la enfermedad conocida como “locura” y que ponga en cuestión a qué le llamamos locura o enfermedad en el momento histórico en el que nos encontramos.

Los relatos e historias de los usuarios no configuran aquí una excepción, sobre ellos es que se logra la riqueza fugaz de lo diverso, desencadenando en el aquí y ahora nuevas formas del pensar, del reflexionar en relación a nuestra propia forma de habitar el mundo. Pensar y pensarnos en la construcción y de-construcción de ciertas perspectivas, dinámicas que abrumen la realidad. La participación constituye en este proyecto el anclaje político, lo que hace que el usuario deje de ser paciente y comience a ser partícipe en un proyecto que lo identifica como tal.

Por último, pero no por ello menos importante, Vilardevoz busca impulsar nuevas producciones de subjetividad en relación a lo que a salud mental refiere. Para ello, tiene como objetivo la formación de recursos y desde el 2000 se realiza una pasantía por la radio de estudiantes de Facultad de Psicología de la Universidad de la República, así como se reciben estudiantes de otras disciplinas, así mismo realiza proyectos de extensión e investigación permanentemente.

4. Campaña “Rompiendo el Silencio”

La salud mental en el Uruguay ha transitado por arduos procesos de reforma en el pasar de los años. Reformas que acompañaron su curso en las distintas acepciones a lo largo de la historia. Es en año 1985, pos dictadura, que la salud, más específicamente la salud mental, da un vuelco en lo que a su desarrollo e impulso refiere. Comienzan a vislumbrarse nuevas propuestas en relación a este campo, que se adecuaban a las demandas de una sociedad que había sido trastocada, aplastada y abolida, en materia de derechos humanos.

En el país se vivían tiempos de democracia, se respiraba libertad de opinión e igualdad social de oportunidades. El ambiente circundante promovía cambios a nivel social, cultural, pero por sobretodas las cosas en el núcleo político fue donde más se pudo sentir este revuelo. Se inauguraron nuevas leyes en relación a la salud mental en pro de mejorar la situación caótica que se había vivido hasta entonces. Grupos de personas comenzaron a reunirse, colectividades, organizaciones de distinta índole, con el fin de aunar los distintos ideales y conocimientos que se venían arrastrando hasta el momento, a causa de un modelo terrorífico determinista, para eventualmente lograr transformaciones y cambios en las temáticas relativas a salud mental.

La situación aquí requería especial atención, las políticas públicas que avalaban los distintos tratamientos y la calidad en la atención de los supuestos “enfermos psiquiátricos”, junto a las desigualdades y atrocidades de las cuales no se encontraban absentes, impulsaron movimientos revolucionarios y la implementación de un nuevo plan en salud mental, el cual requería la participación de las distintas entidades implicadas en cuestión para ser llevado adelante.

En el año 1986 se crea el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) aprobado por el Ministerio de Salud Pública, donde se intentan implantar nuevos modelos de intervención y tratamiento, entre otras cosas. El Programa ofició como bisagra a la hora de promover cambios a gran escala, como un intento por superar el estado de fraccionamiento que vivía la salud mental hasta el momento. Un apoyo, una opción estratégica en el marco de la elaboración a nivel nacional de políticas de salud en general.

(...)Dentro de las áreas de desarrollo, percibidas como de importancia para el PNSM, se destacan: - Las acciones de las áreas

de prevención y promoción en Salud Mental, que contribuyan a vencer la discriminación de la que son objeto las personas con trastornos mentales y la detección precoz de las patologías, priorizando las acciones tendientes a evitar el surgimiento de las mismas. - La atención de personas con trastornos mentales, con énfasis en la rehabilitación, superando el modelo tradicional discriminatorio, cautelar y asilológico, procurando un nuevo modelo, evitando el hospitalismo, integrándola a su medio (...) (MSP, 2011: 5).

Por su parte, como hechos significativos nos encontramos con el cierre del Hospital Musto, y un cambio sustancial en relación al Hospital Vilardebó quien abrió sus puertas a casos agudos y dejó de ser visto únicamente como hospital de crónicos.

Y este proceso de reforma en salud mental, tiene su auge a nivel mundial en la Declaración de Caracas ocurrida en el año 1990, encuentro establecido conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dentro de los lineamientos trabajados, Cecilia Baroni manifiesta,

(...) Por otra parte, algunos de los países asistentes se comprometieron a diseñar e implementar un PNSM tomando elementos de la reforma psiquiátrica y del movimiento de desmanicomialización llevado adelante en Italia en la década del 70, teniendo como una de sus figuras centrales a Franco Basaglia (...) (Baroni, C., 2013:3).

En Italia el movimiento de desmanicomialización con la Ley 180/78, se encargó de llevar a cabo el cierre de los manicomios, de los hospitales psiquiátricos a nivel público, a la vez que impulsó transformaciones en la terapéutica y en las distintas formas de acción, aboliendo entre otras cosas, la terapia electrocompulsiva. "(...) La ley N°180/78, conocida como <Ley Basaglia>, aprobada en 1978, inauguró un proceso de reforma del sistema de salud mental italiano (...)" (Cano, A., 2013:108). Lo que generó un cambio drástico de paradigma en salud mental, instaurando nuevas políticas de acción comunitarias a favor de una mejora en la calidad de vida de las personas con afecciones mentales.

La reforma en salud mental italiana contribuyó a un cambio en el imaginario social sobre las formas de accionar hasta el momento, un tanto degradantes. De igual modo los procesos de reforma en salud mental de Argentina y Brasil, propiciaron a que en el Uruguay se llevaran a cabo verdaderos cambios en materia de políticas de atención alternativas, sin embargo no todas llegaron a concretarse.

Denota gran relevancia el hecho de que aún hoy en el Uruguay, la ley que ampara a las personas que padecen de algún tipo de afección psíquica, data del año 1936 conocida con el nombre de Ley del Psicópata (Ley N°9.581). Por lo que, se hace imprescindible un cambio a nivel nacional en lo que a salud mental respecta. Agustín Cano teniendo en cuenta la reforma italiana manifiesta que, "(...)Sin dudas este diseño organizacional y programático es un valioso insumo para pensar aquellas estrategias concretas a adoptar para lograr sustituir lo que en nuestro país hoy todavía se <resuelve> en gran medida mediante la institucionalización manicomial (...)" (Cano, A., 2013:109).

Siguiendo con el estatuto, en el año 2007 se aprueba la Ley N°18.211, consagrándose la normativa referente a la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, la cual incitó a grandes mejoras, respecto a la promoción de un sistema de salud integral en nuestro país. Se promueven en la mencionada ley, grandes transformaciones en relación a los modelos de atención, de administración en general, así como también cambios en cuestiones de fondo y presupuesto. Se intenta con ello fomentar la inclusión y participación social. Remitiendo al artículo 1, se declara,

(...) La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social (...)
(Ley N° 18.211, 2007, Art. 1).

Esta nueva visión, si se quiere, relacionada con el amparo y la inclusión social, implicó un cambio a nivel presupuestal, así como el acceso universal, la homogeneidad en la calidad de servicios y la participación de las distintas singularidades en cuestión. Lo que configuró las bases de un nuevo Estado de "bienestar", en el cual se apuntaba a convertir a la salud en un derecho único e irrefutable. La aprobación de la Ley y el comienzo del proceso de su implementación en todo el país, estuvo precedida por políticas de salud que venían decayendo en relación a la eficacia y eficiencia en la atención a los usuarios, donde el sentido de universalidad y de salud como derecho había sido relegado bajo el dictamen de una política de coyuntura determinista. La implementación de políticas neoliberales a la que la población asistía, instauradas alrededor de la década del 90, fundaron un clima "salubral", por así decir, donde el acceso a la asistencia se encontraba configurado,

cada vez más, por la condición económica de la persona. Lo que generó desigualdad en materia de atención y calidad de los servicios.

Bajo este panorama, y en relación a salud mental, se crea la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de promover y efectuar lo escrito en el apartado. Sin embargo mucho de los objetivos propuestos en dicho programa no llegaron a concretarse como se esperaba, y alguno de ellos no pudieron siquiera iniciarse. Por lo que dada esta problemática, la Comisión influyó de forma decisiva en el desarrollo del diseño de un Anteproyecto de Ley en Salud Mental que sería publicado en el año 2009 con el fin último de instaurar una nueva ley en salud mental que apuntara al cumplimiento total de los derechos de los usuarios del sistema de salud. El mismo fue creado bajo las demandas de la sociedad toda quien creía que el nombrado “enfermo mental” para algunos, no se encontraba en condición de sujeto de derechos, esto es, no podía por voluntad propia ejercer sus derechos como ciudadano, se le estaban siendo quitados. Radio Vilardevoz incide en la expansión de este Anteproyecto y decide llevar a cabo en el año 2011, la campaña “Rompiendo el Silencio”, como una forma de suscitar el debate público del mismo.

(...)Rompiendo Silencio fue una campaña radiofónica que se propuso colocar en la agenda público-política la discusión de la salud mental en Uruguay y particularmente el Anteproyecto de Ley en Salud Mental que ha elaborado la Comisión Redactora (y que ha quedado incompleto y en suspenso por falta de voluntad política)(...)(Giordano, M., Itza, M., 2011:6).

En el año 2011 la salud se encontraba en el marco de un clima sumamente efervescente, como fue mencionado anteriormente, atendiendo a problemáticas que se venían arrastrando desde años anteriores sin solución aparente. Sin embargo el clima no era el mismo entorno a la problemática de la salud mental y como ya hemos dicho, el Anteproyecto de Ley en Salud Mental, que había dado sus comienzos con el trabajo de la comisión, en el año 2005, fue un intento de impulsar a “(...) la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción social en salud mental (...)” (AAVV, 2009: 3).

Es en este marco que Radio Vilardevoz comienza a organizar una forma de “romper el silencio” instaurado, he incursionar en la promoción de un debate público sobre el tema. De esta forma Vilardevoz, presenta un proyecto al llamado tal, donde

pone a jugar la figura de desembarco que ha venido desarrollando con el objetivo específico de “hacer hablar” e intercambiar sobre el Anteproyecto de Ley.

Los desembarcos en Vilardevoz son una forma de realizar una intervención sociocomunitaria, aludiendo a la metáfora de *“La nave de los locos”*, que encuentra su auge en el siglo XV, donde se intentaba “deshacerse” de los “locos” transportándolos en una “nave” hacia mar abierto. De esta forma se aseguraban que los mismos estuviesen en la lejanía de la ciudad y no interviniesen con la norma y el orden público. Vilardevoz y su desembarco significó lo opuesto a ello, esta vez no se alejaría la locura para mantenerla fuera de la civilización y mantenerla controlada, sino que se intentaría acercarse a ella, hablar con ella, invitarla a pasar a nuestros alrededores. Tener la posibilidad de darle su lugar, escucharla de modo de erradicar de una vez por todas el famoso mito de que la locura es algo peligroso y por ello debe estar encerrada para no “contagiar”, “pervertir” al resto, supuestamente normal. Lo interesante de estos desembarcos es que en realidad la nave vuelve al lugar de origen y los “locos” cuentan las peripecias del camino recorrido.

Uno de los puntos centrales en relación a los objetivos específicos de la campaña, que debió oficiar a modo de bisagra en cuanto a lo que a salud mental refiere y en relación a la sociedad toda, fue el de divulgar de forma incesante y con gran ímpetu, las temáticas relativas a la salud mental en el Uruguay de modo de sensibilizar y acercar a la población a una problemática que nos atañe a todos nada más ni nada menos. Esto se haría esta vez de un modo un tanto particular, serían los propios protagonistas quienes generarían, o más precisamente abrirían un debate efusivo entorno a problemáticas existentes en salud mental, manifestando relatos vividos en su cotidianeidad dejando entrever cierto desamparo, por así decir y un sentimiento abandonico crucial en materia de inclusión social.

En relación a esto último, para lograr cambios a gran escala, se torna esencial el rol activo de los protagonistas como agentes de acción permanente. Esto es, el aporte continuo de aquellas personas que transcurren por algún tipo de afección mental, de modo de promover la participación comunitaria desde los distintos lugares. Serían escuchados a través de la radio y a la vez participarían en decisiones y planificaciones de gran relevancia, así como también formarían parte de la producción de proyectos que surgirían en el proceso de “desembarco”.

De esta modo se estarían revelando distintos puntos de vista sobre lo que se entiende en el imaginario social sobre el concepto de locura, instaurándose un diálogo

de retroalimentación permanente, atendiendo al desarrollo comunicacional por sobretodas las cosas. Lo que supone la esfera ética de esta campaña, el establecimiento de una “*clínica del encuentro*”.

Se torna interesante visualizar el grado de importancia que implicó el hecho de que los actores de la campaña pudieran entrevistar figuras claves en lo que a salud mental refiere. Figuras que simbolizan una dimensión que aquí no puede ser dejada de lado, me refiero al papel que ocupa la esfera política en la campaña “Rompiendo el Silencio”.

Poner sobre el tapete aquellas lógicas de sentido por parte de los “implicantes”, en conjunto con el grado de implicancia de los distintos actores encargados de “romper el silencio”. Es en ese instante que se engendran al decir de Alejandro Raggio, “(...) nuestros propios procesos de implicación con las lógicas de sentido dominantes” (2000:4), donde se da un encuentro entre las distintas singularidades, sus sentires, sus modos de pensar y en definitiva su forma de actuar.

En este sentido, la planificación de la agenda y la reconstrucción diaria de la misma, significa en Vilardevoz, un punto clave a la hora de contrarrestar con estos modos dominantes de acción. Aquí se toman en cuenta aspectos que van de lo macro a lo micro político, es a través de estas figuras cargadas de poder, por así decir, que se puede hablar en materia de macropolítica, en el encuentro con un otro yo, agente del saber instaurado, ya naturalizado. Es por tanto mediante este vínculo establecido, entre los integrantes de la campaña y aquellos actores de la salud que establecen conexión directa en temáticas relativas a la salud mental, donde se podrán eventualmente lograr cambios y la producción de nuevos objetivos a futuro.

Figuras y protagonistas en el marco de, al decir de David Amorín, un “(...) enfoque crítico alternativo (...) una actitud ética de la praxis (...)” (2008:35), lo que posibilitará la construcción de nuevas propuestas alternativas en pro de una salud mental integral.

Fundar nuevos supuestos políticos haciendo caja de herramientas. Jorge Iván Cruz G. parafraseando a Michel Foucault alude al concepto de caja de herramientas en relación a la elaboración de nuevas teorías en función de un proyecto social en común, la búsqueda de una salud mental integral.

(...) caja de herramientas (...) no se trata de construir un sistema sino un instrumento, una lógica propia a las relaciones de poder y a las luchas que se comprometen alrededor de ellas (...) (2006:184).

De este modo se estaría abriendo camino a nuevas miradas, nuevas lógicas de enunciación, formas de un pensar, que se apoyarían de ahora en más en una producción social-comunitaria, donde la ética participativa ejercería como lema.

Estarían funcionando movimientos promotores de singularización, donde se busque y priorice la subjetividad de cada persona en particular. Una singularidad como multiplicidad de multiplicidades, capaz de diferenciarse dentro de lo homogéneo, logrando de esta forma desprenderse de lo “sujetado”, de lo “dominante” socialmente aceptado.

Romper de una vez por todas con lógicas individualistas que trabajan culpabilizando y marginando lo diferente, encontrando el modo de incorporarlos al sistema pero no como integrantes de una sociedad toda, sino para tenerlos “bajo control” dando una explicación del porqué de ciertos fenómenos, diagnosticarlos y eventualmente ubicarlos bajo algún tipo de etiqueta, nombre posiblemente despectivo, que esconde en él la marginación y exclusión. Aquí nos encontramos con la trata de “enfermos”, personas con “poca capacidad” o “incapaces”, “enfermos mentales”, entre otros. Después de todo,

(...) La locura no solo es enfermedad mental, ni es propiedad de algunos. ¿Qué diríamos de la locura del amor, de la locura de la creación artística? Pero también de la locura de la corrupción, de la pobreza, la locura de la violencia y muerte hacia los niños (...) (De León, N., 2002:118).

¿Cómo se podría pensar en verdaderos procesos de subjetivación si todo potencial queda anulado completamente o resumido en una enfermedad? Pues sin ir más lejos, si bien la locura en sus diferentes acepciones ha existido desde tiempos muy remotos, parafraseando a Nelson de León,

(...) la necesidad de su producción como enfermedad mental, se plantea con el advenimiento de la llamada modernidad. Sistema jurídico y sanitario desplazaron a la institución religiosa de la administración y explicación de la locura (...) (2002:119).

Rompiendo el Silencio fue una campaña que comenzó en el año 2011, pero que en cierto sentido no ha acabado aún, hasta el día de hoy se sigue peleando por el cumplimiento de los derechos humanos en salud mental y por una práctica continua que apunte a la participación e inclusión social en todas sus acepciones. Al decir de Marco Emilio Mora, usuario del sistema de salud, específicamente del Hospital Vilardebó y sus instalaciones, quien trabaja en Radio Vilardevoz hace 15 años y participó en la campaña Rompiendo el Silencio,

(...) no es un circo donde el monito va y hace las acrobacias, realmente es mucho más dramático y más profundo, no es digamos al salir, al que te expongas y no salir con un cartel, miren yo estoy loco y digan ayúdenme, apóyenme y consuélénme. El individuo lucha permanentemente digamos por el problema social en el que habita (...) por su condición de loco (...) luchar por romper el aislamiento y la discriminación y porque el loco tenga su espacio y sea comprendido (...) (Ver anexo, entrevista, p. 55).

Revisión Crítica

*“Memorias de tamaño natural
como ráfagas de urgente lucidez,
hasta llegar a la encrucijada de una opción
que parece no tener retorno”
(Mario Benedetti).*

Hoy día se puede entender al Anteproyecto de Ley en Salud Mental como una forma de romper con el paradigma hegemónico de una época pasada, para no decir presente, que reposa sobre la insignia de “neoliberal”. Anteproyecto que fomenta el movimiento de fehacientes colectividades con un nuevo fin en común: la creación de una nueva ley en salud mental en el Uruguay y todo lo que ello conlleva, cambios, transformación, por ende mutación.

Ahora bien, pero ¿Cómo conocer la realidad?, ¿Cómo hacer ciencia de lo que el paradigma opone como real? En última instancia ¿a qué nos estamos enfrentando, más específicamente, nos enfrentamos a “algo”, y si es así de qué manera, desde qué lugar? Se incita a una mejora donde exista un diálogo de ires y venires, se apunta a un sujeto participativo popular en pro de políticas sí neoliberales, pero desde una mirada sustentada en el poder social. Políticas alternativas populares, donde el saber sea de carácter autónomo esto es, que parta de la construcción de un colectivo que priorice una salud integral, que rompa con todo tipo de estereotipos y saberes medicalizados instaurados en el imaginario social. Tomando aportes de Rebellato en su *Ética de la Liberación* manifiesta que se deben propiciar caminos alternativos que promuevan este actuar,

(...) la construcción de alternativas populares, poniendo énfasis en las dimensiones ético-educativo-culturales: la construcción del sujeto popular desde la perspectiva de una educación popular liberadora; la construcción de democracias participativas sustentadas en poderes sociales; la formulación de políticas sociales en el marco del proyecto alternativo-popular y la construcción de la autonomía en los saberes y poderes (...) (Rebellato, J. L., 2000:19).

Si bien se apunta a un mundo donde la ética de la igualdad en salud mental sea un hecho y ya no un simple decir, el “loco” sigue siendo atravesado por una ética de mercado donde la brecha entre los antagonismos en vez de nivelarse e igualarse,

se acorta y sigue su rumbo hacia dispositivos cada vez más polarizados en pro de una economía cada vez más productiva. José Portillo tomando aportes de Baudrillard expresa en relación a ello que,

(...) la medicina (...) tiene, al igual que otros bienes de esta posmodernidad, un valor de uso, un valor de cambio, un valor de signo y ha alcanzado también, un valor fractal (...) ya no hay referencias claras, el valor irradia en todas direcciones (...) El valor de la medicina es más que el intercambio mercantil, es más que la dimensión simbólica, es efectivamente un valor que llena todos los intersticios de la cotidianeidad (...) (Portillo, J. y cols, 1993:18).

Por tanto la persona que padece de algún tipo de afección mental por así decir, queda sujeta nuevamente a las disposiciones globalizantes que “seleccionan” quien está por dentro del sistema y quien es re-legado al grupo de los “excluidos” o “alienados” con su correspondiente apelativo, “el loco”. Obteniendo de este modo, sin excepción alguna, el mayor “*valor fractal*” de cada situación en particular.

Y esta forma particular de “selección” se puede visualizar desde un principio en la Ley del Psicópata del año 1936, si notamos que ya en sus primeras líneas se manifiesta en el capítulo I, una denominación tan estigmatizante refiriéndose a la persona que padece de “des-ordenes” mentales con el nombre de <Psicópata>, “Sobre la organización de la asistencia de psicópatas” (Ley N°9581, 1936, Cap. I).

Ahora me pregunto, ¿sería necesario utilizar denominaciones tan drásticas como la de “psicópata” para nombrar de forma generalizada a las personas que pade(cen)cían trastornos mentales? El Psicólogo Nelson de León en la entrevista que le fue realizada en el año 2009 en el marco de la Campaña Rompiendo el Silencio, opina en relación a tal calificativo,

(...)Ustedes decían: ¿hablar de salud mental o hablar de locura? Fíjense que la ley vigente actualmente, la ley 9581, del año 1936, que es lo que jurídicamente tiene que ver con los tratamientos de salud mental, lo que hizo en aquel momento es organizar la asistencia según lo que existía en el año 36 y la ley establece organizar la asistencia de psicópatas. O sea, que en aquel momento la denominación, todavía, yo diría, era mucho más estigmatizante ¿no? (...) (ver anexo, entrevista, p. 63).

Poco a poco al pasar del tiempo, se fueron elaborando e instaurando ideales de belleza, de higiene y del orden, los que permitieron la creación de ciertos dispositivos de acción, encargados de limpiar lo “sucio” y de ordenar el desorden. Esto también influyó a las poblaciones, existían ciertas categorías de personas que alterarían el orden del ambiente. Los “locos” pasan a formar parte de esos “otros” sucios, pobres y peligrosos, aquello que debe ser eliminado, adaptado o que estará destinado a desaparecer. El mundo pasa a ser administrable y las personas sujetos-sujetados, gobernables por un otro opresor.

En relación al estigma o a la creencia de que al hablar con la locura nos encontramos con lo “peligroso”, Mauricio Pajares participante en la Campaña Rompiendo el Silencio y usuario del Hospital Vilardebó expresa, “(...) Yo creo que la locura es una militancia y algo que hay que llevarlo a que las personas, a la sociedad que no nos tengan miedo y que traten de, de tratarnos como igual (...)”(Ver anexo, entrevista, p. 56). Manifiesta su opinión en relación al temor que irradia la sociedad en cuanto a la locura, emitiendo un llamado de atención a la misma en tanto que se deben romper las distintas barreras que surgen en el imaginario social en cuanto a una lógica manicomial instaurada hace ya siglos...

(...) hay un imaginario social muy grande y una, una y una barrera y una, una lógica manicomial muy grande en invocar al hospital y a otros lugares más también no. Cómo que, como que la, la locura siempre se ve por afuera y si estás ahí adentro, no entres porque te va a pasar algo, siempre hay mucha (...) imaginario social (...) (Ver anexo, entrevista, p. 56).

Se torna casi inconcebible que aún hoy la salud mental en nuestro país sea respaldada por una ley que data del año 1936 como la mencionada líneas anteriores, creada en una atmósfera un tanto escalofriante como lo fue la dictadura a manos de Gabriel Terra. Quizá en aquel entonces, esta ley se adecuaba a las circunstancias del contexto histórico transcurrido, donde se daba una visión del mundo un tanto elitista en lo que a salud mental refiere, adentrándonos a una sociedad medicalizada al decir de Barrán, “(...) entendiendo como tal la permeación y el dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos (...) la medicalización se transforma en uno de los aspectos más destacados y representativos de nuestra identidad cultural (...)” (J. P. Barrán, J. P. y cols, 1993:17).

Un entorno que se adecuaba a determinadas reglas y normas establecidas para la época, amparadas por una cosmovisión específica para el momento histórico vivido. Donde los derechos humanos del enfermo psiquiátrico no eran concebidos como lo son hoy día, esto es, no existía una Declaración Universal que acogiera tales derechos.

Sin ir más lejos, si nos detenemos en la Ley del Psicópata, no existía aún una especialización específica para lo que se conoce hoy con el nombre de “Psiquiatría”, ni que hablar de la presencia de un psicólogo o un trabajador social en el campo de la salud. Remitiéndonos al artículo 5 de la mencionada ley, “Cuando la Facultad de Medicina reglamente la especialización de médico-psiquiatra, la dirección de esos establecimientos deberá estar a cargo de un médico de esa especialidad” (Ley N°9581, 1936, Art. 5). Por lo que la asistencia era exclusivamente médica en aquel entonces, el artículo 1 manifiesta,

(...)Todo enfermo psíquico recibirá asistencia médica y podrá ser atendido – en su domicilio privado o en otra casa particular, en un establecimiento psiquiátrico privado o en un establecimiento psiquiátrico oficial, cuya organización técnica se ajustará a los reglamentos que se dicten (...) (Ley N°9581, 1936, Art. 1).

Asistencia de “psicópatas”, denominaciones fatalistas que desansan en el regocijo de quienes no pueden hacer justicia por sus propios derechos. Es un deber social, vislumbrar por horizontes donde la igualdad de derechos trascienda las barreras de las capacidades y ampare a todo ser humano, empero aún son muchos los constructos que rozan la línea de lo utópico. Y en detrimento de lo que han planteado muchos autores preocupados por las características de los vínculos modernos, cabe mencionar que vivimos en un contexto socio-histórico apadrinado por la individualidad y la vertiginosidad del pasaje del tiempo, lo que fomenta o conlleva a encontrarnos con sujetos a-críticos que poco reflexionan quizá, entorno a realidades disímiles a las suyas.

Acaso Rebellato no expresa en su Ética de la Liberación que, “(...) el mundo de la normalidad crece continuamente, en la misma proporción que disminuye nuestra capacidad crítica y la percepción de posibilidades históricas de cambio” (Rebellato, J. L., 2000:27).

No debemos olvidarnos que el “loco” como generalmente se lee en el imaginario social, es producto de la coevolución en un medio ambiente con el que

permanentemente intercambia materia, energía e información, capaz de construir su propia realidad a través del lenguaje y los vínculos que establece con los sujetos que lo rodean. Es de esta forma que él mismo se autoorganiza y gracias a la interacción que ejerce con los otros, va creando un mundo simbólico que lo forma y al mismo tiempo, él conforma.

Por su parte, en relación a la esfera ética en el escenario de la salud mental, no siempre ocurre que la ley jurídica se encuentre en consonancia con la “ley social de la vida humana”. Remitiéndonos al apartado de “Internaciones” del Anteproyecto no es menor que el contenido en relación a la terapia de micronarcosis se encuentre por el momento en tela de juicio, interrumpido, si se quiere. Pues, ¿incursionar aún en la persona que padece algún tipo de trastorno o afección mental con el electroshock no es un atentado contra su salud más que un intento por mejorarla?, ¿acaso la ley que ampara tal terapia conocida con el nombre de Ley del Psicópata no habría quedado un tanto re-(a)trasada en lo que refiere a los avances en salud mental y en derechos humanos, aboliendo de esta forma la “ley social de la vida humana”? Distintos saberes, distintas “microluchas” por así decir, entre disciplinas que fluctúan en un mar abierto y estupefacto de una “macrolucha”, el de pelear por un bien en común, una salud mental integral. Gabriela Etcheverry manifiesta en relación a esta postura,

(...) yo entiendo que el cambio es micropolítico. (...). El pensamiento desde lo micropolítico no implica la afiliación indiscriminada y acrítica a una idea sino que implica ir produciendo las transformaciones sobre el día a día (...) ser concebido como algo del orden de lo transformador. (...) (Etcheverry, G., entrevista, 2014).

En este contexto, Francisco de Ávila tomando aportes de Michel Foucault hace hincapié en centrarse en el estudio de los “hogares moleculares” (2007:9) para desenmascarar la estrategia del poder dominante que abruma la realidad y que poco a poco va actuando sin siquiera dejar rastro. O quizá debería decir que sí deja rastros, pero los mismos al abarcar entidades tan efímeras para el ojo humano, denotan cierta dificultad para poder eventualmente, ser descubiertos.

Los tratamientos en los hospitales a lo largo del tiempo han configurado una vasta gama de posibilidades, el perfeccionamiento y desarrollo tecnológico apoyaron el aumento en el empleo de artilugios tan “minuciosos” como la maquinaria que se encarga de accionar la micronarcosis.

Alfredo, quien permaneció internado un mes en el Hospital Vilardebó debido a una descompensación, cuenta su experiencia tras habersele sido aplicado el electroshock como método “curativo” y de “rehabilitación”...

(...) A mi me quedo una sensación muy fea yo estuve como te dije un mes (...) internado, me iban a dar 12 sesiones de choques eléctricos, me hicieron 8 (...) me quedo la imagen de cuando me llevaban a la salita (...) me despertaban de madrugada todo el mundo estaba durmiendo (...) me hacían acostar en la camilla, me inyectaban (...) Me sentía por el brazo como me corría así como que me quemaba fuego y me quedaba dormido. Yo de alguna manera me daba cuenta de lo que me estaban haciendo yo sabía que eran choques eléctricos yo después yo me miraba en los espejos y me quedaban las marcas (...) (Ver anexo, entrevista, p. 50).

Luego de establecer una conversación un tanto escalofriante con Alfredo en relación a las experiencias que había vivido en el hospital, exterioriza las sensaciones emergentes y los sentimientos que florecieron luego de unos meses de haber sido dado de alta. Pude notar en su cuerpo, principalmente en su mirada, un dejo de desagrado y de rechazo en relación al hospital pero más específicamente en relación al funcionario, médico psiquiatra, que le había ejecutado los choques eléctricos...

(...) Pero a mí me quedo una sensación fea de la persona que me daba los choques, yo a esa persona cada vez que iba a ahí lo veía y yo sentía como una especie de miedo (...) No lo vi más, pero una vez vine acá porque no tenía medicación (...) voy a la farmacia del hospital que es acá a la vuelta (indica) y me lo encuentro a él. Lo miro así no, y le digo “sabe una cosa, yo cuando lo veía antes a usted, tenía la idea de que era un verdugo, me quedé con esa sensación de que usted era un verdugo”. El tipo mozzarella no me dijo nada, se fue... (...) (Ver anexo, entrevista, p. 51).

Noto gran desasosiego por parte de Alfredo al hablar del funcionario que llevo a cabo su tratamiento, sentimientos encontrados que dejan al descubierto su percepción en relación a lo que podría llegar a pasar, ¿después de todo que sería lo peor que podría pasarle, morir?, si mal no recuerdo ¿verdugo no es aquella persona que se encarga de pasar por ti, de llevarte al más allá cuando ha llegado tu hora? Alfredo manifiesta que puede existir una pérdida de memoria parcial y hasta total en el

procedimiento, ahora me pregunto ¿el perder la memoria de forma definitiva, no sería asimismo una forma de morir en cierto sentido?

(...) Y sí porque así como te dan esos choques eléctricos, que los psiquiatras dicen que es para curarte, te pueden pasar para el otro lado. Y te pasan para otro lado y terminas en un cajón y quedó todo en la nada entendes (...) (Ver anexo, entrevista, p. 50).

Tomando aportes de la entrevista realizada en la Campaña Rompiendo el Silencio a Cristina Antúnez, Licenciada en Psicología, coordinadora de la Comisión Redactora del Anteproyecto de Ley en Salud Mental, la misma expresa en relación a ello,

(...) todavía no hemos entrado al tema propiamente de las internaciones en forma detenida, contamos con éste, (...) documento preliminar del doctor Larrosa que ha hecho un muy concienzudo aporte y articulado de lo que podría llegar a ser la nueva ley respecto a las internaciones, (...) aún no hemos llegado a una definición; puedo adelantarte que es comprensible que los médicos psiquiatras formados en Uruguay tengan una opinión un tanto más favorable a la continuidad de esta técnica y adelanto que obviamente nosotros los psicólogos, por creer en los procesos emocionales y mentales, estamos un poco más contrarios a la continuación de la utilización de esta técnica, sobre todo como recurso habitual o sea en el caso último (...) (Ver anexo, entrevista, p. 72).

Estos son apenas vestigios sobre una situación alarmante que penetra sobre la realidad de una sociedad toda y que no se resume simplemente a las divergencias en relación a las internaciones. Pareciera que las temáticas relativas a salud mental o más específicamente las personas estigmatizadas por una lógica manicomial históricamente amurallada, han quedado “postergadas” para no decir olvidadas. A tal punto que permanecen “reservadas”, yo diría encerradas, para ser utilizadas en algún momento quien sabe cuándo. Nelson de León manifiesta con cierta ironía su postura,

(...) A través de la experiencia de ser internado, privado de la libertad, del uso y distribución autónoma del tiempo y espacio; la singularidad de la persona que ocupa el lugar de enfermo, ha quedado históricamente cercada (...) Quien juega ser el enfermo mental recibe justificaciones, observaciones y recomendaciones, que

terminan produciendo la categorización, la depositación y marginación, el encierro y el olvido (...) (2005:120).

Como expresa Christina Antúnez, el hecho de que el apartado de internaciones del Anteproyecto se encuentre detenido no comprendería el mayor aprieto, sino que el Manuscrito en sí se encuentra en su totalidad momentáneamente fuera de servicio, en “receso” debido a ciertos inconvenientes que merecen especial atención.

(...)Trabajamos muy buenamente todos estos años, muy buenamente quiero decir con respeto interdisciplinario, no sin dificultades pero en un buen diálogo entre todos los que integrábamos la comisión y en setiembre lamentablemente, bueno tengo que nombrarlo...yo no tengo espíritu acá de crear disensos sino al contrario de crear consensos, pero bueno, tuvimos una dificultad con la sociedad de psiquiatría, no...quizás estoy cometiendo error en hablar a nivel institucional sino con la persona, del doctor Vicente Pardo que vino invitado a la comisión, participó de algunas reuniones y después hizo declaraciones un tanto críticas que realmente desarticularon un poco la comisión (...) (Ver anexo, entrevista, p. 68).

Ahora, es evidente que para lograr cambios, se debe romper con las lógicas del saber disciplinado psiquiátrico que cronifican el status quo de la comisión en su totalidad. Esto es, dejar a un lado el/los ego(s) para lograr comprender la situación actual en salud mental, que demanda especial atención. Tratar de abolir de una vez y para siempre la “trata de pacientes”, culminar con el intercambio de bienes que “(...) anuncia el triunfo definitivo de la sociedad capitalista (...)” (Rebellato, J. L. y Gimenez, L., 1997:24), amante del orden y del saber autónomo determinista.

Y esta política de mercado no puede pensarse según Hayek tomado por Rebellato (2000:23), sin un orden social pre-establecido, remitiéndose claramente a un constructo normativo en lo que a él respecta. Esto podemos relacionarlo nuevamente con el hecho de que el Anteproyecto haya quedado en suspenso desde el año 2009...ahora bien, ¿de qué manera?, ¿con la aprobación del Anteproyecto no vendría dado un cambio de paradigma, lo que aludiría a un cambio de pensamientos, de saberes ya pre-establecidos, dogmatizados, apadrinados en este caso por el campo del orden(poder)médico?, ¿acaso el aprobar un Anteproyecto de Ley en Salud Mental donde el concepto participativo e interdisciplinario oficien de lema primordial, no oscurecería el poder médico hegemónico instaurado hace ya siglos?....

Es en este sentido que considero habría que trabajar y hacer especial énfasis, sobre estas líneas de fuga, sobre lo dicho y lo no dicho, sobre lo expuesto y lo no expuesto, en última instancia en relación a aquello que se encuentra (de)trás del discurso político de ciertos actores. Pues aquí me refiero específicamente en poner en tela de juicio, aquellas entidades que quedaron por el “camino”, sobre el “tapete” y que por algún motivo llamaron al olvido. ¿Acaso el “olvido” de ciertas cosas para algunos pocos, no significaría el “beneficio” para muchos otros?, ahora yo me pregunto, ¿de qué manera se estarían beneficiando unos pocos en lo que refiere a callar ciertos temas como lo es el de las internaciones o el que un usuario del sistema de salud camine descalzo por el hospital?, ¿qué es lo que hace “silencio” y resuena en el inconsciente, o más que inconsciente en el real consciente de unos?

Uno se pregunta, qué sentimientos generaría ello, incertidumbre, desconocimiento, miedo quizá. Y si es así, ¿miedo a qué, a un posible cambio, a lo desconocido, a los “locos”? Todo cambio conlleva transformaciones, nuevas miradas y quehaceres, nuevas formas de un pensar...

(...) El anteproyecto que está redactado me parece perfecto, yo lo comparto y podemos meternos después en detalles, el tema es que me parece que para que esto funcione en primer lugar tiene que estar respaldado por todos los actores que tienen que ver con la salud mental, o sea los actores que tienen que ver con la salud mental son: la Universidad de la república, los usuarios, los familiares, el Ministerio y dos corporaciones que tienen mucho peso y que tienen que ver y que son los psicólogos y los psiquiatras (...) (Ver anexo, entrevista, p. 78).

Si le sumamos a ello que el Anteproyecto de Ley, además de encontrarse paralizado no es un tema que muchos tengan en cuenta en lo que hace a su cotidianidad, se torna casi inconcebible que algunos ciudadanos aún desconozcan el documento...

(...) Hay una cosa que se me ocurre acá, de repente no hay un interés manifiesto o la gente desconoce que existe el anteproyecto (...) (Ver anexo, entrevista, p. 80).

¿Por qué parecería como plantea Marco, en la entrevista realizada al director del Sistema Nacional Integrado de Salud Hebert Tenenbaum, que no hay “interés” en general, o conocimiento si se quiere, de este Anteproyecto?, ¿podría deberse a una

cuestión de “intereses” o más específicamente de “conveniencias” la razón de este detenimiento? Es decir, si está interrumpido por algo es, algo por detrás una causa debe de existir...ahora, si seguimos estos lineamientos la causa prima tendría que ver con la posición médico psiquiatra que existe en relación a los distintos entrecruzamientos que refieren a las internaciones y eventualmente, tomando aportes de los artículos bibliográficos tenidos en cuenta aquí, podría deberse a su vez en el hecho de que se planteaba como una opción la de que los “manicomios” por así decir, los hospitales psiquiátricos cerraran sus puertas de una vez y para siempre, dejando entrever los recurrentes y admirables, porqué no, movimientos de una institución.

(...) yo creo que lo que ustedes, lo que todos tenemos que hacer es tratar de convencer a todos los actores de que la ley es buena, después hay que convencer al parlamento pero si nosotros vamos frente al parlamento con un proyecto unánime es una cosa, ahora si nosotros llegamos al parlamento como pasó en Argentina, un proyecto que tiene a todos los psiquiatras en contra, difícil que salga (...) (Ver anexo, entrevista, p. 79).

Se hace indispensable por tanto para lograr un cambio a gran escala, la unión de los distintos actores y colectividades que hacen a una sociedad toda, los cuales configuran las esfinges, si se quiere, de un problema que transcurre día a día y transversaliza la acción de los participantes sociales en lo que refiere a la salud mental en nuestro país. Una visión donde los mismos usuarios de salud mental en sus diferentes acepciones, participen y emitan su opinión sobre estas temáticas que los atraviesan, donde la inclusión social juegue a gran escala,

(...) Se promoverá asimismo, la participación y colaboración de la/os usuaria/os y familiares en la planificación, elaboración y evaluación de Políticas de Salud Mental, a los efectos de garantizar que se atiendan sus reales necesidades al poner de relieve sus problemas específicos, y encontrar soluciones concretas que mejoren la calidad de la salud mental de la sociedad y de los servicios de salud mental (...) (AAVV, 2009, Art. 15).

Impulsar nuevas formas de acción, que lleven a la creación de políticas participativas donde el usuario sea el centro nuevamente y su voz se ponga al descubierto. Después de todo el participar genera identidad, en este caso identidad social, que en última instancia supone dignidad, pero por sobretodas las cosas,

dignidad humana en cuanto que seres libres de pensamiento, en cuanto al “Derecho a no ser estigmatizado ni discriminado” (AAVV, 2009, Art. 9).

Me refiero a políticas de inclusión social que avalen a su vez a la familia del supuesto “enfermo psiquiátrico” que variadas veces son quienes dan al abandono, para no decir a “la fuga”. Por otro lado, existen situaciones donde el “loco” ha quedado sin familia y no posee ningún bien ganancial que lo ampare. Por lo que, queda relegado a las disposiciones legales del Estado quien en ocasiones, se encarga de “enviarlo” al hospital psiquiátrico como un escape a enfrentar lo que acontece, o como una forma inédita de “deshacerse” del mismo. El Anteproyecto de Ley toma en cuenta entre otros casos, este tipo de situaciones, manifestando en su Artículo 13 de “Atención a las familias” que,

(...) El sistema de Salud Mental implementará un programa de apoyo a las familias con el fin de mantener estilos de vida saludables y de incidir sobre los factores de riesgo de los procesos salud-enfermedad. Dicho programa tendrá por objetivos conocer los problemas específicos de las diversas familias, mediante el que se realizarán acciones orientadas a la prevención, educación psicosocial y/o terapéuticas, entre otras (...) (AAVV, 2009, Art. 13).

Por su parte Angel Valmaggia doctor Psiquiatra quien ocupó en el año 2005, el cargo de director de la colonia Etchepare, expresa su opinión en relación a esta problemática existente en salud mental, la cual para él suscita gran importancia,

(...)El tema no es la enfermedad mental, yo creo que es la enfermedad mental más factores sociales. Yo creo que la pobreza o las dificultades económicas son uno de los factores...y la falta de apoyo familiar. Se juntan varios motivos, de los cuales la enfermedad mental, desde mi punto de vista, no es la principal (...) (Ver anexo, entrevista, p. 89).

Por tanto debemos pensar en un cambio de paradigma para alcanzar los objetivos planteados en salud mental. Pero pensar en un cambio de paradigma sería pensar en términos revolucionarnos, en un pensar que fluya a contramano, es decir, en contra de una corriente molar estigmatizante, impulsando vías alternativas que se guíen por la riqueza de lo diverso, de lo desconocido. Arduo trabajo queda por delante

sabiendo de antemano que nos estamos enfrentando como integrantes de una sociedad, a una corriente intensa que se pierde en las tinieblas, que muta constantemente, adaptándose, amoldándose sin siquiera dar aviso, sin que podamos notarlo.

Estamos ante la emergencia de un cambio de paradigma en lo que refiere a una nueva visión en el campo de la salud mental. Una nueva mirada atraviesa el entorno, enfatizando en el hecho de que ya es hora de poner fin a una visión médica elitista de carácter sumamente paternalista. Ahora bien, ¿cómo lograr cambios que sean fructíferos en lo que a salud mental y derechos humanos confiere?

Hebert Tenenbaum refiriéndose al Anteproyecto de Ley manifiesta su agrado y su adhesión al mismo, sin embargo expresa que sin un acuerdo político, sin actores políticos que sustenten esta nueva ley, no habrá grandes transformaciones en dicho campo,

(...) si nosotros no logramos que haya actores políticos sea un ministro, un diputado, un senador, que lleve esto a la agenda política esto no...o sea los temas tienen que entrar en la agenda política, nosotros podemos reunir a todos los psicólogos y psiquiatras del Uruguay y decir algo pero si el tema no se convierte en político nunca va a salir la ley, en eso hay miles de ejemplos.(...) (Ver anexo, entrevista, p. 81).

Es interesante destacar que el Anteproyecto de Ley ni siquiera se pone de manifiesto en la agenda política de los legisladores. Por tanto el “interés” político es de extrema relevancia a la hora de hablar de posibles logros...

Sin embargo si bien se torna esencial a la hora de hablar de logros contar con un apoyo del cuerpo político que impulse y haga posible los distintos cambios a los cuales se apunta, no es menor tener en cuenta que como expresa Hebert Tenenbaum, no es un tema de legalidad. Partamos de la base que si no existe una ley creo que hoy día en un mundo tan politizado como al que asistimos, no se podría pensar en relación a actos en cuanto a que materia política se trate. Pero si a su vez, le sumamos que habiendo sido un asunto tomado en cuenta y que por tanto se logró convertir en Ley, si el mismo queda simplemente plasmado en un papel, no conllevaría a ningún cambio de igual forma.

(...) para mejorar la atención no hay que esperar sólo por la ley, la ley lo que hace es, como toda ley, obliga y hace que nadie pueda

salirse de ese marco pero nosotros tenemos que impulsar (...) (Ver anexo, entrevista, p. 82).

Por tanto creo, sí se deben seguir impulsando prácticas que conlleven a una mejora en relación a la salud mental como parte de una salud integral. Si bien es cierto que por momentos se puede o no contar con un apoyo político, no es menor el hecho de establecer redes de interacción permanente entre los diferentes actores involucrados en esta temática para seguir mejorando la calidad de vida de las personas que padecen de algún tipo de afección mental.

Al decir de Michel Foucault, citado por Ávila-Fuenmayor, la lucha aquí engendra lo antijudicial, los *hogares moleculares* del poder que no se encuentran respectivamente en el Estado como imagen benefactora del cumplimiento de los derechos. Por lo que, "(...) La lucha antijudicial, expresa Foucault, es una lucha contra el poder y no contra las injusticias de la justicia" (2007:9).

Entonces, si nos alejamos de lo establecido, nos encasillan para controlarnos, pero si logramos adaptarnos de alguna forma posible a lo pautado: ¿sabremos cumplir con las expectativas, mandatos y reglas que están instauradas por la sociedad?

Conclusiones

Al posicionarme sobre un suelo complejo y activo como lo es el de salud mental, como singularidad percibo una lectura de la realidad que creo no es la que se podría llamar Libertad propiamente dicha. Somos sujetos sujetados y como tales, aquello que emerge con silueta de libertad, tan solo oficia de fronteras al momento de pronunciar una opinión, cuyo carácter responde a una naturaleza crítica desligada de nociones ya fundadas, desde esquemas naturalizados, productores de subjetividad.

Pensar en un campo en constante ebullición como lo es el de salud mental, y todo lo que ello implica, hace creer que los usuarios en particular, pero más específicamente la sociedad toda, se sumerge en un tiempo donde parece no existe retorno alguno. Donde los cambios denotan gran esfuerzo en su realización (si es que ello es posible), necesitan a su vez, de una cuantía de tiempo un tanto elevada, pero por sobre todas las cosas el poder, sobrellevar y en última instancia superar, el juego burocrático que propone el mercado en la salud, en tanto salud integral, como derecho fundamental de todo ciudadano.

Vivimos en una ontología del tiempo, donde el devenir de los cuerpos, no es una excepción. Es evidente que la lógica mercantil médico hegemónica ha tenido, y sigue teniendo hasta el día de hoy, gran peso en lo que a la salud mental refiere, dónde la resistencia al cambio, a que cierta ley se apruebe, conlleva grandes obstáculos a abolir. Aún hoy es palabra oculta todo lo relativo al lugar que se le da al “paciente psiquiátrico”, pero más específicamente, el usuario en salud mental sigue siendo “paciente” para algunos y objeto de una disciplina, donde las relaciones de poder en materia de políticas públicas es crucial.

Por lo que, para lograr cambios es necesario promover políticas alternativas populares que prioricen la rehabilitación de la persona y que dejen a un lado la “mercantilización del paciente psiquiátrico”.

Creo que para ello con adoptar un cambio de pensamiento no basta. La salud y grandes cuestiones del devenir social, se encuentran actualmente atravesados por una “política de la moneda”, donde la persona es un bien comercial más, que no escapa a las lógicas dominantes represivas del contexto circundante.

Se debe dejar atrás la estabilidad como entidad fundamental en el reflexionar cotidiano e impulsar un modo de vida análogo a una creación artística, como el mero movimiento de la arena en un desierto: cálida, desordenada, impredecible. Entender a

aquella persona que transcurre por algún tipo de afección psíquica como una singularidad única, productora de su propia subjetividad. No debemos olvidarnos que para lograr grandes cambios se debe comenzar por las pequeñas (grandes) cosas, y un hecho crucial es permitir y entender, que esta persona es partícipe de una sociedad toda y por ende posee los mismos derechos que cualquier otro ciudadano.

Entender al usuario ya no como parte de una problemática del “camino sin fin”, sino como parte de un “devenir en el encuentro”, de un dejar ser que priorice transformaciones, y que luche por que sus derechos como ciudadano se cumplan.

Romper de una vez y para siempre, con las barreras propias del “siglo de las luces”, que impiden una comunicación auténtica entre los seres humanos. Poder de una vez por todas nombrar lo innombrable, destaparse, ejercer una labor crítica que abra las puertas hacia un nuevo horizonte y que permita que las sombras que conocemos, visibles e invisibles a la vez, se expliciten.

Esto me significó el mayor aprieto, conciliar un modo del pensar en el cual, las expectativas que me surgieran, fueran de un grado de implicancia que superara no solo una visión reduccionista (y de extremo determinismo), sino también “el poder de una expresión”, el cual habría que permitirme cuestionar.

Por tanto con este trabajo pretendí aunque sea por un instante, “liberarme” de la mera reproducción de un “discurso ajeno”, dando cabida a una labor crítico-reflexiva e invitando a reflexionar sobre ciertas problemáticas que creo merecen especial atención.

A la luz de lo expuesto, creo se deben seguir generando prácticas sociales que sigan interpelando al encierro en las terapéuticas, pero más que nada al encierro fantasmático de la “locura” que emerge aún, en el imaginario social de muchas personas. Afianzar vínculos, elaborando esquemas capaces de abordar la riqueza caótica que nos ofrece el mundo en su actualidad, sería un gran avance, de lo contrario caeríamos en meras fantasías.

Referencias bibliográficas

- Álvarez-Uría, F., Varela, J. (1992). *Microfísica del Poder. Michel Foucault. Tercera Edición.* Madrid, España. Ediciones Endymión.
- Amorín, D. (2008). *Cuadernos de Psicología Evolutiva. Apuntes para una posible Psicología evolutiva.* Montevideo Uruguay. Editorial Psicolibros Waslala.
- Amy, A. (2007). *Introducción a la epistemología para psicólogos.* Montevideo Uruguay. Psicolibros Universitario.
- Ávila-Fuenmayor, F. (2007). *El concepto de poder en Michel Foucault. Aparte Rey Revista de Filosofía. 53.* Recuperado en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/avila53.pdf>
- Baroni, C. (2009). *Copilado Radio Vilardevoz.* Montevideo Uruguay.
- Baroni, C. (2013). *Una Historia de locos Historia del movimiento de desmanicomialización en el Uruguay. De 1985 a la actualidad.* Universidad de la República. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Postulación al Programa de Doctorado, opción Historia.
- Barrán, P.J, Bayce, R., Cheroni, A., De Mattos, T., Labisch, A., Moreira, H., Porzecanski, T., Portillo, J., Romero, S., Rodríguez, J., Viñar, M. (1993). *La medicalización de la sociedad.* Montevideo Uruguay. Editorial Nordan Comunidad.
- Carro Pecci, S., De la Cuesta, P. (2003). *Introducción a las Teorías Psicológicas.* Montevideo Uruguay. Ediciones Trapiche.
- Casarotti, H. (2010) *Relaciones entre Psiquiatría y Psicoanálisis (desde finales del siglo XIX hasta el momento actual).* Revista de Psiquiatría del Uruguay, Volumen 74 N°2.
- Cruz, J.I. (2006). *El pensamiento de Michel Foucault como caja de herramientas.* Caldas Colombia. Recuperado de: http://discusionesfilosoficas.ucaldas.edu.co/downloads/Revista10_11.pdf.
- De León, N. (2013). *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental.* Montevideo Uruguay. Ediciones Levy.
- De León, N. (2005) *¿Por qué no hablar con la locura? En Tránsitos de una Psicología Social* (pp.117-126). Montevideo, Uruguay. Editorial Psicolibros Waslala.
- Diccionario de la Real Academia Española. (2001). Edición veintidosava. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=locura>.

- Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid España. Siglo Veintiuno Editores.
- Gimenez, L, Rebellato, J.L. (1997). *Ética de la Autonomía. Desde la práctica de la Psicología con las Comunidades*. Montevideo Uruguay. Editorial Roca Viva – Laquinta S.R.L.
- Giordano, M., Itza, B. (2012) *Sistematización del Proyecto “Rompiendo el Silencio” Concurso Comunidades Con Voz Año 2011. (Sistematización no publicada) Proyecto Comunicacional Participativo “Radio Vilardevoz”*. Montevideo, Uruguay.
- Gravano, A. (2007). Desafíos participativos en la planificación urbano-ambiental: el aporte antropológico. Argentina. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n64/n64a02>
- Jiménez, A., Baroni, C., Giordano, M., Cresci, L. & Planchesteiner, D. (2013) *Locos por la radio... 15 años de comunicación participativa*. En: De León (Coord.) *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. (pp. 165-179) Montevideo. Ediciones Levy.
- Parafita, D. (2010). *Recorrido Histórico sobre las concepciones de Salud y Enfermedad*. Área de Salud, curso Niveles de Atención en Salud. Facultad de Psicología. Ficha temática. Recuperado de : http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf
- Raggio, A. (2000). *Intervención y Campo de Intervención*. Santa María, Brasil. Editorial N.Rivero.
- Rebellato, J.L. (2000). *Ética de la Liberación*. Montevideo Uruguay. Editorial Nordan Comunidad.
- Rozas, S. (2008). *Descartes. Hume. Kant. Pasaje del paradigma ontológico al paradigma de la conciencia*. Montevideo Uruguay. Psicolibros Universitario.
- Serrano, X. (1996). *La locura: mito o enfermedad social*. Análisis Post-Reichiano del sufrimiento psíquico. Recuperado de: <http://www.cop.es/colegiados/pv00141/locura.htm>

Documentos

Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay (2007).

Disponible en: http://www.vilardevoz.org/wp-content/uploads/2013/01/10_09_ANTEPROYECTO_DE_LEY_DE_SALUD_MENTAL_DE_LA_RO_U.pdf

Declaración de Caracas (1990). Disponible en:

http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). *Recuperado de:*

http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/organismos_internacionales/naciones_unidas/common/pdfs/D.1-cp--DECLARACION-UNIVERSAL-DE-DERECHOS-HUMANOS.pdf

Ley N° 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud (2007). Disponible en

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

Ley N° 9.581 Psicópatas (1936). Disponible en:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=09581&Anchor=>

Plan de Implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (2011). Disponible en:

http://www.comef.com.uy/pub/protocolos_normativas/Salud%20Mental%20-%20Prestaciones.pdf

Materiales Audiovisuales

Partucci, H. (Editor) (2013). Documental Rompiendo el silencio. Disponible en:

<http://www.youtube.com/watch?v=XKx17kg-Pwg>

Entrevistas

Etcheverry, G. (2014). *Entrevista, "El cambio es Micropolítico"*. Recuperado de:

<http://articulando.com.uy/2014/03/21/el-cambio-es-micropolitico-gabriela-etcheverry/> .

Anexos

Entrevistas realizadas en el marco del Trabajo Final de Grado por quien suscribe, Leonora Cardozo, a usuarios de la Radio Vilardevoz quienes han participado en la Campaña “Rompiendo el Silencio”.

Entrevista realizada a Alfredo y Gustavo Bautista

E: Encuestadora (Leonora Cardozo).

A: Alfredo (usuario).

G: Gustavo Bautista (usuario).

N: Nelson de León (Psicólogo).

E: En realidad es ver, más que nada es ver participantes que estuvieron participando en la campaña “Rompiendo el Silencio”, cómo se sintieron, ver qué significó para ustedes participar en esa campaña no.

G: Y bueno esa campaña fue como romper el hielo contra la estigmatización del paciente psiquiátrico, de, de, de que el paciente psiquiátrico, es el, es el homicida, el violador, el, el, el numerito en un papel que tenemos para encerrar en una institución de encierro y bueno y nos sentimos bien, nos sentimos bien. Yo compuse una canción con María que te la puedo tararear si querés, te la tarareo un poquito, yo la toco en la guitarra, pero te la tarareo un poquito. “Esta es una canción que rompe el silencio, rompe estereotipos, exclusión, desentendimiento, no todo es locura, no todo es salud mental, no todo se puede solucionar, entre rejas de un viejo hospital”, y bueno y sigue la canción, viste ta, ta, ta la podes mirar en Youtube.

E: La voy a mirar sí.

G: Si, ta, está Cecilia sí. Y bueno no, nada más, aclarar que fue una campaña que empezamos a hacer la impronta porque vimos que el paciente psiquiátrico es desestigmatizado por la sociedad, este, y sabemos, vemos la realidad de los refugios, como, como convive la población ahí, eh, eh la educación de los educadores, los psicólogos, la psicología, los psiquiatras, la pastillita entendés. Es todo como una red que, que, una red que tiene, que tiene, que tiene al paciente psiquiátrico como el enemigo, como el enemigo...

E: ¿Y para vos que significaba por ejemplo poder participar, poder hablar, poder dar tu opinión de esos temas no que me estas contando?

G: Y para mí es como, es como, es como llevar la voz cantante, llevar la voz cantante como dice Fito Paez, porque claro, porque veo que se sufre mucho detrás de una reja, este ya sea los maltratos de la guardia, los maltratos de la enfermera, los maltratos del servicio del comedor entendes, la comida podrida en los refugios, para los diabéticos también.

A: Estaban hablando de eso hace un rato.

G: Que estaban hablando de eso.

A: Un programa, un programa hace un ratito, hablaban de eso. Lo que pasa que es la situación de muchos de los compañeros que vienen a la radio que viven en refugios. O sea pobreza y locura van de la mano.

E: Claro, y vienen a participar en la radio. La situación en el refugio a veces es medio deplorable.

G: Claro, deplorable sí. Entonces ta, digo ta, este fue una campaña que, que, que seguimos rompiendo el silencio porque la campaña no se termina, entendes digo y tenemos muchas cosas por delante pero, pero esa campaña digamos fue un impulso a continuar con la radio, continuar con la rehabilitación, digo continuar con la educación y continuar con, con, con...

A: ¿Está vinculada al proyecto de ley sabías?

E: Al Anteproyecto de Ley, sí si estuve leyendo sobre eso, sobre el Anteproyecto de Ley en Salud Mental.

A: Se llama así la campaña.

E: Sí, pero quedo, más que nada lo hicieron por eso no, para poder mostrar digo por qué había quedado en suspenso todo el Anteproyecto que sigue, quedo en la nada.

A: Sí, la campaña se llama rompiendo el silencio por una ley de salud mental justa, inclusiva y humanizadora.

E: Si, yo estuve viendo, estuve hablando con personas que participaron en la comisión redactora del Anteproyecto y...

G: Si, ¿quiénes son?

E: Por ejemplo Nelson de León, las entrevistas las vi todas y ta quería ver más que nada eso como se habían sentido participando en la campaña.

A: Y nos sentimos como nos sentimos en todo momento, estemos haciendo una campaña o no, participando en la radio, nos sentimos siempre que estamos haciendo algo positivo, algo por el bien de nuestros compañeros por nosotros mismos.

E: Un tema que no acaba, como decían ustedes.

A: Claro por eso siempre se está rompiendo el silencio, desde antes y...

G: Es como por ejemplo la ley de caducidad cuando estuvieron los gobiernos de blancos y colorados, inventaron la ley de caducidad no, para, para que los militares no sean juzgados y ahora que está el gobierno del frente como no puede el frente si, si, pero se le da más apoyo al oficialismo, siempre se le da más apoyo al oficialismo...

E: Claro, eso también quedó medio dormido...

G: Medio dormido, bueno el Anteproyecto de Ley, la comisión se está juntando, que no sé donde se juntan (risas), pero se juntan dicen ellos.

A: No se si ahora se están juntando, ¿se empezaron a reunir de nuevo?

G: Y no sé, ¿quedo en suspenso? Sí, como todo en este país que queda en suspenso.

A: Porque, por la disyuntiva de la vida, que el colectivo de los psiquiatras se oponían a algunos tramos de esa ley no.

G: Claro.

A: Sobre todo el de las internaciones, ¿no?

G: Sí, el de las internaciones compulsivas...

A: O sea quien podía o tener la autoridad de o....

E: Y acá por ejemplo no se si ustedes saben pero el tema de los electroshock y esas cosas, ¿siguen funcionando?

G: Siguen funcionando, lamentablemente siguen funcionando.

A: Los atan también.

G: Los atan en la cama. El aparato represor del Estado digamos entendes, es el que trae toda la gente para acá, porque inventaron esa ley, la ley de falta que si te agarran durmiendo en la calle te, te, te, te llevan preso entendes. Inventaron eso.

A: Te sacan de un lugar y vos te vas a dormir a otro. Yo lo he visto. Lo sacan de donde están y va la Intendencia con el camión y les tiran todo, el colchón, la frazada que tengan, les tiran todo, se lo llevan, se los tiran y la persona va desde donde estaba, va a otro lugar porque no tiene donde vivir, va a dormir a otro lugar en la calle. Alguien le da una frazada, alguien les da un latón.

E: Claro no cambia nada eso, ninguna solución a nada eso.

A: Claro lo sacan de un lugar para otro nada más, pero no los sacan de la calle.

E: Y me decían entonces que eso sigue funcionando acá.

G y A': Sí, lamentablemente sigue funcionando. Inclusive uno de los que hace el electroshock viene acá a tocar la guitarrita que yo me cago de la risa entendes porque (risas), si el Alfredo.

A: Cómo es que se llama, Alfredo es, se llama igual que yo.

G: Si es el encargado que...

E: ¿Y el está de acuerdo en hacer eso?

G: Y no se preguntale a él si...

E: Pero tu opinión...

G: Y pienso que medio represivo, es medio represivo.

A: A mí me quedo una sensación muy fea yo estuve como te dije un mes, un poquito más tal vez internado, me iban a dar 12 sesiones de choques eléctricos, me hicieron 8 como me mejore me dieron el alta no. Y yo, a mí me quedo la imagen de cuando me llevaban a la salita ahí que esta acá enseguida a la vuelta, en la madrugada me llevaban, me despertaban de madrugada todo el mundo estaba durmiendo, me llevaban a la salita me hacían acostar en la camilla, me inyectaban, me ponían un suero creo..

G: Te dormían, te sedaban.

E: Para darte electroshock te sedaban.

A: Me daban inyección a través de ese tubito, que me conectaban al brazo, me daban inyección que...

G: Intravenoso.

A: Sí, intravenoso. Me sentía por el brazo como me corría así como que me quemaba fuego y me quedaba dormido. Yo de alguna manera me daba cuenta de lo que me estaban haciendo yo sabía que eran choques eléctricos yo después yo me miraba en los espejos y me quedaban las marcas...

G: Si te quedan como, como...

E: A porque te hacen, acá te ponen (muestro donde...)

A: Creo que sí, yo tengo una idea que me quedaban marquitas acá (señala ambos costados de su frente). Pero a mí me quedo una sensación fea de la persona que me daba los choques, yo a esa persona cada vez que iba a ahí lo veía y yo sentía como una especie de miedo, y de...

G: Encierro.

A: De rechazo.

E: ¿Y ustedes que piensan que eso sirve para mejorar a los pacientes de acá?

G: Y bueno, ¿cómo te sentirías vos si te dieran 220 volts en la cabeza?

E: No, no, yo no estoy de acuerdo por eso.

A: Hay una pérdida de memoria que son creo la pérdida de memoria es temporal, pero también puede ser definitiva no.

G: Y sí porque así como te dan esos choques eléctricos, que los psiquiatras dicen que es para curarte, te pueden pasar para el otro lado. Y te pasan para otro lado y terminas en un cajón y quedó todo en la nada entendes.

E: Nadie se entera.

A: Para que te den choques eléctricos un familiar tiene que firmar la autorización si no, no los dan.

G: Inclusive, inclusive hay compañeros acá que...

E: Solo si o si un familiar, yo tenía entendido que era la última opción también.

A: Únicamente que sea por orden de juez, pero si no un familiar tiene que firmar la autorización para que te den choques, si la hacen firmar a un familiar para darte choques eléctricos, los electroshock, quiere decir que algún riesgo tiene ¿no?, porque si no....

G: Es sórdido, es sórdido, el sistema es sórdido.

A: Porque no es darte una aspirina.

G: Si, no, es sórdido el sistema.

E: Y como que quedó en la historia no, muy violento.

G: ¿cómo?

E: Que es un sistema que quedó en la historia no, porque yo estuve leyendo sobre la ley de 1936 que es la que ampara hoy en día el hospital y en realidad...

A: Sí la del psicópata...

E: Sí pero en realidad es de 1936, estamos en el 2014!

A: Bueno eso se discutió en la campaña.

E: Bueno pero viste por ejemplo que en el Anteproyecto, claro por eso a mi hay cosas que no, que no puedo creer como que se sigan como tapando también no, todo ese tema lo que me decías vos, tema represivo...

G: Si, si, si...

A: No te termine de decir, esa persona que me daba los choques, me quedó la imagen por mucho tiempo después me acordaba de esa imagen, de esa persona que me daba los choques, como una sensación fea vistas, un mal recuerdo. Y una vez, yo me había olvidado ya después de unos años, al tipo ese no lo vi mas, un médico, ¿creo que es médico el que te da los choques no?

G: Sí, es médico (risas).

A: No lo ví más, pero una vez vine acá porque no tenía medicación, vine a atenderme acá para conseguir medicación, voy a la farmacia del hospital que es acá a la vuelta (indica) y me lo encuentro a él. Lo miro así no, y le digo "sabe una cosa, yo cuando lo veía antes a usted, tenía la idea de que era un verdugo, me quedé con esa sensación de que usted era un verdugo". El tipo mozzarella no me dijo nada, se fue...

E: ¿No te dijo nada?

A: No.

E: Cómo será la cosa también no, que llamo al silencio...

A: Si (risas).

G: Claro sí, vos fijate que...

A: Como un verdugo que te tortura entendes.

G: Claro como un verdugo que te está torturando...y el cinismo, el cinismo de la psiquiatría...

A: Pero yo sin saber nada de...

G: Asqueroso, el cinismo...

E: Claro porque acá adentro la mayoría son psiquiatras.

G: Y si...

E: ¿No? Porque psicólogos en la radio sí, pero...

A: En la radio sí, es autónomo no tiene nada que ver con el hospital.

E: Sí, sí, sí. Y pero por ejemplo, ¿psicólogos en el hospital mismo, no tiene ese servicio?

A: Eso no se, creo que no...

G: Policlínica tiene servicio, pero tenés que sacar hora y mientras que se te va el viaje...

E: No es una cosa que este todo el día y cuando uno lo necesite ir a

A: Vos decís psicólogos dentro de las salas.

E: Sí dentro de las salas, o un espacio que tengan como para ir...

A: Yo creo que no.

G: No, adentro tienen, primero está la sala, la, la, la emergencia, la observación que te ponen en una sala de observación y te observan, los psiquiatras. Después esta, te evalúan si seguís con las mismas ideas de suicidio, eh te evalúan si te internan en sala o si te dan el alta. Cuando te dan el alta te pasan para (inaudible) asistido, ahí de asistido te dan pase para policlínica que es acá, policlínica este se encarga tu doctora de elegir, o te elige unos doctores de cabecera, en la cual la doctora te evalúa y ve que si sos para asistirte, si ve que tenés que dar hora para asistente social para la vivienda...

PAUSA....

A: Ahora justamente están hablando sobre el Anteproyecto...

E: ¿Y ustedes están de acuerdo en que exista un hospital de ésta índole?

G: No, yo pienso que primero que nada este, eh...

A: (Interrumpe Alfredo) Te sentís preso, cuando te traen acá, perdí la libertad sin haber cometido ningún delito.

E: ¿A ti te trajeron aquí a la fuerza?

A: A mí me trajeron, me fueron a buscar a mi casa, porque mi hermano vino acá porque yo estaba loco, estaba re loco, estaba delirando, entonces me fueron a buscar. Yo no quería venir pero me trajeron.

A: Ahí llevo Nelson mirá...este es el culpable...

N: ¿Cómo están? (saluda)

G: Nelson vení, ¿en qué está el Anteproyecto de Ley acá?

N: Estamos ahí, estamos ahí para trabajarlo próximamente.

G: Vení filma esto (Gustavo señala a la cámara). Y bueno pero la Ley de 1936 se siguen haciendo electroshock, ¿cómo es esto?

N: Ehh....eh....eh..

G: ¿Por qué tanta represión hacia la población uruguaya?

N: Lo del Anteproyecto de Ley eh, tenemos que sacarlo sí o sí para la próxima legislatura, para la próxima legislatura tiene que salir. Jornada de trabajo sobre la desmanicomialización, 28 y 29 de Julio, porque la Asamblea Instituyente fue este jueves, anda a la próxima asamblea porque dentro de 15 días va a ser.

G: Ta, en la próxima asamblea, ¿es martes y jueves a las 20 horas?

N: Sí, porque en la próxima asamblea es donde vamos a discutir todo esto. Dale nos vemos.

G: Dale chau.

A: Sobre lugares cómo estos, sin yo estar vinculado a nadie como la radio, sin estar al tanto de lo que era la discriminación, o no darme cuenta de la discriminación, el estigma, el ser tratado diferente, sin saber nada absolutamente de esto....

Entrevista realizada a Marco Emilio Mora

E: Encuestadora (Leonora Cardozo).

M: Marco Emilio Mora (usuario).

M: Me llamo Marco Emilio Mora, trabajo en Radio Vilardevoz hace como 15 o 17 años.

E: ¿Y en la campaña Rompiendo el Silencio participaste?

M: Si, desde el inicio, hubo un lugar que no fui, no me acuerdo que pasaba porque, ah porque íbamos a acampar. Por el problema de mi soriasis, no me podía poner delante de mis compañeros porque salían aterrorizados por el problema en mi piel. Tenía todo el cuerpo brotado y realmente estaba enloquecido no, pase por un curso especializado del "CETE" que es el centro especializado de enfermedades de la piel, que funciona en el Pereira Rossell y me daba radicaciones de Cuba, en el cuerpo, hasta que decidí que no quería estar más a la sombra y no poder contemplar el sol y el día y deje de hacer el tratamiento, además me salía carísima la medicación que compraba venía de la Argentina y a veces no venía y realmente estaba expuesto a ir al santo botón al lugar porque no tenía la medicación, porque venía de la Argentina, es importada. Pero bueno empezamos rompiendo el silencio con una consigna, digamos tratar de llegar digamos a todos los pueblos, al loco de cada pueblo, que es lo que presentaba, cómo vivía y qué podíamos hacer por él. Digamos toda una política de salud mental que condicionó digamos nuestra conducta por el producto del banco mundial que nos conseguía unos miles de dólares.

E: Ah, lo financió como quien dice...

M: Nos financió el banco mundial y nos exigió que no compráramos computadoras ni celulares, que realmente lo desarrolláramos con la política de salud mental que era el tema que nos ocupaba ¿por qué?, porque era el originario que era el programa, o sea de donde parte, parte del Vilardebó.

E: ¿Y qué significó para ti participar en la campaña Rompiendo el Silencio?

M: Realmente fue muy bueno, no solamente por el viaje y la permanencia en los hoteles, si no porque además con eso de arribar a un pueblo, con el contactar con gente que tenía problemas de salud mental, a ver cómo los trataban, cómo vivían, cómo se sentían, qué era lo que querían y que era lo que necesitaban. Planteábamos nosotros que no se puede ser tan egoísta, por ejemplo en el sentido de uno al otro, digamos de uno acapararse, acaparar todas las cosas buenas de la vida, lo ideal sería al loco discriminarlo y el individuo realmente poder digamos expresarse y comunicarse

en lo positivo porque el problema del enfermo psiquiátrico es un problema de comunicación y descarga emocional que tiene el individuo digamos al, al no poderse comunicar digamos porque...

E: Comunicarse de otra manera quizá...

M: Claro además la discriminación no solamente familiar o social, o del barrio por ejemplo, o del pueblo, nosotros fuimos a contactar justamente con esa persona, con la persona más dolida, mas sufrida, más golpeada mas lastimada, o sea como el individuo combate la soledad y el aislamiento, porque realmente el abuso de gente que está en del otro lado de la calle, en el lado de los cuerdos, donde los locos por ejemplo estamos luchando por conquistar ese espacio del lado de los cuerdos. O sea al loco digamos como individuo social, como individuo personal, como referente histórico de un lugar, de una ciudad y de una familia no.

E: Y como una forma también no de poder mostrar a la sociedad, de salir del hospital, el tema de los desembarcos.

M: Claro, pero sabes que pasa, no es un circo donde el monito va y hace las acrobacias, realmente es mucho más dramático y más profundo, no es digamos al salir, al que te expongas y no salir con un cartel, miren yo estoy loco y digan ayúdenme, apóyenme y consuélenme. El individuo lucha permanentemente digamos por el problema social en el que habita, por su qué, digamos por su condición de loco. Entonces este, es eso, digamos, luchar por romper el aislamiento y la discriminación y porque el loco tenga su espacio y sea comprendido no, más o menos contenido. Muchas veces (inaudible) se pone agresivo y te pones mal y te agredís a vos mismo digamos porque no comprendes al que tenes alrededor, o el otro no te comprende a vos, o los otros no te comprenden a vos.

E: Bueno, muchas gracias.

Entrevista realizada a Mauricio Pajares

E: Encuestadora (Leonora Cardozo).

M: Mauricio Pajares (usuario).

E: ¿Qué significó para ti, participar en la campaña Rompiendo el Silencio?

M: Y bueno fue este, una forma de llevar la locura a otros puntos del país no, poder entrar en debate y llevar al conocimiento público, al debate público qué es la locura y que, cómo funciona en otras partes del país no, en la familia, cómo haya a Melo también fueron y a otros lados más. Entonces fue una campaña que ganamos 10.000 dólares que nos dono el Banco Mundial y con eso financiamos los viajes y toda la ...

E: ¿Y vos participaste de todos los desembarcos?

M: No, no, solamente fue el de Nueva Palmira y el que hicimos en Atlántida fui también.

E: ¿Y cómo fue eso de participar, trasmitiste tu opinión u oficiaste más como observador?

M: Y yo este, no, no, fui este a trasmitir mi opinión y a llevar el conocimiento, le hicimos una entrevista al director del hospital de Nueva Palmira también que fue a lo formulativo y lo entrevistamos y también se le hizo una entrevista también a cómo es que se llama el, a Albert Tenenbaum y a otros, a otros, otros figuras claves que trabajaban con la salud mental no. Bueno fue, simplemente fue eso no tratar de, de...

E: ¿Y para vos significó gran importancia el hecho de poder llevar tu palabra hacia el afuera?

M: Y para mi es algo importante ya todos los días o sea de poder estar acá participando en esta radio, hace 17, 18 años que estamos acá en este hospital y el estar acá simplemente ya es una importancia para mí. Yo creo que la locura es una militancia y algo que hay que llevarlo a que las personas, a la sociedad que no nos tengan miedo y que traten de, de tratarnos como igual.

E: ¿Y piensas que la sociedad tiene miedo de las personas que están aquí internadas en el Vilardebó?

M: Y la mayoría tienen, hay un imaginario social muy grande y una, una y una barrera y una, una lógica manicomial muy grande en invocar al hospital y a otros lugares más también no. Cómo que, como que la, la locura siempre se ve por afuera y si estás ahí adentro, no entres porque te va a pasar algo, siempre hay mucha, mucho, mucho imaginario social.

E: Muchos impedimentos que en realidad los pone más que nada como decías vos el imaginario social, que no es tan así...

M: No, no por eso mismo, no es tan así eso, no solo se hacen, no solo inyectables y pastillas acá adentro, también hay una radio que lucha por , por la inclusión y por la, por la desesmistificación de la locura no.

E: Bueno, muchas gracias.

Entrevistas realizadas en el marco de la Campaña “Rompiendo el Silencio”, por el colectivo Radio Vilardevoz.

Entrevista realizada a Nelson de León.

L: locutor (Gustavo).

E: entrevistador (Diego Pl.).

N: Nelson de León (Psicólogo).

L: Estuvimos charlando sobre los conceptos de si llamarle locura a la enfermedad mental y estuvimos compartiendo también el artículo 1 de las disposiciones generales en derechos y garantías sobre el anteproyecto de ley de salud mental.

E: Lo que podríamos agregar es que esta entrevista, así como la mesa, y otra entrevista que va a venir después, está enmarcada en la campaña Rompiendo el Silencio de radio Vilardevoz en la cual esperamos hacer muchas movidas, además de contactar personas como Nelson que están de lleno en la materia, bueno, desembarcos que se están planificando, y otras actividades de las cuales ya les daremos a conocer.

L: ¿Leemos el artículo, te parece Nelson?, ¿ya comenzamos la entrevista? Bueno, *"Artículo 1: Objeto de la ley. Se garantiza la salud mental como derecho humano. El usuario del sistema de salud mental es considerado sujeto de derecho y esta calidad no le puede ser quitada en ninguna circunstancia. Se concibe la salud mental, como inseparable de la salud integral. El estado será garante de la efectivización de los derechos al trabajo, a la seguridad social, a la vivienda, a la capacitación y a la cultura en general de las penas usuarias del sistema de salud mental. El estado garantizará la equidad entre los géneros y las generaciones y la no discriminación."*

E: Bueno, para empezar, Nelson ¿cómo ves vos el tema que veníamos hablando en la mesa: enfermedad mental o locura?

N: Bueno, buenos días, la verdad que es un gusto siempre compartir instancias de intercambio y de trabajo con radio Vilardevoz, con los compañeros y compañeras que hace unos cuantos años que venimos transitando por diferentes espacios. Y yo creo que, es como, a mi modo de ver muy importante esto que enmarcaba Diego de la necesaria discusión y empezar a hacer visibles ciertos aspectos que difícilmente

surjan solo de quienes planifican o construyen las políticas públicas. Yo creo que este acto, esta mesa, este intercambio, lo que constituye es una acción de, yo creo, de empoderamiento y de acción política desde la implicación como usuarios. Como personas con sufrimientos, con padecimientos, como ustedes decían previamente, que tenemos todos. Entonces en primer lugar destacar que me parece que esta conversación, este espacio de trabajo, es por la vía de los hechos, poner en juego un derecho fundamental que es el derecho a la participación, como ustedes decían previamente, el derecho y el acceso a un medio de comunicación, a la información y a la decisión, como ciudadanos, como personas pertenecientes a este nuestro país, que debemos decir que hace un tiempo, unos años, viene desarrollando, yo creo, un cierto avance en cuanto a los derechos humanos y la salud mental. Los derechos humanos, un trabajo que integre una perspectiva desde los derechos en salud mental no ha sido fácil de desarrollar. También ha sucedido lo mismo con niños y adolescentes. Sí, por ejemplo, si pensamos en otras problemáticas quizás hayan tenido en los últimos años mayor desarrollo desde una perspectiva de derechos; pero la verdad que, contextualizar que esto que ustedes leían al principio, el artículo 1 digamos, constituye un aporte, constituye un borrador, una propuesta de posibilidad de constituir, construir un anteproyecto de ley de salud mental. Este aporte que tiene un tiempo de desarrollo aproximadamente desde el 2007, se realiza en el marco de la convocatoria que hizo la comisión asesora técnica y programática del programa de salud mental. ¿Cómo Marco? Permanente, ahí está. Marco que está bien informado me apunta bien el significado de la sigla. Y ésta fue una comisión que es un avance, porque la convocatoria, la participación en la construcción y en el trabajo sobre legislación y derechos humanos en salud mental, yo creo que fue uno de los avances que hubieron a partir de 2005, 2006, donde se conforman diferentes subgrupos de trabajo. El subgrupo de política, legislación y derecho en salud mental fue uno; también se conformaron otros subgrupos, y ahí se produjeron diferentes insumos. Creo que, un aspecto importante es poder como...trabajar en que esos insumos que fueron desarrollados con el trabajo por ejemplo en este subgrupo participó, bueno, yo participé como representante por la Facultad de Psicología, pero ahí habían integrantes que provenían del derecho, bueno, en algún momento ustedes van a convocar a Judith Kakut, que trabajó también en este borrador de anteproyecto, de la coordinadora de psicólogos; es decir, participaron ahí diferentes actores y produjeron este borrador que tiene este artículo 1. Ahora, nosotros terminamos de alguna forma las reuniones, con la finalización del período anterior de gobierno, y ahí quedó expresado en unas actas que firmamos y que forman parte un poco del documento

institucional elaborado. Y bueno, y ahora creo que lo que corresponde es reflotar, digamos, como restituir y poder reconsiderar la posibilidad de comenzar a debatir nuevamente cuáles son nuestras políticas en salud mental y en derechos humanos para que realmente puedan llevarse adelante, como ustedes bien decían, garantizar a la salud mental como un derecho humano. Esto, una cuestión un poco de contextualización porque este borrador, digamos, esta propuesta de anteproyecto de ley de salud mental, aun no ha ingresado a ser discutido, por ejemplo en el parlamento, en la comisión de salud, o sea, se mantiene como una propuesta de trabajo que surge de un subgrupo y que en este momento me parece que es muy importante restituir la vigencia y la necesidad de que se avance en una ley de salud mental, y creo que en ese sentido, vuelvo a reiterar, me parece como muy importante que ustedes que están trabajando desde este lugar como estamos trabajando otros colectivos desde otros lugares, como es el colectivo La Grieta, o como trabajan otros colectivos de usuarios o de movimientos sociales o personas, puedan ubicar un poco en la discusión pública, en el debate, la necesidad de una ley de salud mental que sustituya la vieja ley que nos rige hoy día que es del año 1936; es decir que nosotros adolecemos, o sea, no cuenta nuestro país con una ley de salud mental como por ejemplo ha sido votada en este año 2011 en Argentina, la ley nacional de salud mental que es la número 26.657 y que es interesante que quizás ustedes también la puedan incluir al trabajo que están desarrollando de discusión, intercambio y demás; porque ustedes van a ver que esta ley que fue aprobada en Argentina, este año, tiene puntos que son comunes a lo que es la propuesta que se elaboró en el marco del subgrupo que les comentaba anteriormente donde estuvimos trabajando. Y que tengan puntos en comunes quiere decir de que, cuando pensamos la perspectiva de la salud mental como un derecho humano, simplemente lo que nosotros estaríamos haciendo sería llevar adelante la ratificación que nuestro país ha desarrollado desde hace muchos años en cuanto a las normativas internacionales y que incluyen, si ustedes leen; yo esto digo de repente después les puedo... no me dio el tiempo de sacarle una fotocopia y alcanzárselas, pero les puedo sacar una fotocopia y alcanzarles la ley ésta que ha sido aprobada en Argentina...si ustedes revisan los diferentes aspectos que componen esta ley ya aprobada, ya tiene muchos puntos en común. Hay un punto acá que es muy importante, y es que ésta ley incluye un órgano de revisión y supervisión de los derechos humanos, digo que es muy importante este aspecto, porque éste fue uno de los aspectos desde donde se plantearon mayores resistencias a nivel específicamente de una editorial de la sociedad uruguaya de psiquiatría del año, de junio de 2009, donde ahí se cuestionaba un poco básicamente la propuesta ésta de un

órgano de supervisión o de revisión de los derechos humanos. Un órgano de revisión y supervisión de derechos humanos es un elemento que podría poner a resguardo y que podría atender todas aquellas violaciones a los derechos humanos que se producen, y que como ustedes comentaban hoy, muchas veces son las que aumentan o producen una intensificación en el sufrimiento. Entonces, esta ley argentina incluye un órgano de revisión, y también la incluía la propuesta de anteproyecto de ley que nosotros presentamos, pero ha sido uno de los aspectos...comento este aspecto porque hay varios elementos quizás que están en juego que van a ocasionar, como es debido, diferentes posicionamientos, resistencias, conflictos y demás...bueno, ese es uno, y esta ley argentina que se votó en el 2011, este año, incluye un órgano de revisión, como lo establecen además las normativas internacionales que nosotros ratificamos.

Intervención (Mauricio): Disculpa que te interrumpa Nelson, pero siento una angustia pero muy profunda, muy profunda, porque me estás hablando de que votaron una ley y hace poquito estuvo Cecilia en Buenos Aires, comentándonos, y estuvo gente de allá de Buenos Aires también que estuvo el sábado pasado creo, y hace tres meses que están sin gas, donde está la ley? Para bo, que haces leyes y nos sacas el gas!

E: Lo que estaba comentando Mauricio, para la audiencia que quizás no lo sepa, es que en el Hospital Borda de Buenos Aires, que es un Hospital que alberga a cientos de personas, hace tres meses que en pleno invierno están sin gas, y que parece una paradoja, que si bien en el nivel legal, de lo que debería ser, han hecho un gran avance, en los hechos la gente se está muriendo de frío.

PAUSA.

L: Seguimos con esto que es la enfermedad mental o la locura y el anteproyecto.

E: Muy bien, seguimos con Nelson de León, amigo de la radio, psicólogo, docente de la facultad de psicología, que integra la comisión redactora del anteproyecto de ley de salud mental. Para los oyentes que de repente se enganchan ahora a escuchar la transmisión de la 95.1; y...justo estábamos hablando de que en Argentina, bueno Nelson nos trajo el dato, muy útil, de que se aprobó una ley en salud mental y en los hechos, en el hospital Borda, falta el gas hace tres meses y bueno, hubo toda una movida ahí y estamos a la espera de que el problema se solucione. Entonces, yendo un poco a la inquietud sobre el ir de la palabra a los hechos: Nelson, ¿qué receptividad

han encontrado en los legisladores?, ¿qué nexos o vías de comunicación tienen con ellos, o pueden generar con ellos? Eso por un lado, y por otro lado, nosotros vemos que se enumeran una serie de derechos y se establece al estado como responsable de concretar esos derechos, como el trabajo, la vivienda, la capacitación, la cultura. Y nos preguntábamos si en la misma ley no se debería obligar de algún modo a determinados ministerios a elaborar planes independientemente del gobierno de turno. Te tiro esas dos líneas.

N: Creo que lo que tu comentas Diego es algo fundamental porque tú estás hablando de que hay políticas que debieran ser políticas de estado que incluyeran y pudieran construir soluciones a los problemas más allá del, decías tu, del gobierno de turno, más allá del partido de gobierno específico que esté en ese momento gobernando. Esto por ejemplo, fue algo que se logró en el año 85 a la salida de la dictadura con la Concertación Nacional Programática, se logra un consenso en ciertas políticas de Estado que incluían la salud mental y allí fue donde se elaboró lo que constituyó, lo que podríamos decir el primer programa nacional de salud mental, que como ustedes bien decían, que esté escrito, que pueda confluir ahí diferentes intereses y participación, no garantiza que luego se desarrolle. Es decir, de que en el año 85-86 se construye un programa nacional de salud mental con una correlación política y de consenso como la que tú decías, es decir, un compromiso que más allá quien fuera el que ganara las elecciones, el que estuviera en el poder, se iban a llevar adelante. Sin embargo, ese programa nacional de salud mental, lejos de llevarse adelante, fue, las políticas dirigidas a salud mental, fueron dolientes de recursos, insuficientes de todas las formas en los abordajes alternativos a la institucionalización, o la hospitalización, o a la manicomialización. Es decir, de que lo que estaba planteado en aquel programa nacional de salud mental nunca se desarrolló, tanto es así, que en el año 95, ustedes se acordarán, se cierra el hospital psiquiátrico Musto, allí se produjeron algunos fallecimientos con interpelaciones a ministros entonces porque habían habido muertes de frío y el cierre del Musto en el año 95 produjo algunas posibilidades de, digamos, novedades, equipos de salud mental comunitarios, es decir, algunos elementos pero fragmentados y sin constituir un verdadero desarrollo en una política de salud mental. Es decir, que yo diría, que recién en el año 2005 hay una nueva intencionalidad en cuanto a poder comenzar a desarrollar una política en este sentido que tu decías. Por esto yo destacaba como importante el movimiento que se produce en el 2005 y 2006 de convocar a las organizaciones, a los usuarios, a la academia, a todos los que están implicados de alguna forma en la salud mental para contribuir a la realización de esto.

Ahora, esto quedó hace un año y pico, en el programa nacional de salud mental, en ese subgrupo, es un aporte y hasta hoy no ha habido absolutamente ningún nuevo movimiento. Debemos decir también, que esto no escapa a que en los últimos tiempos se ha elegido a quien dirige el programa de salud mental, entonces, también quiero decir que hay un contexto político que ha cambiado si bien se ha mantenido el gobierno del frente amplio, han habido cambios a nivel de la salud mental; y recién hace pocos meses que se ha provisto la dirección del programa de salud mental, entonces esto creo que lo que quiere decir es que quizás en los próximos tiempos nos encontremos entonces nuevamente teniendo la posibilidad de darle un nuevo lugar al desarrollo de esto y avanzar en la discusión legislativa. Porque, como tu decías, cuando esto se elaboró, en los años pasados, hubo algún nexo, hubo alguna participación política, pero no se llegó a tener un trabajo de promoción, de discusión y de intercambio; ni legislativo, y yo diría que a nivel social muy poco. Entonces, para sintetizar un poco, no quiero seguir hablando yo pero me parece importante decir una cuestión que tiene que ver con lo que ustedes se planteaban en relación a las denominaciones. Ustedes decían: ¿hablar de salud mental o hablar de locura? Fíjense que la ley vigente actualmente, la ley 9581, del año 1936, que es lo que jurídicamente tiene que ver con los tratamientos de salud mental, lo que hizo en aquel momento es organizar la asistencia según lo que existía en el año 36 y la ley establece organizar la asistencia de psicópatas. O sea, que en aquel momento la denominación, todavía, yo diría, era mucho más estigmatizante no? A lo que voy es que, las formas de denominación, siempre tienen un sentido, siempre tienen un significado, y me parece muy importante también esta discusión que ustedes se están dando acerca de bueno en definitiva, como ustedes se quieren denominar, no? O sea, más allá de las denominaciones que históricamente, en función de los contextos y demás, se puedan establecer.

E: Justamente, uno de los contenidos de la ley es el derecho a no ser estigmatizado ni discriminado, entonces de alguna manera está bueno que se cambie ese término con tantas connotaciones negativas cuando uno lo escucha a vuelo de pájaro. Yo quería de repente...nos está quedando poco tiempo... preguntarte algo sobre un punto de la ley: es sobre el uso de políticas de salud mental para el control social. Hay una parte de la ley en la que dice que se prohíbe que el estado o el gobierno a través del estado utilice las políticas de salud mental para el control social, ¿qué concepto de control social manejaron, se manejó por parte de la comisión al elaborar ese texto?

N: Bueno, este es otro aspecto fundamental porque cuando leemos o cuando escuchamos las fundamentaciones de las internaciones involuntarias o la aplicación de ciertos tratamientos, lo que muchas veces sostiene esto, es una construcción social de peligrosidad que debe ser absolutamente eliminada, es decir que debe eliminarse la asociación entre peligrosidad y locura o peligrosidad y enfermedad mental. Todo lo que tiene que ver con muchos años de articulación jurídica sanitaria en las internaciones involuntarias han estado basadas en la concepción de la peligrosidad, de que el loco es peligroso, de que el enfermo mental es peligroso. Y esto debe ser total y absolutamente eliminado, es más, esto creo que, 5ha sido un avance en cuanto a la eliminación de lo que tiene que ver con la fundamentación para una internación involuntaria que siempre está planteada en términos cortos, cuando no hay absolutamente ninguna otra solución y que debe siempre ser decidida y con garantías. Decidida muchas veces y el enfoque es interdisciplinario, o sea que el abordaje debe ser interdisciplinario y debe estar garantizado. Debe estar garantizado el trato, debe estar garantizado que la atención realmente se desarrolle en condiciones adecuadas. Ahora, para que la atención se desarrolle en condiciones adecuadas tienen que haber dispositivos de atención adecuados que son los que muchas veces carecemos; ahora, vuelvo un poco a los aspectos de la ley, creo que a nivel internacional y en los últimos años se ha avanzado en quitar la noción de peligrosidad, es más muchas veces uno tendría que preguntarse si el que está en peligro en todo caso, no es la persona con padecimiento, o el loco, frente a una sociedad que es total y absolutamente violenta muchas veces hacia la diversidad, hacia la diferencia, que es excluyente, que no integra...entonces, habría que pensar si la peligrosidad no es de la sociedad hacia aquel que es diferente o que se ubica desde otro lugar. Ahora, este es un aspecto fundamental...en esto han habido avances; hoy día por ejemplo en lo que son las normativas ya no se habla de peligrosidad, es decir, se habla en otros términos. Ahora, socialmente, yo creo que como ustedes bien decían hoy, se mantiene la estigmatización y la asociación entre la peligrosidad y la locura o la peligrosidad y la enfermedad mental. Bueno, yo creo que eso es algo que hay que erradicar digamos, y yo creo que el trabajo que ustedes hacen o el trabajo incluso que se hace desde el hospital en otros dispositivos, como pueden ser algunos abordajes del centro diurno, o algunos abordajes que hacen compañeros y compañeras que trabajan aún dentro del hospital son muy importantes en ese sentido y la verdad que yo creo que constituyen el germen de los dispositivos sustitutivos, alternativos, que hay que seguir produciendo para que entonces hayan otras posibilidades de vivir, básicamente.

Intervención (Cecilia): Yo quería agregar porque me acaba de pasar algo, les quería contar...pero tiene que ver con esto, porque, para que esas cosas pasen como vos decías, también tiene que haber vigilancia sobre eso no? Y me parece que en este caso poder siempre que estos temas estén en el tapete quiere decir que uno hace un seguimiento de los mismos no? Invita a la gente, le pregunta, le cuestiona, le puede dar también alguna propuesta para llevar adelante verdad? Pero bueno, tiene que ver con esto que decía Nelson hoy, que me parece que es el derecho a participar, que es parte de este nuevo también paradigma. La anécdota es que recién viene un guardia y me dice: "Esto no tendría que existir, esto es un disparate...que estén los mismos pacientes tomando y opinando sobre esto es un disparate...si yo fuera el director del hospital los echaría del hospital o los pondría bien lejos en el fondo para que no molesten..." Digo esto, porque ésta ha sido una lucha constante de Vilardevoz y de todos los grupos que han querido trabajar en el Vilardebó, con más o menor apertura, como bien dice Nelson, que creo que es uno de los grandes avances que hemos tenido. Pero me parece que poder luchar porque se escuche la voz, por participar y por incidir en este tipo de propuestas, es una de las cosas que está buena que nos comprometamos a seguir haciendo, y que cada vez vamos a ser más, porque me parece que también en estos últimos tiempos hemos podido estrechar con más compañeros que están con las mismas preocupaciones para bueno...capaz que entre muchos somos más escuchados.

E: Otro de los contenidos de la ley que está relacionado con esto que sucedió, tiene que ver con las condiciones de higiene, de vestimenta, de alimentación de las personas cuando son internadas en establecimientos psiquiátricos y bueno yo invito a este guardia a que escuche la entrevista que vamos a tener luego de unos minutos con Marcelo Camps que estuvo internado en un hospital psiquiátrico en Barcelona y que nos va a contar las abismales diferencias que existen entre un hospital que cuenta con los recursos y los dispositivos para conservar la dignidad humana del paciente psiquiátrico y los hospitales que no.

Agradecimiento a Nelson y despedida.

Entrevista realizada a Cristina Antúnez

C: Cristina Antúnez.

E: entrevistador (Diego Pl.).

H: Heber.

E: Cristina Antúnez nos está visitando en este sábado 13, de buena suerte, en este día hermoso, ha venido a los estudios de Radio Vilardevoz, y ella es psicóloga, licenciada en psicología y es coordinadora o ha sido coordinadora de la Comisión redactora del anteproyecto de salud mental que Radio Vilardevoz en su campaña Rompiendo el Silencio que comenzó ya de hecho con la visita a Nueva Palmira y mucho antes, uno de los pilares o uno de los ejes, de los objetivos de la campaña es apoyar este anteproyecto de ley porque resume un montón de proclamas o de reivindicaciones históricas de la radio. Bueno, la idea es un poco interiorizarnos de en que está este anteproyecto y cuáles son sus posibilidades. Buenos días Heber, le paso la palabra.

H: Buenos días señora psicóloga, coordinadora. Para empezar, la primera pregunta, ¿quiénes participaron en esta comisión?

C: Bueno Heber, yo te digo los redactores de la actualidad de este anteproyecto hemos sido: el doctor Antonio Aguirre, psiquiatra, inspector general de psicópatas con su despacho en el ministerio de salud pública; quien les habla Cristina Antúnez-Maciel es mi apellido paterno compuesto; la licenciada Cecilia Arosamena, psicóloga, delegada de facultad de psicología de la universidad Católica del Uruguay; la licenciada en enfermería María Celia Celai, ex directora de la escuela universitaria de Scosería; la licenciada en psicología y en enfermería René del Castillo que fue la anterior directora del programa de salud mental del ministerio de salud pública; el licenciado en psicología, colega, Nelson de León, delegado de la facultad de psicología de la universidad de la república; la doctora Sonia Domine, abogada, por el colegio de abogados, coordinadora de la comisión de derechos humanos del colegio de abogados; la doctora María Judith Kakut, investigadora en facultad de psicología, ella es abogada; el doctor Daniel Larrosa, psiquiatra, director de Villa Carmen y el director también del instituto de las pericias psiquiátricas, el doctor Ariel Montalbán, que fue director en el hospital Maciel y hoy es adjunto al programa de salud mental en ASSE y el doctor en abogacía Mauricio Núñez, que trabaja en la intendencia, fue

asesor del diputado Álvarez, actualmente el señor Álvarez es el director del Ministerio de educación y cultura y finalmente también integró esta comisión el señor Homero Peyrot, en representación de los familiares de usuarios y como presidente de la comisión asesora técnica permanente del Ministerio de salud pública. Esos somos los autores realmente, que nos ha llevado mucho trabajo realizar este anteproyecto, que no consta solamente de dos capítulos, como lo dijo el actual director del programa de salud mental, el sábado pasado, mi colega Tenenbaum, tiene más capítulos que dos, dos es lo que se publicó en esta revista de psicología de la coordinadora de psicólogos, pero aquí mismo remitía a que se fuera a la página web para conocer el resto de los capítulos y artículos publicados.

E: ¿Cuál es esa página web, para que los que escuchan o los que estemos interesados podamos tener acceso a esos otros capítulos trabajados?

C: www.psicólogos.org.uy, acá en esta publicación de octubre del 2009, publicamos el primer capítulo, el inicio del segundo capítulo y decíamos acá los invitamos a la lectura del articulado completo y la bibliografía del anteproyecto de ley en el sitio web de CPU, de coordinadora de psicólogos del Uruguay.

E: Te queríamos contar Cristina que cuando estuvimos en Nueva Palmira, tuvimos la oportunidad de conversar con el director del centro de salud del hospital de Nueva Palmira y no sabía nada del anteproyecto, pero lo leyó, le pareció muy bueno y también se llevó un CD con la entrevista que se le hizo a Nelson de León, que fue otro de los redactores de este anteproyecto de ley, o sea que en lo que nosotros llamamos desembarcos que son viajes a otros lugares estamos llevando el anteproyecto de ley y lo estamos difundiendo, lo estamos conversando porque creemos que siendo la salud mental un tema de todos, creo que todos tenemos que formarnos una buena opinión y por eso decíamos que apoyar este anteproyecto es uno de los ejes de la campaña. Ahora, tú mencionaste psiquiatras, psicólogos, abogados, representantes de familiares, ¿qué pasa con los usuarios de salud mental? si se volviera a instaurar la comisión redactora del anteproyecto, ¿podrían participar usuarios?

C: Considero que obviamente los usuarios tienen que tener un lugar prínceps en esta Comisión, de hecho Marco asistió a alguna de las reuniones durante la dirección de la licenciada en psicología y enfermería René del Castillo y considero que, sin dudas, ustedes tienen que solicitar al nuevo director, al colega y psicoanalista Heber

Tenenbaum, el reingreso en esta comisión porque sin duda creo que son de las pocas cosas que puedo decir con total veracidad, los técnicos tenemos mucho que decir pero ustedes tienen tanto o más sabremos y sin duda es un lugar que a nivel no solo nacional, internacional, la convención internacional de los derechos de los discapacitados de la ONU que está ratificada por Uruguay, o sea, sin duda, tienen que estar, tienen que integrar esta comisión.

H: Por lo que usted dijo, esta comisión en este momento no está funcionando, ¿cuáles son las razones por las cuales no sigue en funciones?

C: Bueno, yo quería antes de contestar esta pregunta, el por qué del silencio de esta comisión, yo quería contarles que soy coordinadora desde noviembre del año 2006 y me desempeñé como tal hasta el 8 de setiembre del año 2009. O sea, funcionamos el 2006, 2007 al 2008, dos años y medio aproximadamente; pero antes yo entré a esta comisión cuando llegó la invitación cuando entonces era director del programa de salud mental el doctor Ángel Gines. Esta comisión se creó bajo la dirección del programa de salud mental del ministerio de salud pública del psiquiatra, doctor Ángel Ginés. Yo entré de delegada de coordinadora de psicólogos y la entonces coordinadora de esta comisión era la médica legista María del Carmen Curbelo quien después de un tiempo no pudo continuar en la coordinación y me solicitó que yo quedase bajo de coordinación de esta comisión, lo que mucho agradezco tanto a María del Carmen Curbelo que me sugirió como a René del Castillo que aceptó que yo asumiese esta coordinación. Trabajamos muy buenamente todos estos años, muy buenamente quiero decir con respeto inter disciplinario, no sin dificultades pero en un buen diálogo entre todos los que integrábamos la comisión y en setiembre lamentablemente, bueno tengo que nombrarlo...yo no tengo espíritu acá de crear disensos sino al contrario de crear consensos, pero bueno, tuvimos una dificultad con la sociedad de psiquiatría, no...quizá estoy cometiendo error en hablar a nivel institucional sino con la persona, del doctor Vicente Pardo que vino invitado a la comisión, participó de algunas reuniones y después hizo declaraciones un tanto críticas que realmente desarticularon un poco la comisión.

E: ¿Opuestas al espíritu del anteproyecto de alguna manera?

C: Exactamente. Después hubieron problemas, además de esto que generó un malestar en el grupo y que decidimos dejar un tanto, para meditar un poco como

íbamos a seguir, igualmente nos reunimos, elaboramos un acta que realmente es una joya, que yo voy a acercarle al licenciado Tenenbaum, nos reunimos prácticamente todos, firmamos un acta donde declaramos que queremos seguir trabajando en este anteproyecto, que solamente lo que decidimos hacer fue un impasse. Después les cuento que yo también pasé por una situación personal, tengo la alegría de poder compartir que sí padecí un cáncer de mama hoy curado, entonces tuve que también tomarme el tiempo necesario para curar este mal tomado felizmente a tiempo. Después hubieron cambios en la dirección del programa de salud mental, vino la dirección del doctor Valdez, con quien dialogué, estuvimos hablando de reanudar la comisión, después vino la inquietud del ministro Olesker, que mucho aplaudimos desde coordinadora de psicólogos de poner prestaciones de salud mental, prestaciones psicológicas en el sistema nacional integrado de salud, entonces coordinadora también entendió, junto con el doctor Valdez que era necesario cargar todas las pilas sobre el tema de las prestaciones psicológicas que se inician ahora en setiembre supongo yo ya de este año, y dejar el tema del anteproyecto un poquito de lado para realmente tanto los directivos del ministerio de salud pública como nuestro gremio concentrarnos más en las prestaciones psicológicas. Después Valdez se retira de la dirección, nombran ahora al colega Hebert Tenenbaum y hemos tenido muy buenos diálogos, yo le agradezco personalmente también que haya tenido la humanidad de haber venido aquí a dialogar con ustedes, le he escrito correos en donde le he expresado que tengo una muy buena impresión suya, me parece un hombre comprometido, mesurado, prudente, con una capacidad de diálogo amplia que va a permitir que esta comisión se reúna nuevamente con todos los actores que son necesarios para llevarla adelante hasta el fin.

PAUSA.

E: Y precisamente seguimos rompiendo el silencio con Cristina Antúnez, licenciada en psicología, coordinadora de la comisión redactora del anteproyecto de ley de salud mental, nos gustaría preguntarte o re preguntar algo que ya dijiste, que hay posibilidades concretas o hay una coyuntura favorable para que se vuelva a reunir la comisión redactora.

C: Sí, sin dudas, los autores hasta el momento de este anteproyecto, la mayoría de todos nosotros estamos dispuestos a continuar, esperamos ser citados por respeto al trabajo realizado, por el nuevo director del programa de salud mental y compartimos

en forma personal y también puedo hablar en nombre de coordinadora de psicólogos que es necesario la representatividad de todos los actores que tienen que ver con la salud mental, en particular algún representante de la sociedad de psiquiatría del Uruguay, de la facultad de psiquiatría de la Universidad de la República aunque ésta comisión, como ya lo dije al inicio, no careció de psiquiatras integrantes de la comisión. Hemos tenido a lo largo del proceso tres médicos psiquiatras: el doctor Antonio Aguirre, el doctor Daniel Larrosa y el doctor Ariel Montalbán en los últimos tiempos. Pero creo que tiene razón el licenciado Tenenbaum y comparto y le va a dar solidez social, peso político, el hecho de que se integren nuevos representantes de instituciones, de gremios, en los que nosotros también en las últimas reuniones solicitábamos representantes del poder judicial, queríamos la posibilidad de tener en la comisión también un juez civil y un juez penal; vamos a ver si eso lo podemos lograr.

E: Una de las cosas que dijo Tenenbaum y creo que es muy importante, es que este anteproyecto debe convertirse en un proyecto de ley y pasar por las etapas legislativas, imaginemos que se aprueba, el poder ejecutivo lo avala y entra en vigencia, pero si no hay un consenso previo entre los que van a tener que cumplir o hacer cumplir o que tienen en sus manos el cumplir o no la ley, si no hay un consenso previo entre psicólogos, psiquiatras y otros actores y sobre todo también los usuarios, supongo que somos los que conocemos lo bueno y lo malo del sistema de salud mental, si no existe ese consenso pueden pasar cosas como las que están ocurriendo en Argentina, Argentina tiene una muy buena ley de salud mental, pero por ejemplo en el Borda, el hospital psiquiátrico Borda, no sé si sigue esa situación, hace meses, es lo último que sabemos, están sin gas en pleno invierno, cientos de personas. Entonces la pregunta sería, ¿qué organizaciones, sectores sociales y/o políticos necesitan apoyar y estar de acuerdo con este anteproyecto, no solo para que se convierta en ley sino que para que una vez sancionado se cumpla? ¿No sé si compartís esa visión del trabajo de activismo que hay que hacer para lograr eso?

C: Creo que ya lo hemos dicho pero lo reiteramos; el soporte tiene que venir de la mayor globalidad de involucrados en el tema de salud mental. Vamos a nombrarlos en primer lugar a ustedes, ya que estamos en Radio Vilardevoz, y en este programa que los felicito; bueno, los usuarios y sus organizaciones, los familiares de usuarios, los técnicos entre los cuales obviamente tenemos que estar representados los psicólogos y el gremio que represento, los médicos psiquiatras, probablemente podríamos pensar también en la bondad de que nuevamente pudiéramos contar con algún médico

legista, el equipo interdisciplinario en más amplitud incluyendo enfermería y trabajo social, licenciado en trabajo social, y después todos los que quieran colaborar y apoyar bienvenidos son, creo que tenemos que tender a una amplitud más allá de títulos, cuantas más voluntades y más donación de tiempo social, digo porque todo esto nosotros lo hemos hecho en forma honoraria, por vocación a la profesión a la que nos hemos dedicado. Cuantos más actores quieran trabajar bienvenidos sean y pienso que sí, que estamos en un tiempo oportuno, que el licenciado Tenenbaum se ha tomado el tiempo de no citar rápidamente a esta comisión y cuando lo hagamos yo auguro un buen trabajo porque tenemos muchos capítulos ya publicados y terminados, falta esencialmente el tema de las internaciones como un nudo clave del tema de esta ley pero ya lo tenemos redactado por el doctor Daniel Larrosa, que lo tenemos estudiado y trabajado buenamente la doctora Kakut y yo personalmente, es cuestión de retomarlo; el doctor Aguirre también presentó un documento que son los capítulos 6, 7 y 8, modificaciones a la actual ley del psicópata; o sea, hay material, no falta tanto, lo importante es retomar el buen diálogo que supimos tener dentro de esta comisión a pesar de las diferentes profesiones, de las diferentes visiones, supimos intercambiar con altura, con la mirada de cada cual y lograr aprobación de consenso; todo lo que está publicado fue aprobado por consenso interdisciplinario.

H: Una inquietud que siempre tuve: este anteproyecto escrito está muy lindo, estamos todos de acuerdo en él, pero acá falta alguien que coordine todo esto que dice la ley, porque si no lo dice la ley, esto después no lo hace nadie, le digo por experiencia propia en la ley de radios comunitarias que tenemos ese problema, si no dice la ley que tal organismo, tal ministerio o tales ministerios tienen que trabajar en forma conjunta, por más que se reglamente después, esto queda en el papel y nadie hace nada; entonces los pacientes y los usuarios siguen en la eterna espera de que alguien se haga cargo de coordinar por qué o cómo está el paciente, qué hace cuando sale de alta, si va a la calle, si tiene alguna casa alternativa o si tiene algún familiar que se haga cargo; no hay nadie, es decir, dicho en este proyecto, que coordine eso entre los ministerios, porque acá están involucrados no sólo el de salud pública, el MIDES y el Ministerio de trabajo y seguridad social y alguno otro más...y el de vivienda...y el de educación y cultura...con más razón, hay como 4 o 5 ministerios que están involucrados en este proyecto, pero si la ley no dice el Ministerio tal o una comisión tal, se encargará de coordinar todos los aspectos de lo que dice esta ley, esto queda en un simple papel.

E: ¿Está prevista que en la ley misma se establezca una obligatoriedad de coordinación entre ministerios, más allá de las administraciones?

C: No todavía con esa claridad en el estado actual de este anteproyecto aun no hemos puesto la necesaria relación inter-ministerial, que debe haber. Es imprescindible, sin duda; pero sí elaboramos una comisión interdisciplinaria que sería la responsable del seguimiento de la ley, o sea que sí tenemos previsto que haya un órgano de control y también lo que ya es una exigencia internacional, un órgano de revisión, o sea, así como actualmente tenemos un inspector de psicópatas que es el doctor Antonio Aguirre que está en el Ministerio de salud pública, que está a la defensa de los usuarios, nosotros concebimos un órgano colegiado, porque una persona sola para todo el país es realmente imposible, que realmente sea un órgano de control de que esta ley se cumpla. Sí lo tenemos previsto, probablemente tengamos que redactarlo quizás un tanto mejor, pero sin duda sí, no queremos una ley que quede escondida en un cajón de un escritorio.

H: La ley después choca con la realidad que es otra cosa distinta a tenerla escrita en un papel...

E: Para cerrar, dejamos una pregunta que nosotros como pacientes lo hemos vivido en carne propia y queríamos saber si se trató en la comisión redactora el tema de los electroshock o micronarcosis, como quiera llamársele, si se trató ese tema en la comisión redactora y cuáles fueron las posiciones de psicólogos, de psiquiatras sobretodo que son los que están relacionados más directamente con lo que es salud mental porque de repente un abogado no tiene la idoneidad para emitir un juicio sobre eso, sobre esa terapéutica; y esta pregunta viene porque la Radio Vilardevoz sabe que en Italia por ejemplo, gracias a la ley Basaglia, no hay instituciones totales ni electroshock, en Brasil, ayer unos estudiantes del congreso latinoamericano nos contaban que la reforma psiquiátrica de Brasil eliminó las micronarcosis, y nosotros hemos visto compañeros muy deteriorados en muchos aspectos por tener 20, 30, 40, 50 micronarcosis en diferentes internaciones. Nosotros tenemos nuestra posición pero queremos saber si se manejó en la comisión de la ley.

C: Claro, como todavía no hemos entrado al tema propiamente de las internaciones en forma detenida, contamos con éste, como les acabo de decir, documento preliminar del doctor Larrosa que ha hecho un muy concienzudo aporte y articulado de lo que

podría llegar a ser la nueva ley respecto a las internaciones, entonces el tema del electroshock sí en algún momento se comentó, se habló, pero aun no hemos llegado a una definición; puedo adelantarte que es comprensible que los médicos psiquiatras formados en Uruguay tengan una opinión un tanto más favorable a la continuidad de esta técnica y adelanto que obviamente nosotros los psicólogos, por creer en los procesos emocionales y mentales, estamos un poco más contrarios a la continuación de la utilización de esta técnica, sobre todo como recurso habitual, o sea en el caso último, éste es un último recurso quirúrgico, pero no puede ser utilizado, en nuestra opinión en general en nuestro gremio, como recurso de primera instancia; así que veremos. En Argentina, la ley del doctor Cohen, que también yo agradezco al doctor Cohen y colaboradores por supuesto, en la provincia de Río Negro también hace muchísimos años que se eliminó el electroshock; es el actual asesor, subdirector regional en salud mental de la OPS, el doctor Cohen ha apoyado mucho el anteproyecto y veremos cómo evolucionamos todos en este tema, ojalá creemos entre todos un tratamiento cada vez más positivo, y no solo un tratamiento sino la prevención, la prevención es muy básica y es donde tenemos que anclar mucho y nosotros tenemos capítulos redactados sobre prevención y llegado el tratamiento, ojalá avancemos en el siglo veintiuno hacia un tratamiento el menos invasivo posible y el más comunitario posible, en forma inversa.

Intervención (Cecilia): Cristina, te quería contar y ya que estás con el libro de Amarante "Locos por la vida" en la mesa, que cuando estuvimos por Madres nos lo trajimos, por suerte Vilardevoz ha participado en los congresos de madres de plaza de mayo y hemos conocido otras experiencias de radios en Latinoamérica, además tuvimos la posibilidad de estar en Córdoba ahora hace poquito con los compañeros también de Radio Los inestables, y una de las cosas que nos marcaban era su asombro porque todavía existiera el electroshock en Uruguay y el sábado pasado si estabas escuchando estuvo un compañero de Brasil que también han tenido una fuerte reforma desmanicomializadora hace unos años, también asombradísimo, que además se fue, no solo asombrado se fue conmovido; y me parece que va a ser uno de los....bueno, por algo también es uno de los capítulos que está sin escribir y me parece que son de esas cosas significativas. Me parece que lo que está bueno es poner el tema en el tapete, seguirlo discutiendo y mi pregunta era ¿con quién te parece que nosotros tendríamos que poder seguir conversando e invitando a Vilardevoz a estas mesas? Porque me parece que hay un nudo problemático acá con los psiquiatras que ya lo marcaba Tenenbaum, vos lo vuelves a plantear, hemos tenido

algunas visitas, por ejemplo de Miguel Valmaggia por acá que una de las cosas que nos estuvo conversando la del congreso este año de la sociedad de psiquiatría y que él iba a presentar algo en relación a los derechos humanos de los usuarios de salud mental, ¿a quién te parece vos que es digno de estar en esta mesa con nosotros?

C: Yo considero que el próximo invitado innegable es el inspector de psicópatas, el doctor Antonio Aguirre, creo que deberían invitarlo, es una persona muy amable, tiene un cargo al que se debe, por lo tanto considero que es a quien deberían invitar en primer lugar. Tuvieron la invitación del licenciado Tenenbaum, actual director, quizás puedan invitar a la licenciada René del Castillo, con la que tanto trabajamos, que es actualmente adjunta subdirectora de salud mental de ASSE, del Ministerio de salud pública, el doctor Ariel Montalbán, también sin dudas, que también está adjunto a esa dirección de ASSE en salud mental, la doctora Kakut, como abogada, la doctora Sonia Domine, el presidente de la comisión asesora técnica permanente, el señor Homero Peyrot, como representante de los familiares, en fin, hay que seguir llamando, hay que seguir insistiendo, y bueno, en esta lucha de la que no debemos claudicar, vamos a llegar adonde anhelamos todos. Miren acá yo estoy con el manual de recursos de la OMS, de la organización mundial de la salud, sobre salud mental, sobre el tema de la terapia electro convulsiva, les voy a leer un minuto lo que dice este manual de recursos para la legislación en el mundo, las recomendaciones que nos hace la organización mundial de la salud con respecto a este tema particular, dice: “Aunque existe una considerable controversia alrededor de la terapia electro convulsiva, la TEC, y alguna gente cree que debería ser abolida, lo cierto es que ha sido y sigue siendo usada en muchos países para ciertos trastornos mentales. De emplearse la TEC, solo debe administrarse, previa obtención del consentimiento informado y en su forma modificada, es decir, con el uso de anestesia y relajantes musculares. La práctica de la TEC no modificada debe interrumpirse.” Esto es un manual de recursos del año 6, me parece que está publicado en el año 6...bueno, es un tema de mucha controversia y en el caso quirúrgico, como les decía, de aceptar, debe ser bajo la obtención del consentimiento informado y con anestesia y relajantes musculares sin duda.

PAUSA.

Intervención (Cecilia): Seguimos en la fono platea de Radio Vilardevoz 95.1 en directo, nuestra invitada de hoy Cristina Antúnez con la que estamos viendo todos estos aspectos del anteproyecto de la ley, como fue armado, los capítulos que hay y

construyendo hacia el futuro y tenemos ahora las preguntas de los participantes de Vilardevoz que están muy inquietos...

Intervención (Mauricio): Licenciada me quedé muy claro y creo que en mi experiencia personal, el tema de la formación de psiquiatras y la formación de psicólogos tiene que cambiar, tiene que cambiar claramente; a mí me atendió en el Villa Carmen un grado 5 de la Universidad Católica, me vio dos veces y ya me quería hacer electroshock, ni me conocía, no vio la historia clínica mía no vio nada, y ya me quería hacer electroshock, y creo que también hay que cambiar porque creo que, me pasa acá, nos pasa en Radio Vilardevoz, me pasa un montón de jóvenes estudiantes de facultad de psicología que están trabajando acá en el hospital, como que luchan contra la dirección, como quieren de la forma que a ellos les parece, quieren trabajar de la forma mejor, más terapéutica y más sana posible pero les dan directivas y cosas que a ellos no les parece que estén bien y creo que debería de cambiar la cabeza y la forma de aplicar la medicina acá en Uruguay, creo que hay muchas terapias alternativas también que son muy buenas, el Reiki, el Tai-chi, el Yoga, cosas que no te curan pero son complementarias...se está aplicando también porque acá en el hospital se hace Chicun, de a poquito están entrando pero le dan como una resistencia a todo ese tipo de terapias, porque ellos quieren medicación, medicación porque gana el laboratorio, se entiende?

C: Decir mínimamente que estoy completamente de acuerdo contigo de que la formación de los técnicos tiene que ser la más actual posible y la más humanitaria en beneficio de lo que en las éticas de nuestras profesiones decimos, o sea atender lo mejor posible a las personas, entonces si los métodos con los cuales se están atendiendo no hacen bien es tiempo de que los revisemos y que los estudiantes y bueno, la formación continua de los técnicos haga la necesidad de realmente estar actualizados y también tener apertura en una ciencia que no sea solamente exacta porque nuestras ciencias humanas no lo son, y si algunas otras técnicas de las que tu has nombrado, yoga... todo lo que pueda ser beneficioso para la persona y que la persona lo desee, porque eso es lo clave, tiene que ser aceptado siempre que no sea contraproducente para sí mismo.

Intervención (Luis): No me quedó muy claro cuando explicó esa comisión que veo que va a ser muy importante, que va a vigilar que se cumpla la ley, los integrantes y la forma de trabajo por lo que decía Heber hoy, que no quede en los papeles.

C: Mirá Luis tenía un nombre tan largo porque no quisimos ponerle el clásico órgano de revisión que en otros países ha sido criticado precisamente en particular por los médicos, entonces le pusimos Comisión Supervisora de Derechos Humanos en Salud Mental, la CSDHSM, era tan largo que en el momento no me salió. Es una comisión supervisora de los derechos humanos de las personas, porque acá eliminamos el término paciente, en la ley, son personas, somos todos personas, personas que se atienden en salud mental. Yo quiero decir dos cositas, me alegra profundamente que el ex patronato del psicópata haya tenido un cambio de denominación, se llama ahora Centro de Rehabilitación Doctor Martínez Vizca, desde los primeros meses de este año y nosotros estamos luchando por este cambio de una ley que verdaderamente da vergüenza desde su denominación, es una ley de más de 70 años y que se llama asistencia de psicópatas, del año 36. Entonces que ya el centro de Recuperación haya podido hacer el trabajo de cambio, que tengamos en este momento una directora licenciada en psicología también es un orgullo, y quiero decir simplemente que en el Congreso de Psiquiatría Mundial que se va a realizar en Bs. As. Del 16 al 18 de setiembre, cruzando el charco, lamentablemente yo en forma personal no puedo asistir, va a haber un simposio por ejemplo, yo estuve mirando la programación, el día lunes, un Simposio del cambio de legislación en Europa del este, van a presentar los cambios en la legislación que ha producido Rusia, que ha producido Georgia, que ha producido Armenia y bueno Sudamérica tenemos ya la ley de Bs. As., la de Brasil; realmente estamos en un contexto yo diría mundial de cambio de legislación y de paradigma de atención y de órganos de revisión que sustenten estos cambios.

Agradecimientos y despedida.

Entrevista realizada a Hebert Tenenbaum

E: entrevistador (Heber).

M: Marco.

HT: Hebert Tenenbaum.

E: Estamos en Radio Vilardevoz 95.1 FM con el Director del Programa de Salud Mental, el psicólogo Hebert Tenenbaum, le damos los buenos días.

HT: Buenos días, un gusto estar entre ustedes y acá charlando con Marco antes de empezar.

M: Bueno, la verdad que es un placer convocarlo a esta mesa, esta radio tiene una tradición que es entrevistar a una determinada cantidad de personas al año para enriquecer lo que es este espacio de comunicación y acá tenemos al compañero Heber Morena que va a desarrollar la entrevista y me va a auxiliar en algunas cosas que vamos a conversar acá.

E: Es un debut, es mi primera entrevista en esta radio tan bonita. Bueno licenciado, empezamos? Primera pregunta: ¿Cuáles son los objetivos del Programa de salud mental?

HT: Bueno, el programa de salud mental sigue las líneas de lo que justamente se llamó Programa de Salud Mental que fue escrito y consensuado en el año 1986 a la salida de la dictadura, por todos los que tienen que ver con la salud mental, instituciones, un gran colectivo que organizó un programa con objetivos a cumplir. Algunos se han cumplido y muchos no, y es en lo que estamos. Las grandes líneas en este momento que estamos llevando adelante...o sea, vamos a empezar por lo primero, el Ministerio de Salud Pública ahora, desde que se hizo la reforma de salud y se dividió las funciones del Ministerio y las de ASSE, lo que tiene ahora el Ministerio como función es crear políticas, crear ideas y controlar que esas funcionen. El Ministerio no tiene la atención directa que depende de ASSE, entonces, en el campo de la salud mental, el objetivo más grande desde que yo estoy en el cargo, que es hace 8 meses y por lo cual el Ministro, hasta hace poco Daniel Olesker, me convocó es: introducir la atención en salud mental en todo el sistema nacional de salud, o sea que eso es lo que creemos que va a empezar en setiembre que es que lo que hasta

ahora era un deseo o un objetivo va a poder empezar a funcionar, que es que la atención en salud mental en el sistema nacional de salud no sea solo la atención psiquiátrica o la atención con medicación sino que se introducen una cantidad de lo que nosotros llamamos prestaciones para que las personas puedan tener una atención como tienen en otros campos de la salud, tanto en ASSE como en las mutualistas.

Ese es el gran objetivo con el que venimos trabajando estos meses que es complicado y que precisamos el apoyo de todos porque como ustedes saben el sistema mutual es parte del sistema nacional de salud pero es un sistema privado que entre sus fines está la ganancia y ellos todo lo que puedan ahorrar lo van a ahorrar, o sea que, si los usuarios, que son ustedes no reclaman por sus derechos, esto no va a funcionar. Otro de los objetivos que tenemos y en el que estamos trabajando es mejorar....nosotros creemos, como cree la mayoría de los que estamos en esto, que debemos terminar con el sistema de asilos o de manicomios como sistema de internación. Para eso creemos que hay que reforzar y fortalecer lo que llamamos las residencias en las casas de salud donde la gente pueda vivir y en lugares de otro tipo de funcionamiento, entonces estamos trabajando porque sabemos que en eso hay muchas residencias...en el Ministerio recibimos denuncias seguidas donde hay realmente lo que se hace es una explotación de los usuarios, donde se los trata muy mal, bueno lo que estamos intentando es hacer una normativa, un control y bueno después podría extenderme en eso, pero creemos que cambiar el sistema residencial es otra de las cosas fundamentales para que la atención mejore.

M: ¿Qué opinión le merece el anteproyecto de salud mental y qué posibilidades hay que entre la disposición parlamentaria?

HT: El anteproyecto me parece bueno. Te cuento, yo desde que llegué al cargo he estado en contacto con el anteproyecto de ley de salud mental, el tema es el siguiente: para que una ley salga, por lo menos es mi visión y creo que no es sólo la mía, tiene que tener una gran fuerza atrás a favor, es como un barco con viento a favor, para que el parlamento lo tome y lo apruebe porque sino como tú decís va a quedar en un cajón. El anteproyecto que está redactado me parece perfecto, yo lo comparto y podemos meternos después en detalles, el tema es que me parece que para que esto funcione en primer lugar tiene que estar respaldado por todos los actores que tienen que ver con la salud mental, o sea los actores que tienen que ver con la salud mental son: la Universidad de la república, los usuarios, los familiares, el Ministerio y dos corporaciones que tienen mucho peso y que tienen que ver y que son los psicólogos y

los psiquiatras. En Uruguay, por lo que yo me enteré porque el anteproyecto fue redactado en el período anterior, hubo algunas críticas de parte de los psiquiatras, y sobre todo me parece que ellos han quedado como previniéndose o como se dice comúnmente "abriendo el paraguas" por la ley que salió en Argentina. Entonces yo recibí, cuando fue el Congreso Uruguayo de Psiquiatría que me invitaron a alguna actividad, los psiquiatras tanto uruguayos como argentinos hablaban como en contra de una ley; entonces lo que yo he tratado de hacer en estos meses es conversar con ellos para incorporarlos a la Comisión que va a seguir funcionando...

E: ¿Y esa Comisión está funcionando ahora en la actualidad?

HT: La Comisión les adelanto...yo esta semana hablé con Cristina Antúnez que había coordinado la anterior comisión para que en setiembre vuelva a funcionar; y la Sociedad de Psiquiatría esta semana también casualmente antes de venir acá me comunicó que ellos van a participar de la Comisión.

E: Porque según tengo entendido participan un par de psiquiatras en esa Comisión no?

HT: Sí, la Comisión hace un año que no funciona, o sea, cuando yo llegué estaba el anteproyecto, pero la idea es que más allá de las personas, que estén representadas las corporaciones o los gremios. Entonces, lo que yo hice en estos meses es tratar de incorporar a la Sociedad de Psiquiatría que representa a los psiquiatras y yo creo que lo que ustedes, lo que todos tenemos que hacer es tratar de convencer a todos los actores de que la ley es buena, después hay que convencer al parlamento pero si nosotros vamos frente al parlamento con un proyecto unánime es una cosa, ahora si nosotros llegamos al parlamento como pasó en Argentina, un proyecto que tiene a todos los psiquiatras en contra, difícil que salga...en Argentina salió porque hubo una fuerza política, pero en Argentina tenía a los psiquiatras en contra.

E: ¿Y qué intereses tocaba esa ley para que los psiquiatras estuvieran en contra? Porque es un problema de intereses no?

HT: Si quieren yo les hago llegar la ley argentina que la tengo, me parece que el gran tema siempre es el tema de la internación, los psiquiatras se niegan a que otros actores que no sean psiquiatras controlen las internaciones. En Argentina en las

internaciones creo que interviene no sólo un psiquiatra sino algún otro profesional para decidir una internación, y el otro gran tema de discusión en Argentina es que la ley prohíbe toda internación que no sea en hospital general, prohíbe internaciones en hospitales psiquiátricos, o sea, está prohibido por ley, las nuevas internaciones no las anteriores. Entonces eso hace que los psiquiatras...bueno, habría que hablar con ellos, pero ellos se niegan a...incluso uno de los lemas de la ley argentina, yo tengo en el Ministerio un poster que me hicieron llegar que dice: "Internación 24 horas en hospital general", ese es uno de los grandes objetivos de la ley argentina: obligar a que las internaciones sean en hospital general.

Intervención (Cecilia): Eso está contemplado también en el anteproyecto. El tema ahora que estaban hablando de cómo hacer presión social para que el tema se vuelva a retomar y se ponga en discusión, le contábamos antes de pasar al aire en la 95.1 a Hebert que Vilardevoz está haciendo una campaña para promover la discusión del anteproyecto de salud mental y que por eso ahora están compañeros de Vilardevoz en Nueva Palmira, y bueno la campaña se llama "Rompiendo el silencio. Por una ley de salud mental justa, inclusiva y humanizadora."; e implica lo que nosotros llamamos desembarcos tomando la metáfora de la nave de los locos, caemos en algún lugar, esta vez es Nueva Palmira pero vamos a estar recorriendo, son 6 desembarcos en total que vamos a estar recorriendo el país un poco difundiendo el anteproyecto y ahora se me ocurría que una de las cosas para poder difundirla, pero yo no sé si es de interés del Ministerio o con quien se puede hablar, es en realidad tener copias del mismo texto, pero para eso se precisa financiación obviamente no?

M: Hay una cosa que se me ocurra acá, de repente no hay un interés manifiesto o la gente desconoce que existe el anteproyecto...

HT: Una aclaración, el anteproyecto no está terminado, tiene dos capítulos nomás, le faltan varios capítulos, por eso la Comisión se tiene que volver a reunir, sino iría al Parlamento, o sea, no está terminado, el anteproyecto, por lo menos el que está en el Ministerio, tiene dos capítulos y que en los dos capítulos todavía no se entró en el tema éste que hablábamos nosotros, que es el tema de la internación, cómo se hace, dónde se hace...ese capítulo que es el más importante, cuando se iba a discutir eso fue que se armó el lío con la sociedad de psiquiatría y hace un año que está interrumpido eso. Los capítulos que están redactados son muy importantes porque son los capítulos en donde se habla de los derechos y los derechos humanos que hay que

defender; son capítulos de principios digamos, pero lo que importa o por lo menos que nos debe importar a todos que es luego lo que hay que hacer en la práctica...

Una cosa que yo les quería decir es que esto, es mi visión porque yo estoy en un Ministerio de salud pero es político, es un cargo político, nosotros la experiencia que tenemos con el tema de la atención en salud mental, en Uruguay hace 100 años que los psicólogos, los psiquiatras, los enfermeros todos dicen que tiene que haber atención en salud mental en todo el sistema porque, ustedes saben que si ustedes precisan algún tipo de atención tienen que pagársela, atención que no sea psiquiátrica; entonces esto no sé 50, no sé cuántos años que todo el mundo lo decía...ahora tuvo que venir un Ministro político como fue Daniel Olesker y ponerse él con la bandera y convertirlo en un tema político...o sea, que el proyecto de ley que hagamos si no tiene, y en Argentina pasó lo mismo, hubo dos diputados que lideraron esto, si nosotros no logramos que haya actores políticos sea un ministro, un diputado, un senador, que lleve esto a la agenda política esto no...o sea los temas tienen que entrar en la agenda política, nosotros podemos reunir a todos los psicólogos y psiquiatras del Uruguay y decir algo pero si el tema no se convierte en político nunca va a salir la ley, en eso hay miles de ejemplos.

E: Acá en el colectivo hemos leído el anteproyecto y yo como ciudadano común como decía Hebert, me parece que le falta....escribir cosas lindas en un papel es fácil, después eso quién lo lleva a la práctica, tiene que haber alguien que coordine porque no es sólo el Ministerio de Salud Pública, me parece a mí que tienen que estar involucrados el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Desarrollo Social...pero ahí se dice todos tienen derecho a tener una salud digna, un salario digno...pero si no se responsabiliza alguien para que coordine, eso queda en la letra y después para llevarlo a la práctica...

HT: Las leyes tienen una reglamentación, si tienen que ver con salud pública el Ministerio la tendría que reglamentar.

E: Me parece que no hay coordinaciones con otros Ministerios para que lo que se dice en la ley después surja en la práctica, me parece, es una observación personal.

HT: Igual lo primero es ponernos de acuerdo en el proyecto de ley, o lo primero no, al mismo tiempo hay que tratar de introducirlo en la agenda política porque ésto ni existe en la agenda política.

PAUSA.

M: Una pregunta, ante este borrador, ¿cómo contempla salud pública el hecho de generar lugares o espacios como el funcionamiento de las casas de Casavalle y Chimborazo?

HT: Ese no es un tema de la ley, o yo creo que no hay que esperar por una ley, ese es otro problema, como decía Cecilia, para mejorar la atención no hay que esperar sólo por la ley, la ley lo que hace es, como toda ley, obliga y hace que nadie pueda salirse de ese marco pero nosotros tenemos que impulsar...en el tema de las residencias, ese es un gran debe, yo realmente reconozco que es un gran debe, lo que yo les decía hace un rato, lo que yo tengo la idea que hay que crear un sistema residencial público y privado. Hay que distinguir entre las residencias en las que la persona que vive precisa algún tipo de atención, o sea que sería como sustituto de lo que serían antiguamente los hospitales; de las residencias simplemente para vivir. En el tema de las residencias para vivir, ahora se está trabajando, y yo creo que con el cambio de Ministro en el MIDES esto va a tener más impulso, el Sistema Nacional de Cuidados, en ese sistema todas las personas que tienen algún tipo de discapacidad van a...es un proyecto que va a llevar tiempo pero yo creo que va a salir...van a tener de parte del estado se va a hacer cargo de ese cuidado, esto no quiere decir que lo cuide el estado, quiere decir que por ejemplo las residencias va a haber un sistema de residencias, y eso sería el tema del cuidado.

E: Y esas dos residencias que funcionan en Casavalle y en Chimborazo, ¿no cumplen esa finalidad?

HT: Cumplen esa finalidad. Entonces, lo que el sistema nacional de cuidados haría sería hacer que eso sea como un dispositivo que se pueda generalizar; ahora más allá de eso, yo creo que la idea es poder generar otras en el corto plazo. En eso, como decías tu hay que coordinar entre los ministerios porque es un tema que tiene que ver con salud pero tiene que ver con el MIDES mucho, y además las residencias dependen del MIDES. Y además de eso están las residencias privadas.

E: Pero las residencias privadas me supongo yo que no cumplen con el fin de estas dos porque su único fin es lucrar con el paciente.

HT: Las residencias privadas, yo no podría hablar por todas porque no las conozco, pero hay muchas que son como tu decís, que no sólo lucran sino que realmente hacen una explotación de la gente y en eso el tema que hay es que no hay...control hay, el Ministerio las controla todo el tiempo, el problema es que siempre están en el mismo dilema que es...todas las semanas me entero de situaciones entonces el dilema es que si las cierran qué hacemos con la gente, entonces lo que pasa cuando llega el extremo de cerrarlas es que la gente termina yendo a la colonia Etchepare. Entonces, es un tema muy delicado y creo que para mí es tan urgente o más que el de la ley porque ahí tenemos gente que está viviendo. Yo creo que uno de los temas es poder crear un sistema en que las residencias privadas hayan normas que las controlen, que hayan categorías...categorías quiere decir que el Ministerio diga las que cumplen con todas las normas, las que cumplen más o menos y las que no cumplen; entonces una persona cuando va, o un familiar, cuando va a llevar a alguien a una residencia lee esa lista y dice bueno, esta residencia cumple o cumple más o menos entonces ya sabe a qué se atiende.

E: Fuera de micrófono estábamos comentando la nota del diario El País del 3 de julio sobre la posibilidad del cierre de las colonias psiquiátricas, eso trae un problema complejo porque hay pacientes que son muy graves o muy agudos que no tienen dónde asistir, o dónde asistirse, o no tienen familia o está ahí dejado a su buena suerte.

HT: Sí, por eso yo decía que mientras no exista un sistema de casas, de residencias, que puedan ser alternativas para que la gente pueda ir, no se puede hacer efectivo porque sino lo que pasa es mucho peor que es lo que está pasando ahora que es la gente en situación de calle porque muchas veces en la colonia por la presión que hay se han dado altas pero no se le busca una solución alternativa. Por eso una cosa lleva a la otra, va todo junto, es una cadena, porque si no hay un sistema de residencias, de casas bueno tampoco puede pensarse en un cierre de la colonia.

M: Y, aparte de las casas de medio camino, ¿habría algún médico de familia que los atendiera, que los agrupara y que los consolara medianamente cada 15 días o una cosa así?

HT: Claro, el sistema de residencias tiene que haber varios tipos, uno como la que ustedes hablan de Casavalle y Chimborazo, donde la gente puede vivir bastante abiertamente, pero también se puede pensar en sistemas de residencias para personas que están, digamos, en una situación más aguda en las que precisen atención no sólo de médicos, sino de enfermería, de psicología, pero en que la persona viva en un medio más continente, más familiar, por un período breve. Yo creo que podemos tomar el modelo de algunas experiencias que hay con personas con adicciones que son muy buenas, por ejemplo hay una en Las Brujas que se llama Bienestar que coordina una psicóloga que se llama Lil Colona, es una vieja militante de derechos humanos, que justamente el otro día hablábamos, ellos internan ahí por máximo 6 meses, entonces hacen una experiencia de trabajo y también de atención de psicoterapia...entonces se pueden generar sistemas de residencias de ese tipo, donde la persona esté unos meses y donde pueda ser atendida más intensamente no como las de Casavalle y Chimborazo que es cuando la persona ya se puede mover en el mundo mejor. O sea, un sistema que contemple todas las posibilidades pero como hay en otros países, no estamos inventando nada, y que sea...al haber pocas personas viviendo en un lugar siempre la atención va a ser mejor.

M: Lo que me inquieta es ¿cómo se podría entender que se puedan organizar o depositar, perdón por el término, depositar un conjunto de problemas que portan estos enfermos con estas características, sin el control permanente no solamente a nivel de salud, sino también a nivel financiero de tal forma que se puedan vestir, que puedan comer, que puedan tener una vida más o menos racionalmente digna no?

Intervención (Cecilia): Yo los estaba escuchando y en esto de los modelos, en realidad me acordé del modelo, bueno italiano sí, y hay varias experiencias de des-internación, ni que hablar del proyecto Basaglia, pero además también de algunos otros proyectos que son en relación a estas experiencias autogestivas de vivienda y me parece que también está bueno, más allá de la internación, qué pasa después de la internación, que quería aportar que nosotros también en Vilardevoz hemos tenido una experiencia muy buena en relación a la contención, que a veces se deja de lado porque bueno, como no son fármacos y no es una cosa fácilmente administrable, que tiene que ver capaz con esto de la contención, del cariño, del poder entender, de poder a veces también normalizar algunas situaciones y no siempre patologizarlas. En un estudio que hicimos en Vilardevoz, el 80 % de la gente que participa en Vilardevoz, no se ha vuelto a internar, además de que le sale muy barato al sistema es muy bueno para las

personas, porque obviamente las internaciones hacen también que uno se cronifique más.

M: Además somos cariñosamente odiados.

Intervención (Cecilia): ¿Cómo es eso haber? Porque Tenenbaum no sabe que somos odiados.

M: Hay gente que normalmente nos quiere ver debajo de la tierra porque vos sabes que la crítica permanente y tenaz que ha tenido en las distintas administraciones la radio, a conspirado con determinadas cuestiones que afectaban el servicio del hospital. Entonces cada administración fue aportando una mejora edilicia o de lo que fuera y hemos llegado a donde estamos...vos te acordas donde nació la radio, cómo se desempeñó, cómo se fue desarrollando...

Intervención (Cecilia): Sí, hemos generado problemas, eso está bueno que han ido solucionándose también, porque en realidad también como sabrá obviamente Hebert, la situación locura-calle también tiene sus particularidades. Y una de ellas por ejemplo era, que al final la ganamos, esta cuestión de dónde se come; porque si estás de alta pero venís a hacer actividades de rehabilitación, no comíamos en el hospital; y un logro que me parece que fue muy importante es comer en el hospital, que después se enojaban algunos y decían pero esto no es un comedor público no? Si es un hospital...pero a veces también en estas cuestiones cuando uno anda lindando con pobreza, locura, calle y que no implica internación, implica sostén muchas veces para que la gente no vuelva a quebrarse y contención. Vamos a una breve pausa y venimos con todas las preguntas de la fonoplatea.

PAUSA.

Intervención (Natalia): Hola, mi nombre es Natalia, mucho gusto Hebert, yo realmente estaba escuchándolo y me gustaría saber qué posibilidades hay para la gente realmente, porque yo considero que en el hospital Vilardebó tanto hay cosas positivas, hay cosas muy buenas, está la huerta, están los espacios de la radio, está literatura, biblioteca; pero veo que también hay cierta negligencia, no sé si de los médicos en particular o en general, porque a veces a la gente no se la trata para mí de una manera humana, entiende lo que yo digo? Entonces es como decir una persona tiene

HIV y para qué la vamos a secar si total se va a morir no? Para qué la vamos a secar si le queda poca vida y la vestimos igual mojada y la dejamos descalza caminando por los pasillos porque no sabe ni para dónde va ni quién es, me entiende? Esas realidades de gente discapacitada que no sabe ni dónde está parada, que anda descalza, que por ejemplo que a mí me indigna...yo por ejemplo la otra vez a esta misma persona que la ayudé a bañarse, que le di un par de medias, la ayudé a taparse, durmió bárbaro, la tenían atada porque acá la gente obviamente a la gente que no acata las órdenes del hospital le ponen medidas de seguridad, que eso es una cosa que a mí me deja pensando...¿cómo lo ven ustedes todo esto? Hay muchas cosas positivas y hay muchas cosas que no me parece que están bien, a mí me da mucha bronca la negligencia que hay desde el punto de vista humano hacia los pacientes, porque si realmente se necesita personal o el personal no sirve...si no te gusta la enfermería dedícale a otra cosa, o sea, tiene que haber personal humano para ayudar a estas personas, no sé qué tipo de personal, de dónde, pero tiene que haber personal para que ayude a esta gente que no se vale por sí misma y no de esa manera tan dura y tan violenta que se ejerce. Muchas gracias.

M: Bueno, hay algunas cosas que son mejorables, algunas que se han mejorado y otras que están en el debe, pero de hecho las últimas quintas o sextas administraciones de este hospital han provocado una serie de cambios, no solamente en el orden edilicio sino en el orden humano y de la forma de administrar un hospital de agudos como es el Vilardebó que realmente cuando nosotros ingresamos por primera vez hace 12 años acá, en este hospital, realmente se transformó totalmente, cada administración aportó algo. Y en algunos lados la radio fue, por ejemplo, como el clavo en el zapato, el clavo que está salido y te pincha el pie, constantemente la opinión de la radio. Eso moviliza, movilizó, construir un hospital con un comedor excelente, con buena iluminación, con mesas y sillas y lugares adecuados donde la gente se puede sentar como si estuviera en su casa en su hogar, dignamente, limpio, con la comida caliente, se ha variado el menú, se han resuelto un montón de cosas. También hemos logrado cosas como la limpieza, el hecho de mantener los espacios físicos de este hospital y el estado de las personas. Esto no quiere decir que todo es hermoso y bello en el mundo, también tenemos defectos y retrasos y se están tratando de solucionar; no es poner palos dentro de la rueda del carro sino realmente saber contemplar con objetividad la realidad.

Intervención (Cecilia): A mí hay algo que me pareció bueno de lo que decía recién Hebert...cuando decía hay leyes que ya están y esas leyes hay que hacerlas mover y me hizo pensar que en Vilardevoz una de las cosas que pudimos hacer fue agarrarnos de la libertad de expresión y de comunicación para poder decir algo, por lo menos decir, porque me parece que por medio del decir uno empieza por un buen camino, luego hay que hacer todo un trabajo para sostener eso. Pero está bueno eso de a veces buscarle cuál es la ley o cuál es el articulito que nos puede ayudar mientras no haya otra cosa, porque sino entonces es excusa y no se hace nada mientras no está la ley.

HT: Sí, lo de la ley de discapacidad creo que es un tema que en general no se sabe, mucha gente no lo sabe, por ejemplo ustedes podrían invitar un día a Alberto de la Gata que es el coordinador del Programa Nacional de Discapacidad, que es el que tiene que ver con todo esto. Yo lo que quiero insistir es algo que dije al principio, que es que estamos en un momento en que se están empezando a gestar cambios y uno de esos cambios es que a partir de setiembre, octubre, la atención en salud mental va a ser obligatoria en todo el sistema, o sea que, cualquiera de ustedes además de poder recurrir a la atención que puede ser que siempre hayan recurrido en cualquier prestador, o sea en ASSE o en una mutualista, que es de un psiquiatra, van a tener otro tipo de atención como puede ser un grupo o un abordaje psicoterapéutico; eso va a ser obligatorio para todas las personas. Y me parece que es muy importante porque estamos tratando de que eso se ponga en marcha y que se cumpla, o sea que los que tienen que dar la atención la brinden.

Lo que decía Natalia, me parece que hay temas que van más allá del Ministerio o del MIDES, que tienen que ver con las personas y como hoy el compañero nombraba al presidente, yo creo que al presidente, José Mujica, insiste mucho en el tema del cambio de los valores y de que estamos en una sociedad donde se han desvirtuado muchos valores que tal vez los más veteranos conocíamos de antes como es la solidaridad, como es tener en cuenta al que está al lado...y ese es un trabajo que va más allá de los ministerios, que tiene que ver con la sociedad y poder hacer que estas cosas que contaba Natalia no pasen tiene que ver con los valores de cada uno, porque eso no hay ley ni reglamento que lo vaya a cambiar.

Agradecimientos y despedida.

Entrevista realizada a Angel Valmaggia

E: Entrevistador (Diego Pl.).

A: Angel Valmaggia.

E: Estamos con el Doctor Psiquiatra Angel Valmaggia que en el 2005, de marzo a diciembre, ocupó el cargo de director de la colonia Etchepare. Le informamos a la audiencia, vamos a hacer un poco de historia; la Colonia Dr. Bernardo Etchepare que se ubica en el dpto. de San José, en la localidad de Pueblo Nuevo, localidad de Capurro. Esta colonia fue creada en 1912, destinada a pacientes crónicos sin recursos y son apoyo familiar. Se estableció en un amplio predio de más de 300 hectáreas con pabellones bastante distantes entre sí y con grandes extensiones de campo. La idea era que ese terreno fuera trabajado y la misma colonia se auto-abasteciera con productos agrícolas y cárnicos, producto del trabajo de los internos. Fue creada, la colonia Etchepare, para descongestionar lo que era el Hospital Vilardebó.

No sé si recuerdan que surgió una denuncia del cura José Moreira en el 2010 sobre falta de higiene, de alimentación y carencia en los tratamientos que tuvo repercusiones en la opinión pública, los políticos a partir de eso se interiorizaron de la situación y admitieron un montón de carencias que tienen las colonias, pero no incluyeron eso en la agenda política y no se tomaron decisiones; si bien se invirtió 2 millones de dólares, si no me equivoco, en el gobierno de Tabaré Vázquez, para crear pabellones nuevos; el tema es mucho más complejo y para eso le agradecemos y le damos la bienvenida al Dr. Angel Valmaggia, a Radio Vilardevoz, que estuvo ahí, in situ, en el lugar y nos va a contar un poco de su experiencia. Buenos días.

A: Buenos días, a los vecinos del hospital Vilardebó, buenos días a los participantes de la fonoplatea, para mí ha sido muy grato venir acá, estar con ustedes y poder dar alguna opinión o alguna vivencia de lo que fue mi experiencia en la Colonia. Respecto a lo que tú decías de la denuncia del padre Moreira, yo pondría el acento en que esta es una denuncia del año pasado, pero que periódicamente aparecen denuncias sobre la situación de los pacientes en las colonias. Yo trabajé en el año 78 cuando me recibí de psiquiatra, durante 6 años, y tengo recortes de prensa desde esa época hasta ahora, que periódicamente aparecían denuncias de la situación de los pacientes de la colonia Etchepare. Es decir, esto como que fue más actual, más presente en esta nueva administración, creo que eso sería lo nuevo. Había salido en Brecha también

hace tiempo atrás una denuncia sobre 2 pacientes que habían muerto, que habían encontrado muertos en la colonia. Es decir que esto, esta denuncia del padre Moreira, no es algo nuevo, es algo que se viene repitiendo a través del tiempo.

E: Y, ¿hubo alguna repercusión política, alguna sensibilización, algún cambio por parte de las autoridades a lo largo del tiempo ante esa salida a la prensa de la realidad de las colonias?

A: Bueno, creo que siempre que pasan estas cosas, hay algún cambio, se interesan, pero me parece a mí, es algo que desde el año 80 estamos haciendo un trabajo en cuanto a ¿por qué tiene que existir la colonia Etchepare? ¿A quién atiende la colonia Etchepare? Para mí es clarísimo de que la diferencia...yo trabajo en una mutualista, yo puedo decir con total certeza que en 30 años de atención en la mutualista, tendré 10 pacientes internados en casa de salud, ¿por qué en salud pública hay pacientes internados? El tema no es la enfermedad mental, yo creo que es la enfermedad mental más factores sociales. Yo creo que la pobreza o las dificultades económicas son uno de los factores...y la falta de apoyo familiar. Se juntan varios motivos, de los cuales la enfermedad mental, desde mi punto de vista, no es la principal. Es cierto que a veces hay pacientes que son muy agresivos, pero eso son muy poquitos; y en la colonia mismo, que hay 850 pacientes, hay 20 en esas situaciones, que tienen problema de conducta y que tienen de alguna manera estar contenidos, porque todos tenemos límites, los límites hay que ponerlos. Pero en la mayoría son problemas o porque no tienen vivienda o porque no tienen familia. Vemos acá mismo, acá hay muchos pacientes que no están viviendo acá, que están viviendo afuera, eso lo he percibido rápidamente. Entonces, que la enfermedad mental no es causa de la internación prolongada, esto para mí es central. Que la excusa, porque yo creo que es una excusa, de que no hay dinero, no es tal; es el cambio de modelo, que tú plantabas ahí algunas cosas que habías visto, lo fundamental. Porque si hay 2 millones y medio de dólares para reparar 2 pabellones para 50 pacientes, para mí...que no está mal, pero me parece que 2 millones y medios de dólares hubieran servido para hacer otras estructuras. Para mí está el ejemplo claro ahora que se puede hacer, que es la de Chimborazo y la de Casavalle, que son dos experiencias nuevas que tienden a ese cambio de modelo que para mí es el camino, yo creo que ese es el camino.

E: Yo vivo en el hogar Casavalle, y la verdad que puedo decir con conocimiento de causa que es un ejemplo de lo que es alternativas de justamente eso, de hacer la

transición de la internación a la re-inserción a la sociedad. Y por ejemplo en el hospital Vilardebó, hay pasantías laborales que permiten a personas que por casos de internaciones seguidas estuvieron 2, 3 años sin trabajar, pueden volver a adquirir los hábitos de trabajo, la disciplina laboral con apoyo, por ejemplo en la huerta del hospital Vilardebó, en la cocina del hospital Vilardebó, ahora, yo le preguntaría lo siguiente: ¿cuáles son las diferencias entre el modelo de atención del Vilardebó y el de la colonia Etchepare?

A: Sí, el Vilardebó es mucho más complejo que la colonia porque hay pacientes agudos, hay tareas de rehabilitación, hay este tipo de tareas que decís tu de trabajos como una primer inserción laboral fuera del hospital; en tanto que la colonia es para pacientes sobretudo que tienen carencias domiciliarias, carencias de recursos, y la otra cosa que me parece que siempre está como que van a la colonia a rehabilitarse y eso no es así. Es imposible rehabilitar a alguien que lo sacan de su medio. Para mí el tema pasa por los derechos humanos, acá creo que esto es central. La persona tiene que vivir de una forma lo menos restrictiva posible, entonces creo que es a ésto lo que se debe apuntar en un nuevo modelo. Yo he conocido el modelo italiano, me decía una vez en un congreso....yo por suerte he podido viajar bastante, porque he tenido en la sociedad de psiquiatría, he tenido actividades en la asociación latinoamericana de psiquiatría, entonces he viajado bastante a congresos...y una vez un italiano, ustedes saben que la reforma italiana del 78, en el 78 prohibió la existencia de ese tipo de establecimientos, una ley, que tienen que ser 15, 20 pacientes y no más de eso. Entonces, me decía un psiquiatra italiano, hablando conmigo: "A mí me gustaría conocer un asilo psiquiátrico." Cuando lo comento acá, me dice un psiquiatra muy amigo mío, muy buena persona, me dice: "¿Cómo puede ser psiquiatra sin conocer un asilo?" Para mí son dos paradigmas tan claros...¿por qué tiene que existir el asilo?

Intervención (Cecilia): Nosotros estuvimos hace dos años, bueno Luis y Marco tuvieron la posibilidad de ir por Vilardevoz, además de algunos del equipo, en el Encuentro Mundial de Radios Colifatas, que había compañeros de Italia que tienen una radio en un centro diurno que se llama Rete 180, en alusión a la ley, a la ley Basaglia; y una de las cosas que quedamos impactados ambos, porque era un encuentro de experiencias en Latinoamérica y experiencias en Europa. Los europeos quedaron totalmente "congelados" con la existencia de estos asilos, del modelos asilar, y realmente que además como fue en Argentina, el Borda es un monstruo al lado del Vilardebó y comparte cosas con la Etchepare. Y nosotros quedamos asombradísimos con la

riqueza material con que ellos contaban para su proceso de rehabilitación, cada participante de la radio, por ejemplo de Italia tenía su propia notebook para editar, para grabar, y vos decís bueno cuando nosotros lleguemos a eso vamos a estar bárbaro no? Está bueno esto que usted plantea del tema de dónde está centrado, porque a mí me parece que también los modelos a veces, donde están centrados nos dicen muchas cosas, porque una cosa es estar centrado en el paciente o en el usuario y otra cosa es en el médico, cambia el modelo, cambia el interés y cambia hacia donde nos desarrollamos.

A: Sí, sin duda y acá uniendo con mi experiencia en la colonia, también cambia por los funcionarios, por los médicos, por el personal, la actitud frente a la enfermedad mental y frente a la forma de tratamiento. La resistencia que despertaron allí nuestra función fueron enormes cuando, el tema era que decían que íbamos a cerrar la colonia, nosotros para nada podíamos cerrar porque no era esa nuestra tarea; nuestra tarea era atender a los pacientes que estaban allí adentro, queríamos mejorar las condiciones de vida de los pacientes que estaban allí adentro pero interpretaron como que nosotros íbamos a cerrar y eso para nada estaba ni en nuestras mentes ni en nuestras posibilidades, más allá de que pensáramos de que otro modelo es posible. Para mí, la excusa de lo económico es tremenda; un millón de dólares por mes cuesta la colonia Etchepare...un millón de dólares por mes, ese es el costo de mantenimiento de la colonia Etchepare. 800 funcionarios había cuando yo estaba y 850 pacientes, ahora hay 1040 funcionarios, por las declaraciones que he visto en la prensa han aumentado los funcionarios, y para mí estos funcionarios podrían ser mucho más útiles en la comunidad.

Intervención (Luis): Hay una pregunta acá, la incidencia que tienen los funcionarios en el funcionamiento de las colonias.

A: Lo cierto es que en cualquier lado que han habido reformas psiquiátricas han habido resistencias y eso no es el problema, porque resistencias hay en todo cambio; el tema es comprender de por qué es el cambio. Muchas veces, a mí que me encanta este tema, que aparte de psiquiatría hice el post grado de Salud Pública porque me parece que la transformación es un tema político, de política existencial que no es de psiquiatras ni de funcionarios sino que es de política; uno ve que las dificultades son enormes a nivel de funcionarios, a nivel de los médicos y a nivel de todo el mundo, para hacer cambios es muy difícil. Pero las experiencias que hay en otros lados

muestran que sí, que se pueden hacer cambios. Eso para mí me parece que es fundamental, y me parece que los que pensamos que esto se puede hacer no hemos sabido hacer comprender a otros.

E: Usted nos ponía el ejemplo de Costa Rica, ¿nos puede contar un poco a nosotros y a la audiencia lo que usted conoció en ese país?

A: Bueno, yo tuve el gusto de estar en Costa Rica en un Congreso Centroamericano y fui a visitar un hospital psiquiátrico que una de las diferencias más grandes que me pareció a mi que enfoca de una manera distinta el problema, es que el hospital psiquiátrico que fui dependía de previsión social, no dependía de salud pública. Es decir, me parece que eso era notable en el sentido que apuntaba a lo principal de lo del paciente, que son las dificultades económicas, no es la enfermedad; para mí eso es clarísimo, que no es la enfermedad lo que hace que tenga que estar internado, sino que son las condiciones culturales porque no tiene trabajo, porque se enferma y no puede trabajar, porque para la familia también es difícil a veces tener alguien que no trabaja en su casa.

E: Y el tema además nos contaba que no estaban en grandes pabellones hacinados o sobre poblados, sino que habían casas en las que habían 4 o 5 pacientes por casa.

A: Exactamente, en ese hospital, que era el más grande de Costa Rica, tenían 400 pacientes, era el más grande...400 pacientes, así que eran muy pocos pacientes y tenían, yo no recuerdo bien si eran 6 u 8 casas, tipo viviendas económicas, como uno ve acá...con un juego de living precioso, con televisión, con lavarropas, con las camas....que era como pre-egreso, los pacientes se iban ahí como una forma previa de salir de la institución a la comunidad.

E: Allí tenían más autonomía, eran menos, tenían más libertad, podían probarse en el tema de la convivencia por sí mismos no?

A: Exactamente, e iban al hospital a hacer tareas de rehabilitación. Yo no entiendo cuando dicen que van a la colonia a rehabilitarse...y van de todo el país a la colonia, entonces cuando yo estaba en la dirección había un paciente que era de Melo y por problemas de conducta, no sé qué había pasado, por orden judicial estaba en la colonia. Todos los días me golpeaba la ventana de la dirección: "Doctor me quiero ir

para Melo", todos los días, y pocos días antes de que me fuera me dice: "Director, si tengo que estar internado, internado en Melo." Me pareció una cosa lindísima, porque era tan comprensible, ¿por qué de Melo lo mandan a la colonia?

E: Claro porque se aleja totalmente de los amigos o familiares que pudieran visitarlo, mantenerlo al tanto de lo que está pasando en su ciudad...

A: Y lo otro...el promedio de internación en la colonia son 20 años...

Intervención (Cecilia): Yo lo escucho y nosotros estamos de acuerdo, el tema es que somos pocos los que pensamos eso entonces...

A: ¿Cómo convencer que esto es realmente posible?

Intervención (Cecilia): Exactamente, ¿cómo convencer que en realidad es posible? El otro día venía María Bagnato estuvo por acá que es una Doctora en Psicología, especialista en discapacidad y lo mismo, nos decía que el cambio de paradigma sobre la discapacidad era a cuanto mejor son las condiciones, menor es la discapacidad y eso es básicamente este modelo. A mí lo que me preocupa, bueno seguramente es que una de las cosas es seguir perseverando porque si somos pocos algún día seremos un poco más, pero en realidad también nos damos cuenta de que si en los lugares claves donde a veces se diseñan las políticas y se llevan adelante algunos cambios, no se pueden llevar ¿cómo hacemos? Porque usted era director de la colonia, no?

A: Sí, sí, y con muchas ganas de trabajar....la verdad que me fui apenado, pero no me arrepiento de haberme ido porque sentí que el cambio no era posible en aquel momento. Más allá de que yo como frenteamplista pensaba de que era el momento para estos cambios, sentía como que era más sensible a una modificación; sin embargo no se dio. Yo conocí a Armando Bauleo, un psiquiatra argentino que falleció el año pasado, que estuvo varias veces acá en Uruguay. He tenido oportunidad de estar mucho con él, acá o en Argentina y él participó en la reforma Basaglia, en la ley 180 él fue uno de los participantes porque estaba exiliado, vivía en Florencia y ahí participó; y la reforma italiana en el norte de Italia ha sido realmente efectiva. Él cuando vino acá no podía creer esto que pasa, no podía creer la situación de los pacientes.

PAUSA.

E: Bueno para ubicar a la gente que de repente recién se engancha con la radio, estamos hablando de la realidad de las colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, en el dpto. De San José, estamos con el Dr. Angel Valmaggia que fue director de marzo a diciembre y nos estuvo hablando de las dificultades que existen, que las han admitido desde periodistas que han ido a las colonias, desde políticos que han ido a las colonias...carencias materiales, pero estábamos hablando que sobretodo se necesita un cambio de paradigma, que nos contaba Angel que existen los recursos pero que habría que distribuirlos en base a enfocar más hacia la des-institucionalización y ponía el ejemplo de las casas de medio camino como Casavalle y Chimborazo para que el paciente no quede tan aislado de su entorno, vulnerable, solo...

Intervención (Gustavo): Decía que el paciente cuando es dado de alta del hospital psiquiátrico queda vulnerable ante la enfermedad misma que concibió, que se despertó en su mente, en su cuerpo, en su psiquis...las carencias y el Estado ciertamente que en buena o mala medida tiene que hacerse cargo no? Ese individuo va a salir a la calle, a la sociedad, a ser uno más, a trabajar o a estar con la familia de nuevo...

E: Sí, sí, el grado de integración que pueda lograrse según cada paciente y según sus capacidades en un programa de rehabilitación.

Intervención (Luis): Usted se fue en diciembre (2005) y en el 2006 es que ingresa ese dinero a la colonia no? Dos millones y medio de dólares?

A: Sí, yo hablo por los artículos de prensa que dicen que costó dos millones y medio de dólares la reforma de los dos pabellones de la colonia.

E: Bueno y para cerrar un poco la entrevista vamos a pensar al futuro, hacia el futuro no? Lo que le quiero preguntar es: ¿cómo cree usted que es posible lograr ese cambio

de paradigma? Que los políticos entiendan que como usted decía, la enfermedad mental es sólo un factor, y tal vez, no el más importante.

A: Exactamente, yo pienso que es así y las experiencias en el mundo demuestran que es así. Cuando se habla de la Declaración de Caracas del año 90, yo fui a Brasilia cuando la OPS organizó, en noviembre del año 2005 una actividad “15 años después de Caracas” y entonces ahí se mostraron experiencias de los países en América Latina de un cambio de modelo asistencial. En Brasil habían pasado, en esos 15 años, de 90 mil pacientes internados a 48 mil pacientes internados, es decir casi a la mitad habían reducido el número de pacientes internados. Es decir, que ese cambio de modelo de atención psiquiátrica es posible. Para mí hay una medida que es sumamente sencilla que es no permitir más ingresos a la colonia Etchepare. Yo creo que el tema pasa por ahí, porque cuando hablamos de la colonia cómo hacemos para, esos 800 pacientes ubicarlos; yo creo que es a la inversa: no ingresan, hoy no ingresar. Dentro de 5 años habrá 300 paciente menos. Yo he hecho cálculos de los pacientes que ingresan anualmente, y 5 pacientes por mes que desde el Vilardebó tuvieran un destino diferente al de la colonia, 5 pacientes por mes, 60 al año, la colonia perfectamente puede cerrar sus puertas, entonces para mí lo más sencillo y práctico es prohibir el ingreso a la colonia Etchepare, y luego vemos como seguimos con este modelo de Chimborazo, de Casavalle, o tal vez otros, porque también hay otros, porque también el Ministerio podría alquilar casas, no comprar, podría alquilar casas y tener cuidadores también contratados, ¿cuánto cuesta eso? Frente al millón de dólares que cuesta por mes la colonia, eso para mí es tan claro...pero las resistencias son tantas que bueno, que hay que buscar...por eso me parece que hay que buscar por ley, ponerle allí la ley que sea lo que obligue al cambio, de otra forma no va a salir.

E: Tal vez podríamos invitar a algún diputado que se menciona en La Diaria de la Comisión de Derechos Humanos, para ver, de los que fueron a la colonia y vieron cómo está la situación, trasladarles esto que dice el Dr. Valmaggia y ver que si están los recursos, si desde la sociedad de psiquiatría se tiene conciencia de que ese paradigma ya es obsoleto y que es posible un nuevo paradigma, bueno, falta la voluntad política y ponerse a trabajar.

A: Eso es lo que uno piensa. Yo antes de terminar quiero agradecer la invitación, la verdad es que ha sido un gusto estar con ustedes y conocer más de cerca esta experiencia que están transitando ustedes con la radio y bueno, mucha suerte.

E: Bueno, muchas gracias y ahora cerramos con preguntas de la fonoplatea.

Intervención (Diego Pardo): Muchas gracias por haber venido, pensar que hace mucho tiempo que no voy a la colonia.

Intervención (Marco): Yo escuchaba al Dr. Valmaggia hace un minuto que planteaba el hecho de no permitir más ingresos a la Santín Carlos Rossi, y aportó una forma de solucionar el tema, crear pequeños hogares donde la gente pudiera ser recogida. De cualquier manera ahora en lo inmediato, la preocupación mía es, independientemente de que podamos aceptarlos o no, el hecho de no aceptarlos sino integrarlos, ¿qué pasaría con la gente más vulnerable que en este momento está requiriendo urgentemente una atención determinada y no la consigue?, o por ejemplo el hospital se ve desbordado de casos agudos de abandono y un montón de problemas, es decir ¿cómo se podría instrumentar qué medidas? ¿por qué? Por una razón sencilla, nosotros decimos “no, hasta acá”, decimos bueno los primeros 3 mil que vinieron tuvieron la oportunidad y hay 3 mil golpeando la puerta, y decimos bueno, a estos sí y a los otros no?, no es un problema discriminatorio, es meramente funcional, es el hecho de ver y tratar de aportar soluciones o buscar los mecanismos que puedan posibilitar tener una idea de cómo lograr poder paliar la situación.

A: Sí, es claro lo que tú planteas pero en realidad creo que ha cambiado bastante el modelo de atención, yo creo que ahora son mucho más accesibles la atención a través de las policlínicas, a través de distintas instancias. Me parece que no es cerrar y dejar al paciente abandonado sino dejarlo referido a algún lugar, es decir, que tenga su policlínica, que tenga su lugar de rehabilitación, que tenga sus lugares para control; creo que no es simplemente cerrar. Una crítica que se le hace siempre a esto son las experiencias que han sido de des-hospitalización con casas de salud en malas condiciones; pero es un tema de las casas de salud, no es un tema de la psiquiatría, es decir que de alguna manera habría que controlar de que las casas de salud

cumplieran con los requisitos necesarios para funcionar de forma adecuada; porque eso también es un argumento común que oponen para el cambio de modelo.

Intervención (Cecilia): Me parece que hay otra cosa que a veces en el cambio de modelo, o desde dónde se puede hacer, no se toma en cuenta, que yo comparto algunas cosas que vos planteas Marco, es la contención que hay que tener no? Tampoco es voy a un refugio, o voy a una casa de salud...si no hay espacios de contención, de problematización, de afecto, aunque descentralicemos y organicemos el modelo, la persona siempre se siente tan abandonada que capaz que puede empezar con crisis más seguido digamos, y con espacios de referencia fuertes y espacios de contención, bueno los de Vilardevoz lo sabemos, una de las cosas que pasa es que se reducen las crisis y se reducen las internaciones; o sea, hasta le saldría más barato al sistema aún, no?

Intervención (Olga): Quería preguntar si algún funcionario publica lo que está pasando en la colonia, si ¿es sancionado o no?

A: Yo no tengo idea, me parecería que no, yo pensaría que no. Por lo menos nunca ha pasado, no he visto, no he conocido tampoco sanciones cuando los funcionarios hablan, que de hecho hablan, esto sale por los funcionarios

Intervención (Olga): Claro, porque para el usuario, nosotros podemos denunciar, sabemos a lo que nos atenemos cuando hacemos una denuncia ante una negligencia médica, pero el funcionario no sé, no estoy enterada.

A: No, no, no tiene ninguna consecuencia. Las denuncias cuando salen en la prensa generalmente son por funcionarios, porque lamentablemente familiares son pocos, 10, 15 % pacientes de los que están en las colonias tienen contacto con familiares.

Intervención (Antonio): Me llamo Antonio, soy de Asamblea Uruguay, estoy tratando de hacer una bolsa de trabajo para la gente carenciada, le quiero hacer una pregunta: ¿si

el paciente una vez tratado y rehabilitado es viable su recuperación a nivel laboral?
Según su alcance mental y físico.

A: Esa es una pregunta muy amplia, porque uno generaliza: el paciente, pero el paciente puede ser muchas patologías, muchos trastornos, no hay un modelo de un paciente, un paciente puede tener distintas enfermedades más graves o menos graves, como pasa con las enfermedades orgánicas en general. No es lo mismo una gripe para todos, hay gripes que son muy graves y otras que son muy leves, entonces no es el paciente engripado, sino esa gripe para ese paciente, entonces es esa enfermedad para ese paciente. Yo creo que hay, y que deberían trabajar....que es sumamente viable, esto de la bolsa de trabajo es una cosa bien viable y de acuerdo, como en todos lados, de acuerdo a sus capacidades, a su formación, a su educación, a lo que haya estudiado, al oficio que tenga no? Me parece que eso es muy viable.

Intervención (Antonio): La otra pregunta sería su reacción ante las obligaciones, las responsabilidades y ante las diferentes situaciones ante lo laboral, ¿cómo puede reaccionar una persona, después de su rehabilitación, en un ambiente laboral?

A: Bueno, esa pregunta también es muy amplia, es tan amplia como la primera, es tan variable de acuerdo a la forma de ser de cada uno, no solo de la enfermedad.

Intervención (Lauribal): Yo quería decir algo, los doctores de psiquiatría del Uruguay son 100% efectivos y responsables, el 70 % de los que se atienden con los dos doctores son irresponsables porque no llevan la medicación todos los días controlada, no la toman, se descompensan, después andan con problemas mentales de neurosis y de malos pensamientos de que no puedo conseguir trabajo y ¿por qué no miran el gallito luis? Yo pienso que por algo ustedes estudiaron psiquiatría y se merecieron el puesto; pero le digo, ustedes son 100% responsables de que todo se encamine bien pero el 70% de los pacientes son irresponsables porque la mayoría no cumplen con el requisito. Yo hace 7 años que estoy tomando como un reloj 7 pstillas por día y me doy una inyección por mes, ya llevo como 90 inyecciones, y me encuentro en mí, estoy en mí, en mis cabales y eso se lo agradezco al hospital y a la gente que me ayudó a que fuera responsable con la medicación. Gracias.

A: Me parece muy bueno tu aporte, pero yo no diría irresponsables, es muy difícil hacer un tratamiento prolongado, lo es para los diabéticos...es difícil hacer un tratamiento a largo plazo, no creo que sea algo con la enfermedad mental sino que es para todos los tratamientos, para los hipertensos, para los cardiópatas...toman un día, otro día no toman, y después tienen las recaídas. Eso sí, la importancia de tener la constancia de tomar la medicación, la necesidad de tomarla, pero yo no diría irresponsable, diría que es difícil hacerlo, uno sabe que tiene que hacerlo pero por una cosa o por otra no lo hacen.

Intervención (Ana Lía): Yo quería plantearle que estoy en una situación crítica porque en la casa de salud donde yo vivo desde hace tres años hay reformas arquitectónicas para mejorar, hubo inspecciones y habían ratas...pero mi hermano mayor que es mi tutor legal, porque soy bipolar I y soy un poco depresiva, a pesar de mi cultura y todos mis conocimientos y que hace 22 años que me trato en este querido hospital, que es mi segundo hogar; me dijo "si no tenés lugar en esa casa de salud, podés pensar en otros lugares" y le digo "bueno, ta, buscame otro lugar pero por favor que no sea la colonia Etchepare" me dijo ¿por qué, si el otro día vi en el informativo que mejoró mucho, que es un lugar precioso, que no te cobran tanto como una casa de salud?...pero mi temor en una colonia sería el ser olvidada como persona, como ser humano...

A: Me parece conmovedor lo que tu planteas. Yo diría lo positivo es que la casa de salud fue cerrada por no estar en condiciones...o está en reformas, me parece que eso es bueno, las casas de salud tienen que tener ciertas condiciones adecuadas, que muchas veces no las cumplen. Lo otro, es que si tu estuviste en una casa de salud, seguramente vas a volver a alguna otra casa de salud, las asistentes sociales podrán buscar otras alternativas, no necesariamente la colonia. Y lo tercero que quiero decir y que me parece que cuando uno oye tanta gente que dice o funcionarios: "nosotros somos la voz de los pacientes", la voz de los pacientes dicen otras cosas muy diferentes a veces a lo que dicen los funcionarios...para mí hoy acá en esto quedó claro, los pacientes quieren otra cosa, no quieren la colonia Etchepare.

Intervención (Cecilia): Y la voz de los pacientes tienen que ser de los pacientes, no puede ser que otros sigan hablando por nosotros.

Intervención (Luis): Paciente en la radio no, participantes.

Intervención (Cecilia): A sí, bueno esa es otra nomenclatura. Ahora, lo que está bueno también Ana Lía es que no estás sola en esto, porque lo que a mi me parece que lo conmovedor también tiene que ver con que uno se puede resistir, y uno tiene que resistir, porque sino entonces si son otros los que dominan nuestras vidas, y...no estás sola.

A: Y los tiempos también son distintos, distintos para ti, distintos para los servicios sociales, me parece.

Intervención (Mauricio): Mi pregunta sería la siguiente: ¿por qué no se podría plantear un proyecto productivo en esas 280 hectáreas que hay en la colonia Etchepare? Un proyecto productivo de ganadería, de agricultura, y que los mismos pacientes que estén internados ahí trabajen, no sé si es demasiado idílico mi pensamiento.

A: Yo creo que tal vez los proyectos productivos deberían ser de otro tipo, por ejemplo en Italia hay cooperativas de pacientes o de ex pacientes que participan en muchas actividades, por ejemplo hay uno de lavaderos, lavaderos de ropa; es decir, los proyectos productivos en la colonia, aunque ustedes no crean todos han sido deficitarios. Y habría que explicar por qué deficitarios, por qué si hacen una porqueriza, como había criaderos de cerdos, ese criadero de cerdos da pérdida, cuando la comida es desde ahí, cuando venden. Es un tema que...hacían bloques, en la época que yo estaba hacían bloques en el pabellón de rehabilitación, también dio pérdida. Es decir, yo creo que debe ser de pequeños grupos productivos y no necesariamente en la colonia, yo creo que tendría que ser fuera de la colonia y en la comunidad. Como esas experiencias que te decía en Italia que tienen cooperativas de lavaderos de ropa, de ese tipo. Hasta ahora los antecedentes de proyectos productivos en la colonia fueron deficitarios.

E: Y con estas llamadas de la fonoplatea, como ven es una radio participativa; les contamos a la audiencia que estas preguntas fueron hechas por gente que está aquí. Damos por cerrada la entrevista con Dr. Angel Valmaggia, que fue director de la colonia Etchepare, fue muy útil, muchas gracias.

Agradecimientos y despedida.