Universidad de la República - Uruguay

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

# No es cosa de locos:
# Dispositivos alternativos, un giro comunitario en salud mental en Uruguay

Estudiante: Valentina Peleteiro Mercader C.I. 5.027.409-5

Tutor: Asistente Germán Dorta

Revisor: Prof. Adj. Verónica Blanco

Montevideo, Julio,  2025

**Índice**


Introducción 3

1. El inicio de la psiquiatría 5

    1.1 La Locura 5

    1.2 Los primeros pasos de la psiquiatría 7

    1.3 El desarrollo de la psiquiatría en Uruguay 11

2. Modelo asilar: Rupturas y aperturas 15

    2.1 Modelo asilar 15

    2.2. Críticas al modelo manicomial 17

    2.3 Primeros trazos hacia la desmanicomialización 20

3. Dispositivos alternativos en salud mental 25

    3.1 Movimiento para las Autonomías 27

    3.2 Radio Vilardevoz 29

    3.3 Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico para Niños, Niñas y Adolescentes en INAU 31

Conclusiones 35

Referencias 37

## Introducción

En Europa a fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, surgió como especialidad médica la psiquiatría, dedicada al estudio y tratamiento de los trastornos mentales, acompañado de dicha especialidad nacen los manicomios. Una de las figuras centrales fue Philippe Pinel[1], quien implementa ciertas reformas que colaboran con la creación del hospital psiquiátrico como espacio para el tratamiento de la locura. A lo largo del siglo XX, la mirada sobre la locura no se diferenciaba sobre otras categorías asociadas a la marginación. La psiquiatría implementó un enfoque de trabajo autoritario, asilar, en el cual se concibe a la locura como una enfermedad propia del individuo, no vinculada con el contexto social y cultural. Estableciendo la idea de que la persona con sufrimiento mental era peligrosa, que debía ser tratada en espacios cerrados para su protección y la de terceros, bajo el control médico. (Amarante, 2006)

En contrapartida con esta lógica, a lo largo del siglo XX, la atención psiquiátrica comienza a experimentar diferentes transformaciones. De la mano de figuras como Franco Basaglia, psiquiatra italiano, quien cuestionó los hospitales psiquiátricos en Italia como instituciones de encierro, exclusión y opresión, sosteniendo que la locura no debía tratarse como una condición médica que esté aislada del contexto social. Basaglia denuncia a la psiquiatría como ejercicio autoritario y apunta a un cambio radical de paradigma, cuestionando que el hospital psiquiátrico no cura, por el contrario, ocasiona más daño y viola los derechos humanos. Gracias a tales cuestionamientos y movimientos como la Antipsiquiatría, entre otros, se comenzó a trazar un cambio de perspectiva entendiendo a la salud mental desde un paradigma de derechos, problematizando los efectos institucionales en las personas que se atendían. El cambio de paradigma se trataría de una transformación estructural en las formas de entender, convivir y abordar con el sufrimiento psíquico, de esta forma surge el paradigma de salud mental comunitario con base territorial, proponiendo entender que todo padecimiento psíquico se ve atravesado por determinantes sociales, económicos, culturales; modificando el objeto de estudio hacía salud mental, reconociendo a la persona como sujeto de derecho, con capacidad de tomar decisiones, con historias, deseos. Un paradigma que prioriza la prevención, promoción de la salud y la construcción colectiva de cuidados. Este nuevo enfoque busca sustituir el encierro con atención en el territorio, a través de dispositivos que acompañen la vida cotidiana de las personas promoviendo autonomía, y rompe con la hegemonía del saber médico abriendo el camino a

[1] Médico frances, pionero en el tratamiento de personas con padecimiento psíquico (20 de abril de 1745 en Jonquières, Francia; 25 de octubre de 1826 en París, Francia).

una mirada interdisciplinaria e intersectorial, con participación activa de usuarios, familiares, colectivos, entre otros actores. (Amarante, 2006)

Este ensayo busca dialogar acerca de la situación actual en Uruguay en cuanto a los dispositivos alternativos en salud mental, estableciendo como problema central si estos dispositivos alternativos constituyen una respuesta a los procesos de desinstitucionalización de la personas o si los dispositivos reproducen la lógica manicomial. Para esto se establece primeramente la concepción sobre la locura, remontada al Renacimiento, ubicada entre el siglo XV y XVI desde los aportes de Foucault (2021). Luego se dialoga sobre los primeros pasos de la psiquiatría en Europa, a fines del siglo XVIII, entendiendo que se vincula con un devenir social, una necesidad de las sociedades de organizarse. Marca un auge en las instituciones disciplinares, entendiendo que a través de las mismas se puede lograr el control y la normalización de los comportamientos.

En un segundo momento se desarrolla el modelo asilar, el cual se caracteriza por una forma de tratar la locura desde una perspectiva de encierro, de control, que conlleva a la violencia y la exclusión, siendo estas últimas las principales características de las instituciones monovalentes. Por otro lado, se plantea la necesidad de un cambio de modelo, hacia un modelo comunitario, lo que conlleva a poder pensar la salud mental desde un nuevo enfoque, basado en derechos humanos, sistema de cuidado, en el cual no se hable de enfermedad mental sino de salud mental, cuestionando el modelo manicomial tanto como las instituciones monovalentes. Ubicando estos acontecimientos en el Uruguay, se busca visualizar cómo a lo largo del Siglo XXI, comienza a surgir el interés y preocupación desde la sociedad uruguaya sobre la salud mental, generando a través de la discusión que se incorpore en la agenda pública las intervenciones y su enfoque integral. La Ley de salud mental, y el Plan Nacional de Salud Mental, han permitido un avance en cuanto al cambio de modelo, aunque queda mucho por reflexionar y repensar. Si bien la ley dio un enfoque diferente y una perspectiva integral sobre la atención en salud mental, quedaron muchos debes en su desarrollo y en particular en el de los dispositivos alternativos, entendiendo que pueden ser una vía posible a la salida de la persona de las instituciones monovalentes.

Por último, en un tercer momento se busca poder definir la idea de dispositivo, entendido como un conjunto de prácticas. Sumado a esto, se desarrollan tres dispositivos alternativos en salud mental en Uruguay: Radio Vilardevoz, Movimiento para las Autonomías y el Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico para Niños, Niñas y Adolescentes en INAU. Los tres casos son bastante diversos lo cual es interesante de poder entender los funcionamientos de cada uno y cómo operan en el marco de la atención de salud mental.

## 1. El inicio de la psiquiatría

El primer capítulo aborda tres secciones fundamentales para poder contextualizar el inicio de la psiquiatría. En el primer apartado desarrolla el concepto de locura, principalmente como va mutando a lo largo de la historia y como es concebida en el Uruguay. El segundo apartado abarca el inicio de la psiquiatría en Europa, situado a fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX. Se vincula con el devenir social, en un momento en el cual las sociedades comenzaban a organizarse basándose en el control y la normalización de los comportamientos. Por último, el tercer apartado desarrolla como fue el nacimiento de la psiquiatría en Uruguay.

### 1.1 La Locura

El origen de la noción de locura se remonta al Renacimiento, ubicado entre el siglo XV y XVI. Desde los aportes de Michel Foucault (2021), en su libro "*Historia de la locura"*, se establece que en dicho periodo la locura era entendida como parte de la condición humana, incluso se incluía en obras de arte, obras literarias, ya que se consideraba que era una revelación del ser humano. No era comprendida sólo como una enfermedad, sino que podía ser vista como una forma de sabiduría invertida, una cercanía con lo sagrado, ya sea por un castigo divino o una manifestación de Dios. El loco podría ser visto como el elegido por fuerzas superiores que lo posicionaba en el lugar de profetas considerando que tenían una sabiduría superior (Foucault, 2021).

Por otro lado, la locura atraía al hombre ya que a través de la misma se podía expresar aquellas verdades que incomodan, no se reprimía la opinión, por lo cual se entendía que liberaba al hombre de las presiones, rompía con las normas establecidas, lo liberaba de las restricciones, revelaba las hipocresías y gozaba de esta libertad. La locura no era ocultada ni invisibilizada sino todo lo contrario, ocupaba un lugar simbólico dentro del aspecto cultural y social dentro de la sociedad europea, se la consideraba como un fenómeno que podía tener sentido y verdad. Pero esta visión de la misma se ve alterada a partir del siglo XVII, ya que la locura pierde la atracción del hombre, ya no es considerada como portadora de sentido sino como un desvío del orden racional y moral, a través de la razón se marginaliza a la locura, pasando a ocupar el lugar de objeto de control. La misma comienza a ser exiliada con el fundamento de que no permite el dominio de la razón del sujeto por lo cual es encerrada y silenciada a través de la creación de grandes internados, con el objetivo de poder obtener un control sobre la misma (Foucault, 2021).

Foucault toma una de las imágenes más importantes del Renacimiento, la *Stultifera Navis*, entendida como la nave de los locos, inspirada en el libro de Sebastian Brant La nave de los necios. La entendía no solamente como una obra literaria sino también como una expresión sobre el lugar que ocupaban los locos en la sociedad. Esta imagen es contrastada con la realidad ya que como se menciona anteriormente en algunas sociedades europeas se los expulsaba y alejaba de sus ciudades, solamente permanecían aquellos que eran concebidos ciudadanos, entendidos como quienes podían considerarse sujetos activos y funcionales para la sociedad. La imagen de la exclusión de la locura en los navíos se deja entrever en el siguiente apartado desarrollado por Foucault:

> El agua y la navegación tienen por cierto este papel. Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo. Está prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas: está sólidamente encadenado a la encrucijada infinita. Es el pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje. No se sabe en qué tierra desembarcará; tampoco se sabe, cuando desembarca, de que tierra viene. Sólo tiene verdad y patria en esa extensión infecunda, entre dos tierras que no pueden pertenecerle. (Foucault, 2021, p.27)

Siguiendo con los aportes de Foucault, este cambio en la concepción de la locura desarrollado desde la razón y utilizado como justificación del aislamiento de la misma, permite visualizar cómo las sociedades han concebido la razón no sólo como una forma de conocimiento, sino también como una herramienta de poder y control. Gracias a esto, la locura comenzó a relacionarse estrechamente con los internados, bajo un régimen que padecerán los locos por más de un siglo y medio entendiéndolo como el sitio natural de los mismos. Siguiendo con la misma lógica, en el año 1656 se crea en Francia el Hôspital Général, no se trataba de una institución médica sino de una institución que tenía como objetivo corregir a aquellos que corrompan con el orden social, a través del encierro de los mismos. En el hospital se encontraban todos aquellos que tenían comportamientos desviados para la sociedad, entre ellos los locos, mendigos, criminales, vagabundos, entre otros. De esta forma, es importante destacar que las instituciones de aislamiento tienen significados políticos, sociales, religiosos, económicos y morales. El hospital acoge, alimenta y hospeda a todos aquellos que se presenten por voluntad propia o sean derivados por las autoridades. Se agrupan diversos establecimientos para generar una única administración, un ejemplo de este modelo es el de Salpêtirière (Foucault, 2021).

Cabe señalar que la iglesia, con la fundación del Hôspital Général, pierde el lugar que ocupaba hasta el momento. A través de la caridad cristiana se albergaba a los locos, se ocupaba del cuidado físico y espiritual, utilizando prácticas religiosas para el tratamiento de la locura. A partir de esta modificación, la iglesia opta por colaborar con el Estado, con la presencia de diferentes actores como sacerdotes, quienes ya no colaboran desde una lógica de la salvación del alma como lo hacían anteriormente sino que contribuyen con la lógica de la vigilancia y corrección de la conducta (Foucault, 2021).

La concepción de la locura en el Uruguay es desarrollada por el historiador José Pedro Barrán, quien compartía la mirada del concepto con Foucault, estableciendo así que la locura no es entendida simplemente como una enfermedad, sino como una construcción social y cultural. El poder médico comenzó a ocupar un lugar importante, a principios del 1900, de tal forma que no solamente curaban sino que también podían ejercer cierto control sobre las personas. Este ejercicio de control en el ámbito de la salud mental, se veía reflejado en la posibilidad de establecer el encierro, establecer quién podía ser considerado como loco y decidir sobre su vida aplicando diversos tratamientos (Duffau, 2021). En definitiva, la locura era concebida como algo que debía ser controlado por el Estado y por los médicos, los cuales determinaban el futuro del sujeto.

Durante el siglo XIX, no estaban establecidos lugares en los cuales la locura pudiera ser tratada, por lo cual algunas de las personas que eran considerados locos eran derivados al Hospital de Caridad de Montevideo, pero la mayoría permanencia en las calles o en casas, con falta de dinero, ropa, alimentos, sufriendo de discriminación y estigma. Por este motivo se consideró necesario la construcción de una institución que pueda contener pero a su vez aislar. De esta forma se da lugar al manicomio (Duffau, 2021).

En la época moderna, el concepto de locura es absorbido por enfermedad mental. El modelo biomédico en conjunto con la psiquiatría logra crear un nuevo sujeto al que se refiere como enfermo mental o paciente psiquiátrico. A la hora de aludir a estas formas se genera que la vida de la persona no pueda ser separada de su diagnóstico. Como consecuencia el loco termina siendo condenado a su patología y a una vida bajo la sombra del estigma (Giordano, 2018). La persona con enfermedad mental es considerada enferma principalmente porque es excluida y abandonada por la sociedad. Es tratada como si no pudiera tener derechos por lo cual se otorga la libertad de poder hacer con ella lo que se quiera. Es una mirada deshumanizante dirá Basaglia (1972).

### 1.2 Los primeros pasos de la psiquiatría

El nacimiento de la psiquiatría se sitúa a fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX en Europa, surge vinculado a un devenir social, en un momento en el cual las sociedades comienzan a organizarse en torno al control, con un auge en las instituciones disciplinares, teniendo la necesidad de controlar y normalizar los comportamientos. Dado este marco es que la locura comienza a ser vista como un desvío de este orden exigido, por lo cual se considera necesario la corrección de los enfermos mentales, ya que se instala que "la caracterización del loco como personaje representante del riesgo y peligrosidad social inaugura la institucionalización de la locura por la medicina y el ordenamiento del espacio hospitalario por esa categoría profesional" (Amarante, 2006. p.21) Por este motivo, se puede considerar que la psiquiatría nace con el manicomio (Amarante, 2006)

Desde la práctica médica se concibe una visión crítica respecto a la locura, generando un espacio de encarcelamiento y exclusión para el loco, donde se desarrolla el saber psiquiátrico y se establece como objeto de estudio la enfermedad mental. De esta forma la psiquiatría se apropia de la locura y se establece la medicalización y el aislamiento como forma de tratamiento, con el objetivo de poder curar al enfermo mental. La primera figura de médico clínico fue la de Philippe Pinel[2], quien a través de tecnología pineliana (Amarante, 2006), entendida no solamente como un conjunto de técnicas médicas, sino como una forma de poder que transforma la manera de tratar a los locos. En el mismo sentido, Foucault (2021) señala que:

> Entre los muros de los internados es donde Pinel y la psiquiatría del siglo XIX volverán a encontrar a los locos; es allí -no lo olvidemos- donde los dejarán, no sin gloriarse de haberlos liberado. Desde la mitad del siglo XVIII, la locura ha estado ligada a la tierra de los internados, y al ademán que indicaba que era aquel su sitio natural. (p. 81)

El enfoque de trabajo que lleva a cabo Pinel es un enfoque autoritario y asilar, en el cual se habla de enfermedad mental como propia del individuo, sin tener presente el contexto social y cultural del mismo, en un enfoque en el cual no se respetan los derechos humanos del sujeto, donde la enfermedad debe ser tratada bajo el control médico, tratada en espacios cerrados para poder protegerlo y proteger a terceros, por lo cual se entiende que era más importante el riesgo que pueden tener los terceros que los padecimientos del propio sujeto (Amarante, 2006).

[2] Philippe Pinel (Jonquières, 20 de abril de 1745- París, 25 de octubre de 1826) fue un psiquiatra francés.

En contrapartida, surgen diferentes figuras como Franco Basaglia en Italia y Maxwel Jones[3] en Inglaterra, quienes comienzan a criticar este enfoque, especialmente los tratamientos, el método de encierro y la falta de cumplimiento de la función de la recuperación del enfermo mental, entendiendo que es necesaria una reforma de la psiquiatría. Maxwel Jones fue un psiquiatra británico del siglo XX, reconocido por crear el concepto de comunidad terapéutica (1959), dicho concepto determina que la función terapéutica debe ser contemplada no solamente por el saber de técnicos, sino de un trabajo en conjunto donde también participen los pacientes, las familias y la comunidad en general. De esta manera, promueve un entorno en el cual estos actores interactúan, toman decisiones en conjunto y comparten ciertas responsabilidades, por lo cual la comunicación promueve la expresión de sentimientos, habilitando una organización democrática, participativa e igualitaria. Los pacientes participaban activamente en su recuperación, fomentando la autonomía y la responsabilidad individual (Amarante, 2006). Esta reforma genera que exista una nueva relación entre el hospital psiquiátrico y la sociedad, haciendo énfasis en la posibilidad que pueda extender el tratamiento para algunos enfermos mentales puertas afuera de una institución manicomial. Jones implementa este modelo en el Hospital Henderson en Londres, llevando a cabo este enfoque a través de diferentes propuestas como terapias grupales y actividades comunitarias (Amarante, 2006).

En el siglo XX, Basaglia, quien es considerado como figura principal de la reforma psiquiátrica italiana y referente del movimiento antimanicomial en la década del 70, rompe con el modelo manicomial y reconsidera la forma en la cual la locura es pensada. Consideraba que las formas de tratamiento en las instituciones manicomiales eran formas de exclusión y violencia, donde se reproducía una lógica de castigo hacia el enfermo mental, donde se negaba la condición de persona y la libertad del mismo. Sumado a la crítica de Basaglia al manicomio, entiende que la locura no puede tener una mirada únicamente biologicista, sino que influye también el contexto social, cultural y político. Por consiguiente, expresa que la enfermedad mental es una categoría de exclusión social y estigmatización, por ende el loco no solamente padece de la enfermedad sino que además padece de un proceso de estigmatización y exclusión social (Amarante, 2006).

La reforma psiquiátrica que lleva adelante la figura de Franco Basaglia en 1960, surge de la crítica al modelo asilar y de encierro que era llevado a cabo hasta el momento pero también existía la necesidad de entender y hacer un análisis histórico-crítico acerca de la sociedad y como la misma se relacionaba con el padecimiento (Amarante, 2006). Basaglia (1972), explícita:

[3] Psiquiatra social británico (Queenstown, provincia del Cabo, hoy Sudáfrica, 1 de enero de 1907; Nueva Escocia, Canadá, 19 de agosto de 1990).

> Hemos partido de la realidad del manicomio, que es trágica porque es opresiva. No era posible que centenares de seres viviesen en unas condiciones de vida inhumanas por el sólo hecho de ser enfermos, y no era posible que nosotros, en calidad de psiquiatras, nos convirtiésemos en artífices y complices de tal situación. (p.46)

Basaglia encuentra una institución represiva, con lógica de encierro, manicomial, donde los internados vivían en condiciones inhumanas. Por este motivo, tomó diferentes acciones que conllevaron a una ruptura en las normas establecidas en dicha institución, dentro de las cuales optó por la eliminación de métodos represivos, habilitó el ingreso de familiares e incentivó a la realización de actividades abiertas a la comunidad. Sumado a esto, creó espacios democráticos en los cuales a través de asambleas, los pacientes y profesionales podían dar su opinión y tomar decisiones en conjunto (Basaglia, 1972).

Se logró de esta forma entender que las lógicas manicomiales y exclusivas no podían ser concebidas y que la psiquiatría estaba colaborando en cierta manera con estas lógicas. Al habilitar espacios con un enfoque más comunitario y participativo, se habilita no solo el comienzo de un cambio de paradigma sino también otra forma de concebir a la persona con padecimiento psíquico, desde un enfoque de derechos.

La reforma en Italia, debe entenderse también como un movimiento político, no solamente como una transformación en la organización de los servicios de salud mental. Dado que, es en el espacio público donde se configuran los vínculos, las relaciones sociales, económicas e institucionales. La reforma psiquiátrica no puede desvincularse del orden social, ya que es a través del mismo de donde se produce la exclusión, el estigma, y el encierro que tanto se busca erradicar (Amarante, 2006).

Cabe mencionar que para lograr un cambio de modelo es necesario trabajar con la comunidad, corromper el imaginario social que se tiene sobre las personas con padecimiento psíquico. Tomando los aportes de Amarante (2006), el imaginario social no solamente excluye, sino que también posiciona al loco en un lugar de desvalorización y de desautorización incluso para poder opinar sobre sí mismo.

Continuando con la reforma, en octubre de 1972 en Trieste[4], se inicia con “el proceso de desmontaje del aparato manicomial” (Amarante, 2006, p.52), a través del cual se constituyen nuevos espacios para poder abordar el padecimiento mental. Se logra constituir siete centros de salud mental, con funcionamiento de veinticuatro horas, todos los días. A su vez, surgen “grupos-apartamentos” (Amarante, 2006, p.52), donde acceden a la

[4] Ciudad situada en el norte de Italia

vivienda las personas con padecimiento mental, en algunos casos solos y en otros acompañados por técnicos y/o voluntarios. Se establece la posibilidad de poder acceder al empleo en el caso de los ex-internados, a través de las cooperativas de trabajo.

En este sentido, se resalta la importancia de pensar en las cuestiones que hacen a la vida cotidiana de la persona. Para poder pensar en un proceso de desarrollo de vida fuera de los muros de las instituciones, la persona debe tener acceso a la vivienda, al trabajo, para poder así generar un proceso saludable a través del acompañamiento y el cuidado de la misma.

En consecuencia de estos cambios, se aprueba el 13 de Mayo de 1978, la Ley N°180, conocida como la Ley Basaglia. La misma es uno de los hitos más significativos en la psiquiatría. Establece la suspensión de cualquier forma llevada a cabo de control sobre los locos y la locura. (Amarante, 2006) La Ley Basaglia, establece el cierre de los manicomios y la implementación del modelo de atención comunitaria. Este suceso dejó en evidencia dos grandes problemáticas para las personas que han padecido el encierro, la vivienda y el sustento económico. A partir de esta observación, surge la propuesta de brindar una pensión económica a aquellas personas diagnosticadas con enfermedad mental por parte del Estado, y a su vez surgen cooperativas de trabajo. (Baroni, 2019)

La reforma psiquiátrica en Italia fue una muestra fundamental para entender que existe la posibilidad de un cambio de paradigma y que es posible el cierre de las instituciones monovalentes. Pero para lograr este cometido, debe estar acompañado por nuevas formas, enfoques y herramientas que habiliten este pasaje. El cambio de paradigma constituye un modelo de atención centrado en la comunidad y en el respeto por los derechos humanos. Se entiende que se trata de una gran transformación tanto ética como política, en las maneras en las cuales se entiende y se relaciona con el padecimiento psíquico. Es un largo proceso, de crítica y lucha, que conlleva un enfrentamiento hacia el modelo estipulado pero que es necesario combatirlo.

### 1.3 El desarrollo de la psiquiatría en Uruguay

A lo largo del siglo XIX, más específicamente en el periodo colonial, los pacientes mentales eran tratados al igual que en el resto del mundo. Eran excluidos, se los dejaba en las calles vagando, en algunos casos siendo recluidos en prisiones entendiendo que cometieron actos no permitidos para la sociedad, considerándolos delincuentes. Dadas estas condiciones se crea en el año 1788 el Hospital de Caridad, institución de la cual el

primer paciente fue un enfermo mental, posteriormente comenzaron a crearse espacios dedicados a estos pacientes (Casarotti, 2007).

El surgimiento de la psiquiatría en Uruguay se ubica en el año 1880, de la mano de la inauguración del Manicomio Nacional y la facultad de medicina. Igualmente también estuvieron ligados a este al surgimiento del manicomio la judicialización de la medicina, como sucedió en la mayoría de los contextos internacionales. Se comienza a debatir en el Uruguay acerca de cuáles eran las concepciones y formas de tratamiento para con las enfermedades mentales (Dotti, 2024).

Para llevar a cabo la atención psiquiátrica se crea el primer Asilo de dementes en el año 1860, una vez que la población comenzó a aumentar se inaugura el Manicomio Nacional en 1880, posteriormente conocido como el Hospital Vilardebó (Casarotti, 2007). La construcción del Manicomio Nacional constituye un primer impulso de modernización del país (De Leon, 2013). Esta modernización parte de la última década del siglo XIX y recorre los primeros treinta años del siglo XX, conllevando una serie de reformas sociales, económicas y políticas que generaron que Uruguay logre establecer una sociedad equilibrada y progresista, denominada como Suiza de América. Durante el desarrollo de este periodo, en el año 1908, se crea la Cátedra de Psiquiatría y posteriormente en el 1923, la Sociedad de Psiquiatría de Uruguay. Estas entidades estaban conformadas por grupos de técnicos, docentes y científicas que operaban dentro del Hospital Vilardebó, siendo una pieza fundamental para el desarrollo de la psiquiatría en el país (Casarotti, 2007).

Es importante destacar que Casarotti (2007), establece una terminología anacrónica ya que refiere a términos como enfermo mental o atención psiquiátrica en un período de la historia que no estaban caracterizados (fines del siglo XIX y principio del siglo XX), no tienen el sentido que se les puede atribuir en la actualidad. Se vuelve complejo y hasta confuso hablar de terminología que no está situada a partir del momento histórico correspondiente.

Retomando, es importante mencionar que dado la cantidad de personas que comenzó a albergar el Hospital Vilardebó, se fundó en 1912 la Colonia Etchepare, situada a 79 kilómetros de Montevideo, y la colonia Santín Carlos Rossi en 1932, estas se desarrollan como respuesta a la situación del hospital y como centros de contención para el paciente. Se consideraban centros de vanguardia ya que intentaban imitar los centros de internación europeo, y logran convertirse en las principales instituciones de soporte asistencial a la salud mental (Dotti, 2024).

Entre el 1933 y el 1936 Uruguay comienza a vivir un quiebre institucional que conlleva a aprobar diferentes medidas legales vinculadas con los enfermos mentales, entre

ellas el artículo 30 del Código Penal[5], el cual reconoce como inimputable a la patología mental. Por otra parte se establece en el año 1936 la ley 9.581[6], la cual establece como debe ser la organización en la atención psiquiátrica y la hospitalización de los pacientes (Casarotti, 2007). El modelo de atención tenía un enfoque manicomial y era respaldado por dicha Ley, el cual comienza a recibir las primeras críticas a finales de la década del 1960. Dicho periodo fue caracterizado por el Informe de Chanoit[7] de 1966, el cual deja en evidencia varias deficiencias en el sistema (De Leon, 2013).

Gracias a las duras críticas establecidas en el informe acerca de las carencias en el modelo de atención a la salud mental, se lleva a cabo el diseño del Plan de salud mental (PNSM) en 1972, el cual no pudo desarrollarse por el trágico golpe de Estado sufrido en el Uruguay, que conlleva al comienzo de una dictadura cívico-militar entre los años 1973 y 1985 (Dotti, 2024). Es de fundamental importancia señalar en este punto que en dicho periodo se utilizan prácticas represivas y de control, inclusive el Estado utilizaba el hospital psiquiátrico y a la psiquiatría en general para poder ejercer control y disciplinamiento en la sociedad. (Duffau, 2013)

La dictadura pone un freno al proceso de transformación que comenzaría con el desarrollo del PNSM del 1972 y genera cambios en la organización psiquiátrica (Dotti, 2024). El Ministerio de Salud Pública del gobierno dictatorial establece un plan en el cual se tiende la asistencia psiquiátrica al interior del país. En Montevideo disminuye la población de pacientes hospitalizados y se abren servicios de salud mental de atención externa. En simultáneo, se intenta generar el cierre del Hospital Vilardebó, acto que no es llevado a cabo. El análisis de estos cambios genera una comisión de la Sociedad de Psiquiatría en 1984, la cual constituye las bases programáticas para el programa de Salud Mental que sería aprobado en 1986 (Casarotti, 2007). Con la reapertura democrática en 1985, se constituye entonces el Plan Nacional de Salud Mental del 1986 (De León, 2013). Fue impulsado por familiares, pacientes, trabajadores, técnicos y docentes de salud mental. Si bien este plan tuvo un trayecto complejo, logró ciertos avances en la atención de personas con trastornos mentales (Gines, 2012).

---

[5] Según la Ley N° 9.155 (1933):

> No es imputable aquél que en el momento que ejecuta el acto por enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación, se hallare en tal estado de perturbación moral, que no fuere capaz o sólo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo, o de determinarse según su verdadera apreciación. Esta disposición es aplicable al que se hallare en el estado de espíritu en ella previsto, por influjo del sueño natural o del hipnótico. (art. 30)

[6] Entendida como La primera ley de psicópatas, mediante la cual se organiza la asistencia de psicópatas, la misma establece que: “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” (Uruguay, 1936, art. 1).

[7] En 1966 Pierre Chanoit, consultor de la OMS, desarrolla un informe que diagnostica las carencias del modelo de atención a la salud mental en Uruguay, modelo asilar y manicomial.

El PNSM de 1986 intentó retomar con las principales ideas planteadas en 1972, incluso establece como objetivos principales:

> Atención a los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a individuos, grupos y medio ambiente, enfatizándose las acciones de promoción y prevención. -Creación de una red de servicios regionalizada, articulada e integrada, con el sistema de atención de salud general que atiende los problemas de salud mental de la población.-Dicha red de servicios debe proveer cobertura a toda la población de manera igualitaria, oportuna, eficiente, continua e integral. -Creación de canales definidos de participación de las Instituciones y fuerzas sociales organizadas.- (Plan Nacional de Salud Mental, 1986, p.10)

## 2. Modelo asilar: Rupturas y aperturas

El segundo capítulo del presente trabajo se centra en el análisis del modelo asilar, para ello se divide en tres secciones. En la primera sección se hace referencia al surgimiento del modelo, a las características del mismo y cómo se ha llevado a cabo en las instituciones monovalentes. En la segunda sección se establecen las duras críticas que ha recibido este modelo, entendiendo que las bases son el encierro y la exclusión, lo cual no contribuye a que la persona sea contemplada como sujeto de derecho. Por último, en la tercera sección, se establecen los primeros pasos hacia la ruptura del modelo asilar y el comienzo del proceso de desmanicomialización.

### 2.1 Modelo asilar

Como se mencionó anteriormente, entre el siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, la sociedad entendía que era necesario estipular un orden y un disciplinamiento. Para cumplir con este objetivo era necesario organizarse bajo una lógica de control y normalización de comportamientos. Partiendo de esta base, Foucault (1976), plantea que surge una nueva forma de concebir el poder en las sociedades modernas. Anteriormente se partía de la base de que el poder debía ser algo represivo, vinculado a lo jurídico, resumido como “hacer morir o dejar vivir” (p. 164). En la modernidad, la nueva forma de poder tiene relación con organizar y administrar la vida, lo que define como biopolítica, optando por el hacer vivir y dejar morir.

Es de esta forma, que se abre la reflexión acerca de qué vidas se consideran dignas o indignas, se elige. Esta elección habita protección y bienestar para aquellos que son considerados deseables, que encajan en los ideales del éxito. Por otro lado, donde se encuentra la gran mayoría —pobres, marginados, excluidos, locos, inmigrantes, jóvenes—, la vida transcurre mientras esperan alcanzar algún día la dignidad (Fränkel, 2017).

La creación de los manicomios se corresponde con el abandono de la vida. A pesar de que se suele relacionar el encierro con el manicomio, cabe mencionar que el poder opera como una lógica de acción que incide en el encierro para responder a una urgencia que se presenta. En consecuencia, se encierra y controla dentro y fuera de los muros. La lógica del encierro se expande a otros aspectos de la vida cotidiana. El ejercicio del poder excede las instituciones manicomiales, también se refleja en las formas en las cuales se educa, se cuida, se acompaña, se vigila y se diagnostica. Por esto, el castigo físico no es ajeno a la biopolítica. Se permite entrever entonces, que el sujeto que es derivado hacia el encierro, está siendo despojado de subjetividad, pasando a ser un sujeto anónimo y

expuesto a la nuda vida[8], cuerpos con deseos controlados y derechos violados. (Fränkel, 2017)

La violencia y la exclusión son características de las instituciones monovalentes, Basaglia (1972) las define incluso como “instituciones de la violencia” (p. 132). Las aplicaciones de violencia son variables, no siempre son de forma evidente sino que depende de lo que sea conveniente para quien ejerce el poder. El autor hace referencia a instituciones de la violencia ya que aunque sean presentadas como formas de cuidado para la persona, son en realidad formas de ejercer control y exclusión a quienes no encajan en lo que la sociedad considera aceptable.

El modelo asilar no es ajeno a esto, se caracteriza por una serie de prácticas que han consolidado un sistema de atención que excluye y castiga por padecer. En lugar de que la atención sea incluida en la comunidad, se busca aislar al paciente, no solo físicamente sino socialmente también. Es un modelo que limita la libertad de la persona, en lugar de optar por el cuidado y acompañamiento, lo castiga (De Lellis, 2015).

Es un modelo basado en la internación prolongada de la persona en instituciones cerradas, para lo cual el criterio de internación está vinculado con la interpretación del poder judicial ya que la considera necesaria y entiende que la persona representa un peligro para la sociedad, por lo cual es necesaria la protección; y por otro lado la psiquiatría, que establece la internación por tener un trastorno mental. Cabe destacar que se interna sin asegurar que el encierro sea efectivo para la recuperación. Además, es un modelo que tiene una metodología de sectorialidad, es decir, cada sector trabaja de forma aislada, sin conexión ni comunicación entre los mismos. De esta forma, genera exclusividad para el desarrollo del poder biomédico, principalmente para la psiquiatría. Esta hiperespecialización permite al modelo asilar despersonalizar la atención, ya que se deja de lado el aporte de diversas disciplinas o enfoques que pueden contribuir al cuidado y acompañamiento de la persona. (De Lellis, 2015)

Goffman (2001), analiza las instituciones totales, entendidas como aquellas en las cuales la vida cotidiana de las personas se desarrolla en su totalidad, donde viven aisladas del mundo por períodos prolongados, bajo ciertas reglas, como es en este caso el manicomio. El autor expone que el hospital psiquiátrico no es solo un lugar de tratamiento sino que es una institución que atraviesa completamente a la persona que allí habita. Se trata de un proceso mediante el cual el individuo pierde su identidad, es despojado de sus pertenencias, de las rutinas que tenía en su cotidianidad y sus roles sociales establecidos. En suma, el yo es desmantelado para que pueda establecerse en la estructura institucional.

[8] Concepto desarrollado por Fränkel (2017), como una forma de existencia reducida únicamente a su dimensión biológica, despojada de derechos políticos, sociales o jurídicos.

Bajo esta forma, comienzan a padecer depresiones, degradaciones y humillaciones del yo. Se genera un estigma bajo la etiqueta de enfermo mental, lo cual luego es complejo de remover. El hospital psiquiátrico no sólo no colabora de esta forma con la recuperación sino que además refuerza la exclusión y perpetúa la enfermedad. Genera además, una barrera entre el interno y el exterior. Y peor aún, genera una imposibilidad de que la persona pueda decidir sobre su propia vida (Gofman, 2001).

La realidad del manicomio es trágica ya que es opresiva. Son muchas las personas que han pasado por dicha institución, en las cuales las condiciones de vida eran y son inhumanas, solamente por tener un padecimiento. El enfermo mental es excluido y abandonado, y se lo considera un sujeto sin derechos (Basaglia, 1972).

El asilo psiquiátrico comienza a verse como una institución de extrema precariedad, deja de lado el cumplimiento de su función (la recuperación de los enfermos), de tal forma que genera más daño a la persona. Por este motivo, se comienza a cuestionar el modelo asilar. Se ponen sobre la mesa diferentes alternativas y propuestas de reformulación para este modelo (Amarante, 2006).

### 2.2. Críticas al modelo manicomial

Se entiende entonces que sobre las bases establecidas por la psiquiatría, se aprisionó y excluyó al enfermo. Por esto Basaglia (1972), plantea que es necesario que se ponga a la enfermedad entre paréntesis, de tal forma de poder acercarse al enfermo. De esta forma, se pone el juicio de valor que se hace de la mano de la etiqueta que se le coloca, que va más allá del verdadero significado de la enfermedad misma. El diagnóstico tiene un juicio discriminatorio sobre la persona, en este sentido es que es necesario poner un freno y abarcar la problemática desde otro lado.

Se comienza a planificar un nuevo modelo que supere al anterior, promoviendo una visión holística que considera los determinantes sociales, la participación comunitaria y el trabajo interdisciplinario. Se prioriza la promoción de la salud mental y el bienestar, en lugar de poner foco en la patología. Busca además potenciar la Atención primaria de la salud (APS), garantizando accesibilidad y equidad en todos los niveles del sistema de salud. Se promueve que exista un trabajo interdisciplinario, en el cual se establezca diálogo entre diversas disciplinas entendiendo que la salud no depende únicamente de la mirada médica. Otro punto a resaltar del nuevo modelo es la participación comunitaria, a través de la ejecución de políticas y programas de salud mental para construir con la comunidad entornos saludables. Por último, un modelo donde los derechos humanos sean el pilar

fundamental, ya que es necesario su garantía para las personas con padecimientos mentales, promoviendo así equidad y justicia social (De Lellis, 2015).

Se busca de esta forma, avanzar hacia un modelo más inclusivo y participativo en la salud mental, entendiendo que lo fundamental es el acompañamiento y el cuidado de la persona. Cabe mencionar que al ser un modelo con enfoque de derechos, es fundamental que la persona tenga participación en aquellas decisiones que conllevan a un cambio en su cotidianidad. Entendiendo que son protagonistas de sus procesos, de su búsqueda de autonomía y partiendo de que forman parte de la comunidad ejerciendo ciudadanía.

En Latinoamérica un hecho que marca un antes y un después en la historia de la salud mental fue la Declaración de Caracas. Se trata de un documento realizado en 1990 durante la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, la misma fue organizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Caracas, Venezuela.

Reconoce que es de urgente consideración reformar los sistemas de salud mental de la región. Entendiendo que el objetivo principal es garantizar los derechos de las personas con trastornos mentales y la transformación del modelo tradicional centrado en el modelo asilar. La declaración rechaza el modelo manicomial y promueve la atención en la comunidad, conllevando al cierre progresivo de hospitales psiquiátricos como centros de internación. Aboga por un enfoque integral, comunitario y multidisciplinario, entendiendo que la salud mental debe ser integrada al sistema general de salud especialmente en el primer nivel de atención. A su vez, denuncia abusos y violaciones en instituciones psiquiátricas y propone garantizar la dignidad, libertad y participación social de las personas con padecimientos mentales, de tal forma que puedan generar opinión y promuevan su autonomía. Invita a la comunidad, a las familias a participar de forma activa en la planificación y evaluación de los servicios de salud mental. Por último, promueve la formación de recursos adecuados, con enfoque en derechos humanos y atención integral. La Declaración de Caracas marcó el inicio de un proceso de reformas en varios países de América Latina. (Organización Panamericana de la Salud, 1990)

La Declaración de Caracas (1990) insta:

> A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región. (p.4)

En Uruguay, Gines, Porciúncula y Arodino (2005), destacan que a partir de la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) se comienza a corromper un sistema de atención en salud mental que estaba deteriorado, fragmentado. Cabe destacar que, por más que la creación del PNSM de 1986 establece importantes avances, queda estancada la ejecución por la falta de presupuesto y de disposición política. Los gobiernos con improntas neoliberales que continuaron durante las siguientes décadas destinaban recursos muy reducidos hacia la salud mental. Por lo cual, estas decisiones conllevan a que los objetivos propuestos en el PNSM no puedan ser llevados a cabo (De Leon, 2013). Además, con el surgimiento de la crisis económica del año 2002 estas consecuencias fueron inclusive peores. Hubo un aumento en la marginalización de las personas con padecimiento mental y se generaron carencias en las acciones para la prevención, promoción y atención a la salud mental (De Leon, 2013).

Asi como se menciona anteriormente, en La Declaración de Caracas de 1990 los Estados que formaron parte, entre ellos el estado uruguayo, se comprometieron a la superación del modelo asilar, a la lucha contra la discriminación hacia la población con padecimiento mental y contra los abusos que sufren las mismas. Poniendo énfasis en la implementación de una perspectiva de salud comunitaria, en la formación de equipos de profesionales de salud mental y generando un compromiso en la reestructuración de la atención psiquiátrica, de tal forma que sea un beneficio para las poblaciones de la región (Organización Panamericana de la Salud, 1990). El estado uruguayo estaba comprometido al igual que los demás países de América Latina con lo incitado en dicha declaración.

En el año 2005, asume en Uruguay el primer gobierno de izquierda, el cual retoma las cuestiones que atribuyen a la temática en salud mental, promoviendo la participación desde la Comisión Asesora Técnica Permanente (C.A.T.P.) del Programa de Salud Mental, con el objetivo de poder construir nuevas orientaciones dirigidas a la salud mental. Incluso, apuntando a una mirada desde los Derechos Humanos, se crea la Ley N° 18.418[9] (2008), la cual establece la eliminación de cualquier forma de disciminacion contra las personas con discapacidad, incluidas en esta categorización a aquellas con padecimiento mental. (De Leon, 2013)

En el correr de las dos primeras décadas del siglo XXI, la salud mental comenzó a ganar importancia dentro del territorio y a su vez en la opinión pública, de esta forma se vio necesaria la puesta de la temática en la agenda pública, generando de así políticas públicas que contribuyan con la salud mental.

[9] Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, firmada en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica, el día 3 de abril de 2007.

## 2.3 Primeros trazos hacia la desmanicomialización

En las últimas décadas, surgieron diferentes movilizaciones de distintos colectivos y organizaciones que fueron estableciendo diferentes estrategias para poder comenzar a discutir un cambio de paradigma en Salud Mental en el país. Dentro de las mismas se destacan la Radio Vilardevoz, “ha instalado la temática de la salud mental, la integración social, la participación y los derechos humanos en el espacio público-político a través de las voces y propuestas de sus protagonistas” (Giordano, 2018, p.34). Se constituye así como uno de los referentes para poder pensar en la gestación de alternativas en salud mental, a través de las redes que fue tejiendo para generar un movimiento antimanicomial contra el encierro, la vulneración de los derechos y la exclusión.

En 2012, se fundó en Uruguay la Asamblea Instituyente por Desmanicomialización, Salud Mental y Vida Digna (AIDSMV). Lo cual fue un hecho de gran importancia para el movimiento antimanicomial, ya que marcó el inicio de una nueva etapa en la lucha por la transformación de la atención en salud mental. Se retomó la reivindicación por conseguir un marco legal que permita el avance hacia un nuevo paradigma, un nuevo enfoque basado en una perspectiva de derechos. Es de esta forma que en el año 2015 se elabora una propuesta ciudadana para la Ley de Salud Mental, la cual consiguió un gran apoyo de la ciudadanía así como de diferentes organizaciones sociales, culturales, personalidades nacionales e internacionales (Giordano, 2017).

A pesar de estos hechos, de que la salud mental se haya colocado en la agenda pública y sea de gran interés para la sociedad, en el año 2015, una persona que se encontraba internada en las colonias Echepare, fue atacada por una jauría de perros que rodeaba la institución, causando su muerte. Este lamentable acontecimiento dejó en evidencia la falta de responsabilidad y cuidado de las personas desde la institución. A raíz de este hecho y de denuncias realizadas que denotaban grandes carencias existentes en las instituciones monovalentes, de la lucha de los colectivos y organizaciones, se crea en el año 2017 la Ley N°19.529, Ley de Salud Mental, la cual establece:

> La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social. (art. 1)

La creación de la Ley N°19.529 (2017) es un hecho fundamental para la historia de la salud mental en el Uruguay y un logro que no se debe desmerecer. Ahora bien, en acuerdo con lo expuesto por Mónica Giordano (2019), es fundamental profundizar y tener en cuenta aquellos aspectos que la ley tiene por mejorar. Si bien se coloca a la salud mental en la agenda pública no se debe pasar por alto las contradicciones paradigmáticas que posee la misma, en cuanto a que plantea una continuidad de las concepciones biologicistas y sanitarias. Estas mejoras podrían reverse en la formulación e implementación del PNSM 2020-2027.

Como se menciona anteriormente la Ley fue creada en el año 2017, sin embargo El Mecanismo Nacional de la Tortura[10] realiza un informe anual en el año 2018 donde advierte acerca de las carencias que tienen el hospital Vilardebó y las ex colonia Etchepare, actualmente conocidas como Centro De Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CE.RE.M.O.S). Este informe explicita que estas carencias son tanto edilicias, como de mantenimiento y sanitarias, lo cual no posibilita una vida digna para quienes lo habitan. Incluso se señala que las instituciones psiquiátricas “forman parte de los contextos no convencionales en los que las personas corren riesgo de sufrir abusos que pueden constituir tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes” (como se cita en Giordano, 2019, p. 289).

Además, siguen surgiendo hechos lamentables, en la clínica psiquiatrica Los Robles, año 2019, fallece un adolescente de 16 años que se encontraba allí internado, luego de realizar varias denuncias por abuso sexual dentro de la clínica. Giordano (2019) relata que en el año 2019 falleció una persona que había participado de Radio Vilardebó y era conocido por ser un gran combatiente contra los electroshock los cuales eran concebidos métodos terapéuticos utilizados en el Hospital Vilardebó. La persona falleció luego de una internación en el hospital Vilardebó de la cual fue derivado al Hospital Maciel, gracias a la insistencia del Equipo Técnico de Radio Vilardevoz, con un estado de salud irreversible dejando en evidencia la negligencia médica.

Giordano (2019), resume que es necesaria la visibilización de las carencias que las instituciones totales como explicita Goffman (2001), disciplinares según Foucault (2021) o llamadas instituciones de la violencia por Basaglia (1972), padecen. Igualmente, se debe trabajar y modificar las formas en que las sociedades conciben y relacionan a las personas etiquetadas con el diagnóstico psiquiátrico, y que en consecuencia son aisladas, castigadas, olvidadas y discriminadas.

[10] El Mecanismo Nacional de la Tortura refiere es un organismo de control y colaboración autónomo e independiente de los poderes del Estado. Tiene como fin prevenir prácticas de tortura u otras formas de malos tratos hacia personas privadas de libertad.

Cabe destacar que el modelo utilizado en las instituciones monovalentes deben considerarse como modelos que mantienen acciones que se alinean con la violencia institucional y con la violación de los derechos humanos. El cuestionamiento entonces es ¿por qué el sistema prevalece pese al cambio de perspectiva que intenta instalarse en las últimas décadas? El sistema se define sobre un enfoque biomédico, sanitario, farmacológico y de encierro para la rehabilitación de las personas por sobre un enfoque integral de atención. En esta lógica la institución violenta a la persona e incluso la tortura. Quienes sostienen este modelo sanitarista, farmacológico y de encierro son responsables de la vulneración de derechos y de la no transformación. Esto debe situarse por un lado en un marco político, que si bien es capaz de proponer el cambio desde la definición de acciones concretas, no brinda sustentabilidad al desarrollo de las mismas. Por otro lado, un marco social en cuanto es quien integra y excluye, en términos de participación ciudadana efectiva a todas las personas. Sin duda que aún prevalece este marco como un determinante en cuanto a querer ver la salud mental como un aspecto sensible ante la vulneración y la violencia institucional, pero aún mantiene la resistencia en la convivencia con la persona que presenta padecimiento psíquico o padecimiento de lo psíquico. Tomando los aportes de Giordano (2017), es importante entender que el padecimiento psíquico hace referencia a personas que viven y sienten de formas que la mayoría no concibe como normal. El padecimiento de lo psíquico refiere a dos puntos, el primero personas que han padecido o padecen crisis subjetivas y que por ende necesitan contención y apoyo, y por otro lado hace referencia al padecimiento causado por las instituciones y sus abordajes, en muchos casos situaciones violentas.

Retomando, para poder llevar a cabo la Ley N°19. 529 (2017) se formula el Plan Nacional de Salud Mental (2020), establece:

> El presente Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) pretende ser un instrumento idóneo para poner en práctica políticas públicas dirigidas a garantizar el derecho a la salud y su disfrute de manera integral y al más alto nivel posible a toda la población de la República Oriental del Uruguay. Tanto en su concepción como en los objetivos y acciones que propone, parte de considerar que la salud mental es inseparable de la salud en sentido general y que ésta, es un bien público socialmente determinado, entramado en el modo de vida, sostenido por todos y garantizado por el Estado, inseparable de la justicia y la inclusión social, afirmado por la cultura solidaria y ajeno a toda forma de discriminación o estigma. (p.1)

El PNSM, como lo reitera a lo largo del informe, busca la eliminación de la vulneración de los derechos humanos y la implementación de lógicas que permitan la recuperación del individuo sustentado en el involucramiento de la comunidad. Esta prioridad envuelve un desafío importante, incluye grandes cambios en cuanto a la organización de servicios, formatos institucionales, pero sobre todo a un cambio de prácticas y paradigmas fundados. Establece como fundamental la participación de diversos sectores (salud, vivienda, trabajo, educación, entre otros) que se consideran necesarios para la realización efectiva del cambio, que conlleva a su vez un cambio cultural (Plan Nacional de Salud Mental, 2020). Es necesario pensar en un cambio cultural, ya que el estigma y la exclusión forman parte de la vulneración de los derechos de las personas usuarias. En consecuencia la persona pierde vínculos, redes y autonomía lo cual conlleva a una complejización en los procesos de recuperación (Plan Nacional de Salud Mental, 2020).

Por esto, se incentiva la implementación del Modelo comunitario en Salud Mental, el cual "implica el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental con un enfoque integral" (Plan Nacional de Salud Mental, 2020, P.21) Se resalta que es importante el reconocimiento de un rol activo de las personas usuarias y sus familiares, lo cual habilita un espacio de co-construcción de abordaje integral donde las personas son sujetos activos para su recuperación. En este sentido, al plantear que las personas usuarias y sus entornos cercanos formen parte de ciertas decisiones y construcciones, los hace parte de la búsqueda de su autonomía, fortalece sus capacidades y su participación lo cual es clave para garantizar una atención integral (Plan Nacional de Salud Mental, 2020). Esta afirmación contribuye a un cambio de paradigma en la atención en salud mental, que intenta dejar atrás el modelo asilar y promueve un enfoque centrado en la persona, con una visión más democrática y participativa. Asimismo, refuerza la idea de que la recuperación no es un proceso exclusivamente médico, sino que involucra aspectos sociales, emocionales, comunitarios y culturales, donde el protagonismo de la persona resulta esencial.

La Ley N°19.529 (2017), establece que "Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas." (art. 37)

Por último, el PNSM (2020), hace hincapié en la financiación económica necesaria para la implementación de dicho plan. Entiende que es necesario destinar nuevos recursos, es fundamental asignar los mismos de tal forma que asegure el acceso a la atención, cobertura e implementación de cuidados en los dispositivos

mencionados anteriores, garantizando una mejor calidad de vida en la comunidad.

En el Plan Nacional de Salud Mental (2020), se destaca:

> Se deberá entender que este PNSM será exitoso en la medida en que sea realmente transformador, consecuente, participativo, inclusivo, intersectorial, interdisciplinario, integrador de todos los actores y saberes pertinentes, realista y adecuado a las peculiaridades de cada situación y lugar. Es comprensible que su aplicación requerirá de priorización y de recursos apropiados. (p. 8-9)

En la actualidad, avanzando ya hacia la segunda mitad del año 2025, si bien se han realizado avances significativos orientados al cambio de paradigma, aún persiste una notable distancia respecto del objetivo del cierre de las instituciones monovalentes previsto para el año actual. Esta imposibilidad de poder cumplir con dicho objetivo, responde a múltiples factores que no han logrado resolverse en el tiempo transcurrido desde la formulación del plan hasta la actualidad. Entre ellos, se destacan la insuficiencia de recursos económicos destinados a la salud mental, la resistencia al cambio de paradigma, la persistente vulneración de derechos, las tensiones derivadas de las luchas institucionales frente al nuevo enfoque, así como la ausencia de un trabajo interdisciplinario, entre otros aspectos relevantes. Cabe resaltar igualmente, que han surgido varios espacios en Uruguay, donde se ha adoptado el cambio de paradigma y ha tenido efectos positivos.

## 3. Dispositivos alternativos en salud mental

Como se menciona anteriormente, en el año 2017 se lleva a cabo la Ley de salud mental N°19.529. Dentro de la misma, se evidencia la necesidad de un cambio de paradigma de la salud mental, con un abordaje interdisciplinario y comunitario, y principalmente considerando a toda persona con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho. Las instituciones monovalentes son consideradas instituciones de la violencia, dado que los derechos se ven vulnerados, el encierro como mecanismo no hace más que aumentar el daño en el sujeto y ha dejado en evidencia que no es una solución factible para el proceso de desarrollo de la persona. Es por esto que en el marco de la Ley de salud mental N°19.529 se establece que:

> (Establecimientos asilares y monovalentes).- Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados desde la entrada en vigencia de la presente ley. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a los que establezca la reglamentación. (art. 38)

La ley propone la creación de nuevas herramientas que colaboren con el cambio de paradigma, en este caso con la creación de los dispositivos alternativos. Se propone, a través de los mismos, lograr acompañar a las personas con padecimiento de lo psíquico desde otra perspectiva. Entendiendo que debe ser un espacio de cuidado, de desarrollo personal, de búsqueda de la autonomía, de acompañamiento, de fortalecimiento, desde un abordaje de respeto por la vida de las personas. Que los equipos técnicos que puedan llevar a cabo los mismos sean equipos interdisciplinarios, ya que es de esta forma de donde se puede abarcar distintos aspectos que hacen al ser y que colaboran con un proceso saludable de desarrollo.

Por ende, en este último, se desarrolla el concepto de dispositivo. Con el objetivo de entender cuál es la lógica de implementarlos en el campo de la salud mental. Por otro lado, se establecen tres ejemplos diversos de dispositivos alternativos en salud mental, el primero Movimiento para las autonomías, el segundo Radio Vilardevoz y el tercer Dispositivo de acompañamiento Terapéutico para niñas, niños y adolescentes en INAU.

Según Foucault, un dispositivo refiere a:

> [...] un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones

> reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos. [...] Por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. (Foucault, Dits et écrits, vol. iii, pp. 229 y ss, citado en Agamben, 2011)

Por ende, el dispositivo se constituye por un conjunto de prácticas que tienen como objetivo poder hacer frente a una urgencia, el cual combina discursos, instituciones, decisiones y medidas que hacen en conjunto al dispositivo. (Agamben, 2011) Llevado al ámbito de la salud mental, el dispositivo constituye una herramienta analítica que permite dar cuenta de las modificaciones que han tenido las modalidades de atención en salud mental, que habían sido promovidas en el periodo de posguerra por organismos internacionales. En América Latina se hicieron presentes en el retorno a la democracia luego de las dictaduras militares (Dorta, 2022).

Al entender a la salud mental como un dispositivo, permite ver su complejidad y su variabilidad histórica, ya que se compone de diversos factores interrelacionados, entendiendo que ha estado atravesada por diferentes lógicas y prácticas de poder. Tomando este punto, el dispositivo puede verse como una red compuesta por diferentes elementos que se relacionan entre sí, como lo son leyes, normas, discursos, entre otros. Al dispositivo lo define el cómo se conectan estos elementos y cuál es la finalidad estratégica, como responden a la problemática que se plantea en un momento determinado. Cada dispositivo tiene su propia lógica. (Dorta, 2022).

Retomando, al momento de hacer referencia a los dispositivo alternativos en Salud Mental, se remite a la definición establecida por el PNSM, 2020:

> Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial. Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales. (Plan Nacional de Salud Mental, 2020, p.22)

Tal como se ha señalado en la definición previamente desarrollada, lo más relevante al trabajar con los dispositivos alternativos en el campo de la Salud Mental, es evitar la reproducción de las lógicas de encierro propias del modelo manicomial. Se ha denotado por parte de la sociedad uruguaya que hay una urgencia a resolver en cuanto a la salud mental. Por lo cual es fundamental generar un cambio real, un cambio de paradigma, de concepción y fundamentalmente un cambio cultural. Cabe mencionar que en el momento en el que estas lógicas de encierro y violentas son replicadas, aunque sea fuera de las instituciones monovalentes tradicionales, los dispositivos pierden su finalidad esencial. En este sentido, si bien estos espacios pueden funcionar en ámbitos distintos a dichas instituciones, implica trasladar el problema a nuevos escenarios, sin alterar su estructura. Por tanto, resulta indispensable promover un cambio cultural profundo que permita avanzar de manera efectiva hacia un proceso real de desmanicomialización. Sumado a este punto, resulta imprescindible entender que el campo de la salud mental no puede seguir siendo un terreno exclusivo de la medicina, sino que requiere de un trabajo interdisciplinario e intersectorial.

### 3.1 Movimiento para las Autonomías

El proyecto “Movimiento para las autonomías” refiere a un dispositivo alternativo en salud mental, en asociación con ASSE. El mismo surge para poder fortalecer el Programa de Integración Socio Cultural Productivo que se desarrolla en el Polo Tecnológico Industrial (PTI) del cerro, Montevideo y en el Parque Punta Yeguas. Paralelamente, como uno de los objetivos principales, busca ampliar el Programa de Integración de Parques del Oeste, enmarcado en la Ley N° 19.784[11]. El Parque Punta Yeguas consta de 113 hectáreas, recuperadas por la comunidad de Santa Catalina, se destaca por ser un parque con playas, montes y diversos ecosistemas, apto para la realización de distintas actividades. Dentro de las principales se destaca el senderismo, el labor con la tierra en la Huerta y distintos talleres para la construcción colectiva. Los principales grupos son Compaz, Carancho y Juntas Podemos. El dispositivo se crea en base a estas prácticas, entendiendo que es a través de las mismas, de la unión de la comunidad, de lo colectivo, de las relaciones de horizontalidad desde donde se puede construir autonomía (Movimiento para las Autonomías, s/f).

[11] La Ley N°19.784 se declara:

> Declárase de interés nacional la promoción y el desarrollo de parques industriales y parques científico-tecnológicos en los términos de la presente ley y con el objetivo de estimular las cadenas de valor industriales, a través de la inversión, la agregación de valor, la investigación, la innovación, la generación de conocimiento, el progreso tecnológico y la creación de puestos de trabajo, en un ámbito espacial de fomento a la asociatividad y generación de sinergias, y procurando la descentralización geográfica de las actividades económicas. (art.1, 2020)

El área de Integración Socio Cultural Productivo, desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Social, “tiene como objetivo el diseño e implementación de políticas para la integración social, a través de la promoción de mayores niveles de inclusión laboral, educativa y cultural.” (Ministerio de Desarrollo Social, 2021) Dicho dispositivo trabaja con enfoque de derechos humanos, basado en la articulación territorial para la construcción de experiencias que puedan ser claves para el desarrollo humano y la búsqueda de autonomía de las personas, en todas las dimensiones. A su vez, busca poder expandirse de tal forma que logre integrar las dimensiones culturales y ambientales. En consecuencia, poder lograr un acompañamiento en los procesos de las personas en su camino hacia la autonomía y el bienestar, enfocado desde una perspectiva integral. Sumado a esto, trabajar en la construcción de lo colectivo, la comunidad y fortaleciendo los lazos comunitarios (Movimiento para las Autonomías, s/f).

Es llevado a cabo por un equipo interdisciplinario, dentro del cual participan profesionales de psicología, medicina y enfermería, pertenecientes a ASSE, trabaja en conjunto con usuarios, estudiantes de UdelaR y la Intendencia de Montevideo. Según Movimiento para las Autonomías (s/f), se presenta “como modalidad de atención comunitario en Salud Mental haciendo hincapié en las personas usuarias de los servicios de salud mental y personas en proceso de desinstitucionalización“ (p.2). Busca a su vez poder colaborar con el objetivo planeado por la Ley de Salud Mental, en cuanto al cierre de las instituciones monovalentes y las estructuras asilares. Crítica la lógica de encierro, el modelo asilar, entendiendo que bajo este paradigma la integridad de la persona no se puede llevar a cabo.

Las formas de abordaje en las que deriva dicho modelo, las condiciones en las cuales se reproduce son de precarización. Además, es necesario reconocer que es fundamental el cambio cultural, ya que es a nivel cultural y social donde la discriminación, estigmatización se hace más fuerte, generando que se vea afectada la posibilidad de autonomías para la persona con padecimiento psíquico (Movimiento para las Autonomías, s/f).

Además, Movimientos para las Autonomías, planteó como objetivos específicos el identificar qué experiencias se realizan en el Parque Público Punta Yeguas de tal forma que pueda colaborar y propiciar espacios para la integración de aquellas personas que se encuentren en la construcción de su autonomía. Busca la implementación de actividades como el senderismo, entendiendo que esta contribuye con el proceso. Por otro lado, dentro de los objetivos principales poder lograr el desarrollo de modelos de atención en salud de forma integral, que no replique las lógicas escolares y el modelo biomédico (Movimiento para las Autonomías, s/f).

Es así que el dispositivo representa una forma alternativa de abordar el padecimiento psíquico, alejado de los muros de la institución monovalente pero también de las lógicas que lo constituyen. Trabajando desde un enfoque de derechos humanos, donde se respeta la opinión de la persona con padecimiento y se trabaja desde ese punto, en conjunto con la comunidad y con un equipo interdisciplinario que acompaña los procesos y la búsqueda de autonomía.

### 3.2 Radio Vilardevoz

El hecho de realizar radio dentro de un hospital psiquiátrico representa una gestión de visibilización de aquello que parece estar encerrado y dentro del ámbito privado. La Radio Vilardevoz surge como un proyecto colectivo, enfocado desde la Participación, la Comunicación y la Salud Mental en el año 1997, la misma "se presenta como un medio comunitario y como un dispositivo alternativo en salud mental." (Baroni, 2019, p.22) Surge como la posibilidad de poder dar voz a aquellos que no la tienen, de tal forma que permita ejercer la libertad de expresión y a su vez generar cambios en el imaginario social sobre la concepción de la locura, del paciente psiquiátrico, del loco.

A partir de esta iniciativa, se permitió a los participantes de la radio concebir la misma como una herramienta de comunicación, donde la reflexión y el debate sean el punto de partida para la habilitación de las personas que la conforman, generando así un dispositivo alternativo en salud mental. A través de diferentes investigaciones[12], se ha podido constatar que el uso de estas herramientas es posible en abordajes de salud mental y que además, la participación en espacios de referencia y pertenencia, restablecen procesos saludables de habitación . (Baroni, 2019)

Cabe mencionar que anteriormente, en la década de los ochenta surge el Movimiento de Radios Comunitarias, como consecuencia de la falta de espacios de participación política, para la construcción de nuevas propuestas y respuestas alternativas a problemáticas que emergen en cuanto a aspectos de la vida social. Por este motivo, dicho movimiento ha dado lugar a aquellos sectores de la sociedad que han sido excluidos y considerados minoritarios. Entendidos como escenarios propicios para el ejercicio de la ciudadanía, donde da lugar a procesos participativos que incluyen aquellas problemáticas

[12] Las investigaciones realizadas corresponden a Impactos subjetivos del dispositivo terapéutico de Radio Vilardevoz y características de una red de atención hospitalaria-extrahospitalaria en salud mental (Correa, Itza, Rodríguez y Tabárez, 2010) y Efectos del dispositivo de intervención en salud mental de Radio Vilardevoz en el proceso de rehabilitación de quienes participan en él (Díaz Gonnet y Forlero, 2012).

que no habían sido abordadas en otros espacios, incluso en aquellos previstos para tal finalidad. (Giordano, 2017)

En el año 2007, luego de una importante lucha, se logra que la Radio Vilardevoz sea considerada como Radio Comunitaria. Este acontecimiento permitió que diversas organizaciones, grupos e individuos logren trabajar en conjunto con el fin de poder transformar las formas en las cuales se abordaba hasta el momento la salud mental en Uruguay. Resaltando la importancia de entender que la salud mental y los derechos humanos no deben considerarse temas aislados. Por otro lado, el hecho de que sea considerada como Radio Comunitaria permitió, no solamente conforman parte de la lucha por el reconocimiento de este tipo de medios sino que además, en conjunto con otras radios comunitarias pertenecientes a la AMARC-Uruguay[13], impulsaron un movimiento social que contribuyó a que en el 2017 se aprobara la Ley de Salud Mental en Uruguay. (Baroni, 2019)

Cabe destacar que Vilardevoz propone la conformación de una Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental[14], mediante la cual se logre establecer la conformación de una mesa constituida por distintos integrantes con el objetivo de poder coordinar actividades donde visibilice la necesidad del cambio de modelo de atención en salud mental. Dentro de las actividades que se destacan, se generó una plataforma que enmarca puntos claves a incluir en la Ley de Salud mental, destacando así el respeto por los derechos humanos y la dignidad humana, la creación de un Órgano de Revisión que garantice los DDHH, el acceso a derechos universales y acceso a la vivienda, trabajo y educación para las personas con padecimiento psíquico. También se exige, el cierre de las instituciones y hospitales monovalentes a nivel público y privado, creación de dispositivos alternativos, cambio en el modelo de atención, participación de usuarios y familiares en el diseño del nuevo Plan Nacional, garantías y plazos en cuanto a las internaciones involuntarias y replantear el uso

[13] La Asociación Mundial de Radios Comunitarias. Es el referente organizacional, político y comunicacional de un movimiento internacional constituido en torno a las radios comunitarias, ciudadanas y populares en todo el mundo. AMARC está reconocida como organismo no gubernamental internacional (ONGI), de carácter laico y sin fines de lucro.

[14] Integrantes de la CNLSMDDHH: AMARC Uruguay (Asociación Mundial de Radios Comunitarias-Sección Uruguay), Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, Asociación Civil Abrazos, Asociación de Terapia Ocupacional, Asociación Uruguaya de Psicomotricidad, ASUMIR, CAINFO, CIPRÉS, Colectivo Ovejas Negras, COMCOSUR- Comunicación Participativa desde el Cono Sur, Comisión de Apoyo a Madres y Familiares de Uruguayos Detenidos Desaparecidos, Comisión Discapacidad-PIT-CNT, Comité de los Derechos del Niño/a-Uruguay, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Defensa de Niños y Niñas Internacional, El Abrojo, Espacio Cultural Bibliobarrio, Facultad de Psicología (UdelaR), FEUU, Grupo de apoyo a familiares y amigos de usuarios del Hospital Vilardebó, Grupo de la Esperanza, Grupo de Salud Mental Comunitaria (UdelaR), Grupo Psicología Política Latinoamericana, IELSUR, Licenciatura en Psicomotricidad y Licenciatura en Terapia Ocupacional (EUTM de la Facultad de Medicina, UdelaR) Luna Nueva, Proderechos, Radio Vilardevoz, Red Uruguaya de jóvenes adolescentes positivos (RUJAP), SERPAJ, Y por qué no Nuestro propio Horizonte. (Baroni, 2019, p.222)

de electroshock, sobremedicación, entre otros métodos. Se exige de esta forma que se tomen los aportes en consideración a la hora de la aprobación de la Ley de Salud Mental.

Vilardevoz fue un medio por el cual se pudo acompañar a sus integrantes, de tal forma de poder empoderar y poder reivindicar las condiciones dignas de internación, así como también habilitó el espacio para las denuncias por abusos ya sea por funcionarios, pares y profesionales. En la radio se podía narrar diferentes vivencias, que constataban la violentación que produce el modelo asilar y la lógica de encierro, así como también la utilización de diversas prácticas establecidas para “contener” (sedar, atar a la cama, entre otras). Estas críticas dieron lugar a un “análisis de sus estrategias e intervenciones fuera construyendo no solo un posicionamiento sino un dispositivo de intervención y de inclusión social alternativo en salud mental desde una perspectiva de derechos humanos.” (Baroni, 2019)

De acuerdo con Baroni, 2019:

> Las radios en sus diversas formas (radio escuela, radio universitaria, experiencias de radio) se comprometen con las problemáticas de su comunidad y ven en esa herramienta una forma de visibilizar y colectivizar lo que acontece pero también de dar reconocimiento a sus pares y por ende darle otro uso a los medios de comunicación: el que sus integrantes van necesitando.

Actualmente Vilardevoz transmite una vez a la semana a través de la 95.1FM.

### 3.3 Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico para Niños, Niñas y Adolescentes en INAU

El perfil del Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), se establece en el año 2019. Está orientado a brindar atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial. Dicha institución es encargada de promover, proteger y restituir los derechos de los NNA, sus acciones están enmarcadas en la Convención de Derechos del Niño y en el Código de la Niñez y la Adolescencia. El INAU actúa como organismo rector en políticas públicas de infancia y adolescencia, busca garantizar la igualdad de oportunidades para el desarrollo de las potencialidades y de acompañar la búsqueda de autonomía, prioriza la atención de los NNA en situación de vulnerabilidad social (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, 2019).

Como se menciona anteriormente, el Instituto debe ser garante de que todos los niños, niñas y adolescentes (NNA) tengan igualdad de oportunidades y que los mismos sean concebidos como sujetos de derecho. En esta línea, el INAU diseña las intervenciones especializadas desde un enfoque integral que tenga en consideración las dimensiones de la vida cotidiana de los NNA, y el abordaje en la salud mental en el contexto donde transita. Para llevar a cabo la intervención en salud mental, el abordaje principal es interdisciplinario, estableciendo que el diseño de los modelos integrales de atención funcionen en red. Estas intervenciones deben respetar la singularidad de cada NNA, tomando en cuenta y estableciendo estrategias para fortalecer los entornos familiares y comunitarios, así como también la inclusión y participación en los ámbitos educativos, tal como se establece en la Ley de salud mental N°19.529 (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, 2019).

El Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico (DAT), tiene como objetivo general contribuir con el desarrollo integral de los NNA en su entorno social y comunitario a través de estrategias terapéuticas acordadas por un equipo interdisciplinario. Se busca poder aproximar el diagnóstico de los NNA, diseñar e implementar estrategias terapéuticas en conjuntos con los referentes adultos de los mismos y poder acompañar la integración o reinserción social del sujeto. Se enfatiza en el enfoque de derechos y la participación activa de los NNA y se busca poder generar un ambiente de confianza. Cabe mencionar que el acompañamiento terapéutico es considerado como un recurso especializado para la intervención en la vida cotidiana de cada niño, niña y adolescente de tal forma que contribuye con el desarrollo integral y promueve la salud mental. Se caracteriza por ser móvil y flexible, adaptándose a cada entorno familiar o institucional singular, busca evitar la internación en centros especializados y que se logre mantener la convivencia con sus lazos afectivos (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, 2019).

Es importante mencionar que el dispositivo alternativo de salud mental busca un desarrollo de vida. La funcionalidad de los mismos no es solamente recibir a la persona como sucede en las instituciones monovalentes, sino que busca generar un espacio de cuidado, de convivencia cotidiana, de acompañamiento. Por ende, recibe y acompaña. Se configuran entonces como puentes o diques, puentes a través de los cuales la persona deja la estructura rígida, pasando a una estructura más flexible, un escenario que se concibe desde otro enfoque. En el cual se busca la autonomía de la persona pero entendiendo que es importante acompañarla en esa búsqueda y crecimiento personal. En otros casos funciona como diques, para en los cuales es necesario establecerlos para no tener que llegar al tercer nivel de atención en salud donde se ubica la internación en las instituciones monovalentes, por lo cual los dispositivos alternativos deben operar desde el primer nivel de atención.

Continuando con el desarrollo del DAT, el equipo técnico será conformado por profesionales de diversas disciplinas, incluye un coordinador, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, acompañantes terapéuticos y un auxiliar administrativo. Realizando capacitaciones anuales para el equipo. La población con la que se pretende trabajar son aquellos NNA que sufren de ciertas alteraciones que pueden dar cuenta de un padecimiento psíquico, comprometiendo de esta forma el desarrollo de su salud mental. Estas alteraciones pueden estar relacionadas con situaciones que puedan agudizar la vulnerabilidad psicosocial del sujeto, sean tales como explotación sexual, experiencia de vida en calle, entre otras. La intervención se extenderá por un máximo de 6 meses con posibilidad de prórroga de 6 meses más y se prioriza la atención a menores de 18 años, pero en aquellos casos que sea necesario se buscará la continuidad en servicios para adultos (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, 2019).

Se establecen algunos resultados esperados en relación a la estrategia terapéutica y la integración social de los NNA, se espera que el 80% de los niños adhieran a la estrategia terapéutica. Se prevé que el 70% transite su proceso sin requerir hospitalización. Además, se realizan actividades de promoción y prevención en salud mental, así como encuentros con referentes adultos. (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, 2019)

La elección de estos tres ejemplos de dispositivos alternativos en salud mental fue principalmente para poder dar cuenta que en Uruguay se está haciendo visible la necesidad de un cambio respecto a las formas de abordaje en salud mental. Los tres dispositivos son creados en diferentes contextos socio-históricos. En el caso de la Radio Vilardevoz fue pionera en cuanto a mostrar otras formas de abordaje, se considera como uno de los primeros dispositivos alternativos. Surge en un contexto de lucha, donde varios actores de la salud mental comenzaban a cuestionar, criticar las prácticas llevadas a cabo hasta el momento. Se genera un momento clave, un quiebre, en el cual se cuestiona el enfoque biomédico, entendiendo que para esta problemática es fundamental el trabajo interdisciplinario, que no podía concebirse únicamente bajo la mirada médica. A su vez, se dejó en evidencia que las formas de abordaje que partían desde la base de la violencia, de la estigmatización, del encierro, de la exclusión, ya no podían ser concebibles. Era un contexto en el cual no solo se peleaba por un espacio digno para la salud mental, sino que también se peleaba con el estigma y el tabú de la locura, lo cual hacía la lucha muy compleja. Por ende, se destaca la labor de todas y todos aquellos que en su momento lucharon por el cambio urgente.

Por otro lado, Movimiento para las Autonomías y el DAT del INAU, surgen en un contexto diferente, luego de años de lucha por la desmanicomialización llevada adelante por diferentes movimientos antimanicomiales, se logra que la Ley de salud mental establezca la

creación de los espacios alternativos a las instituciones monovalente, una ley que comienza a concebir a la persona como sujeto de derecho. Por esto, si bien es un contexto diferente, en el cual la sociedad está prestando fuerte atención a la salud mental y denota que debe ser concebida como urgencia, siguen habiendo estigmas y resistencias que hacen fuerza contraria para llegar efectivamente a la desmanicomilización.

Es importante señalar, que para el año 2025, la ley de salud mental establece el cierre de las instituciones monovalentes: “El Poder Ejecutivo establecerá en la reglamentación de la presente ley el cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes. El cumplimiento definitivo del cronograma no podrá exceder temporalmente el año 2025.” (Ley N°19.529, art. 38). Actualmente, siendo el año 2025 no se ha logrado alcanzar el objetivo propuesto por la ley. Lo cual denota que la lucha sigue en pie. Sumado a esto, no solamente la lógica manicomial sigue siendo reproducida, sino que además, en el mes de junio, sucedieron dos hechos lamentables. En Montevideo un hombre falleció en el Hospital de clínicas y en Durazo un jóven de apenas 24 años. Ambas personas con padecimiento de lo psíquico y en ambos casos la muerte estuvo vinculada con procedimientos de agentes policiales (Montevideo Portal, 2025). El Hospital, que es un símbolo de salud, cuidado, termina siendo la institución donde sucede un hecho que justamente vulnera el derecho principal del ser humano que es el derecho a la vida. Estos dos hechos lamentables dan cuenta de que aún queda mucho por trabajar respecto al padecimiento psíquico, que los equipos que deben ser garantes de seguridad para la población uruguaya, no tienen los conocimientos necesarios para poder abarcar momentos de crisis. En estos casos, el estado, que supone ser garante de derecho, falló.

A raíz de estos acontecimientos, se convocó a una marcha el día 11 de junio, los colectivos de salud mental se unieron bajo la consigna “No nos maten, no somos peligrosos, estamos en peligro. Franco y Lucas presentes”. La convocatoria fue de aproximadamente 100 personas que marcharon hacia el Ministerio del Interior (La Diaria, 2025). Es de fundamental importancia la visibilización de estas situaciones e injusticias, y también la lucha por la implementación de la Ley de Salud Mental.

## Conclusiones

El concepto de locura que se desarrolla desde el siglo XV a la actualidad, ha ido mutando a lo largo de la historia. Esta mutación ha permitido dar cuenta de otras formas de abordar el campo de la salud mental, que puede ser determinada desde una perspectiva política y social. El modelo asilar respondió a una lógica institucional creada a partir de la psiquiatría, como ciencia que comienza a estudiar la locura como una realidad empírica, en el marco de escenarios de exclusión y encierro. Al estar centrada en una mirada biologicista que se sitúa por encima de la persona, no acompaña sino que controla. Sumado a esto, posiciona a la figura del médico por encima de la figura del paciente, lo cual a su vez genera una jerarquía de uno por encima del otro, dando mayor validez a la opinión médica.

De esta forma, el propósito del encierro no es más que el intento de controlar a las personas, en este caso aquellas que salen de los comportamientos exigidos desde las sociedades. Esta perspectiva de encierro, de estigma y ruptura social, profundiza el daño y el padecimiento de lo psíquico, entendido como el daño que producen las instituciones cuando se trabaja bajo una lógica que reproduce violencia, que no considera al ser humano como sujeto de derecho y lo excluye.

En contrapartida, desde el modelo comunitario, se pone en el eje central a la persona. Se habilita un espacio de participación a través del cual las personas con padecimiento psíquico y/o padecimiento de lo psíquico pueden aportar y decidir, tener participación y decisión acerca del desarrollo de sus vidas. Se considera al ser como sujeto de derecho, por lo cual se trabaja desde el respeto y desde la validación de su opinión. Entiendo que es a través de este nuevo paradigma desde donde se construye la salud mental. Un paradigma que trabaje desde el abordaje interdisciplinario e intersectorial, considerando como pieza fundamental el aporte de diversos sectores, actores y disciplinas. A través de este abordaje es desde donde se puede trabajar en el acompañamiento de la persona con padecimiento psíquico y en la búsqueda de su autonomía.

Los dispositivos alternativos en salud mental, buscan colaborar con el enfoque comunitario, a través de la producción del desarrollo de vida. A diferencia de las instituciones monovalentes, intentan construir espacios de cuidado, convivencia cotidiana y acompañamiento de la persona en su búsqueda de autonomía. Sumado a esto, tiene como objetivo sostener y acompañar de forma activa para que la persona logre transitar desde una estructura rígida como son las instituciones monovalentes hacia entornos más flexibles, centrados en la inclusión y en la subjetividad del sujeto. Por otro lado, los dispositivos

cumplen con la función de contención y prevención, de tal forma que buscan evitar que las crisis desembocan en internaciones en dichas instituciones.

Es entonces desde donde se puede visualizar los dispositivos alternativos en salud mental como dos figuras. En primer lugar como puentes, que permiten a la persona el tránsito de escenarios de mayor encierro hacia escenarios más comunitarios, disminuyendo el padecimiento de lo psíquico. En segundo lugar, se puede visibilizar como diques, en cuanto a que se entienden como una herramienta que puede ser considerada como impedimento para llegar a utilizar el recurso de la internación como único abordaje posible al padecimiento. De lo contrario, se trabaja estableciendo propuestas más comunitarias de abordaje.

Este presente trabajo ha permitido concluir sobre la posibilidad de subjetivizar estas dos figuras como funciones posibles para los dispositivos alternativos en la perspectiva global del abordaje a la salud mental y los impactos que el modelo predominante ha definido la atención a las personas con padecimiento psíquico históricamente. Además, permitió dar cuenta de que es necesario un cambio de paradigma, donde se pueda concebir a toda persona con padecimiento psíquico como sujeto de derecho, entendiendo que pueden ser parte de la toma de decisiones en cuanto al desarrollo de sus propias vidas, que es necesario construir desde lo colectivo, con abordajes interdisciplinarios, que permitan establecer un diálogo entre las diferentes profesiones, la comunidad y los sujetos.

Por último, para poder lograr un proceso de desinstitucionalización es necesario rever ciertas ideas que se encuentran instaladas en el imaginario social acerca de las personas con padecimiento psíquico. Para lograr este cometido, es fundamental conversar sobre la temática, que la sociedad pueda estar al tanto de cómo se aborda la problemática en salud mental, seguir insistiendo en que es de urgencia el cumplimiento de la Ley N°19.529 y del Plan Nacional de Salud Mental (2020). Por último, resaltar que no solamente es necesario el debate sino también la acción y la lucha colectiva por un paradigma que permita el desarrollo de la vida.

**Referencias**


Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Sociológica, año 26, número 73, pp. 249-264, mayo-agosto, 2011.
Recuperado de http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf

Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Madres de Plaza de Mayo.

Baroni, C. (2019). *Una historia de locos: Aportes de Radio Vilardevoz al proceso de desmanicomialización en Uruguay (1997–2017)* (Tesis de doctorado). Universidad de la República (UDELAR).

Basaglia, F. (1972). *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico.* Editorial Barral.
*https://antipsiquiatriaudg.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/10/franco-basaglia-1968-la-institucic3b3n-negada-informe-de-un-hospital-psiquic3a1trico.pdf*

Casarotti, H. (2007). *Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en el Uruguay*. Revista de Psiquiatría del Uruguay.

Chanoit, P. (1966). Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay. OPS/OMS.

Código Penal, Ley N.º 9.155, Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay, 4 de diciembre de 1933. https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933

De Lellis, M. (2015). Capítulo IV: Nuevo paradigma en salud mental. En *Salud pública y salud mental: perspectivas desde un nuevo paradigma* (pp. 85-119). Madres de Plaza de Mayo.

De León, N. (Coord.). (2013). *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Psicolibros Waslala.

Dorta, G. (2022). Los dispositivos foucaultianos y la salud mental en Uruguay. Nuevo Itinerario, 18 35(2), 35-52. DOI: https://doi.org/10.30972/nvt.1826158

Dotti, G. (2024). Salud mental en Uruguay: Ley 19.529 desde su implementación hasta la actualidad. Revista Uruguaya de Enfermería.

Duffau, N. (2013). El tratamiento de la “locura” en la obra de José Pedro Barrán a través del análisis de Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. REVISTA CULTURAS PSI / PSY CULTURES, 1, (pp. 108-125). https://www.acade-41mia.edu/22334410/El_tratamiento_de_la_locura_en_la_obra_de_Jos%C3%A9_Pedro_Barr%C3%A1n_a_trav%C3%A9s_del_an

Foucault, M. (1976) Derecho de muerte y poder sobre la vida. En: Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. Vol. 1. (pp. 161-194) México: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (2021). *Historia de la locura en la época clásica* (J. J. Utrilla, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1961)

Ginés, A. M. (2012). Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Giordano, M. (2017). *Al mundo le falta un tornillo: procesos de salud y transformación social en la Radio Comunitaria Espika FM* (Tesis de maes- tría, Universidad de la República, Uruguay) Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18169/6/Giordano%2c%20M%c3%b3nica%281%29.pdf

Giordano, M. (2019). En: Derechos Humanos en el Uruguay. Informe serpaj. (pp. 287-311) https://sitiosdememoria.uy/sites/default/files/2025-06/29/derechos-humanos-en-el-uruguay-2019.pdf

Giordano, M. (2019). En: Derechos Humanos en el Uruguay. Informe serpaj. (pp. 287-311) https://sitiosdememoria.uy/sites/default/files/2025-06/29/derechos-humanos-en-el-uruguay-2019.pdf

Goffman, E. (2001). Internados. Buenos Aires: Amorrortu.

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. (2019). *Modalidad de atención integral de tiempo parcial: Dispositivo de acompañamiento terapéutico para niños, niñas y adolescentes*. Montevideo, Uruguay.

La Diaria. (2025, 11 de junio). *"No somos peligrosos, estamos en peligro": colectivos de salud mental se manifestaron por muertes de personas tras intervención policial*. https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2025/6/no-somos-peligrosos-estamos-en-peligro-colectivos-de-salud-mental-se-manifestaron-por-muertes-de-personas-tras-intervencion-policial/reddit.com+15ladiaria.com.uy+15ladiaria.com.uy+15

Ministerio de Desarrollo Social. (2021). *Área de Promoción Sociocultural*. Gobierno del Uruguay. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/politicas-y-gestion/area-promocion-sociocultural

Ministerio de Salud Pública. (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/documentos-del-area-programatica-de-salud-mental

Montevideo Portal. (2052, junio 10). *"Podría haber sido evitada": decano de Psicología por muerte de paciente en el Clínicas*. https://www.montevideo.com.uy/Noticias/-Podria-haber-sido-evitada--decano-de-Psicologia-por-muerte-de-paciente-en-el-Clinicas-uc926557

Movimiento para las Autonomías (s/f). *Proyecto de apoyo y ampliación del Programa de Integración Socio Cultural y Productivo PTI-Cerro*. Inédito.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas: Conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Uruguay (2017, setiembre 19). Ley N° 19.529: Ley de salud mental. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017#:~:text=%2D%20La%20present%20ley%20tiene%20por,en%20el%20marco%20del%20Sistema

Uruguay (2019, 23 de agosto). Ley Nº 19.784: Declaración de interés nacional. Promoción y desarrollo de parques industriales y parques científico-tecnológicos [Ley nacional]. Diario Oficial, 11 de setiembre de 2019. Recuperada de https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19784-2019

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2020, 13 de febrero). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 [Plan nacional]. Recuperado de https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf