



Hacia un Modelo Integral en Salud Mental. Desafíos y realidades de una transición actual

Trabajo Final de Grado

Tutor: *Mag. Psic. Cecilia Baroni*

Estudiante: *Karen Gómez Cervini*

C.I.: *5.067.385-1*

Montevideo, 30 de Julio de 2015.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
<i>Historizando: el pasaje de un modelo de atención centrado en la enfermedad a un modelo centrado en la salud</i>	3
<i>Locura y enfermedad mental</i>	5
<i>La vida del encierro. Acerca de las instituciones psiquiátricas en Uruguay</i>	8
<i>Salud Mental en Uruguay</i>	12
<i>Prácticas y políticas</i>	14
<i>Participación y empoderamiento</i>	19
<i>Hospital Vilardebó y Rehabilitación</i>	23
<i>Radio Vilardevoz</i>	28
Consideraciones Finales	32
Referencias bibliográficas	36

Resumen

Con el siguiente trabajo monográfico se pretende dar cuenta de los cambios y transformaciones en relación al campo de lo mental en nuestro país. Haciendo referencia a la actual coexistencia de un modelo centrado en la enfermedad mental y un discurso que se centra en la salud propiciando un modelo integral en salud mental y las tensiones presentes en relación a esta coexistencia.

Con el objetivo de dar cuenta de las transformaciones que refieren a un proceso de transición entre un modelo centrado en la enfermedad hacia uno centrado en la salud integral de los usuarios del sistema de salud mental. Se hará mención a los cambios que han venido sucediendo en relación a la rehabilitación en el Hospital Vilardebó como centro de referencia de nuestro país, y las tensiones encontradas en relación a su funcionamiento como institución psiquiátrica, con un proyecto particular que funciona dentro de la misma institución, el colectivo de Radio Vilardevoz y su impulso a la creación de una nueva Ley de Salud Mental, donde a través de un espacio comunicacional y participativo se destaca las fortalezas de los usuarios para contribuir a los cambios en las formas de atención en salud mental y al desarrollo de acciones políticas que contemplen sus derechos.

Se propone contribuir a la deconstrucción de las prácticas establecidas por el modelo médico hegemónico, al que asisten los usuarios, apostando a la consolidación de un modelo comunitario en Salud Mental.

Introducción

El presente trabajo de carácter monográfico se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. A través del cual se pretende dar cuenta de las transformaciones en relación al tratamiento y al abordaje de lo que hoy podemos entender como parte de las problemáticas en torno a la Salud Mental.

Para ello se pretende realizar un recorrido histórico acerca de las concepciones de salud y enfermedad y los efectos que produce la locura y su versión de enfermedad mental, con el objetivo de ir dando cuenta del cambio de paradigma que actualmente permite enfocarnos en la salud y no en la enfermedad mental. Luego el análisis se centrará en la Salud Mental en nuestro país, teniendo en cuenta las prácticas que se han venido desarrollando a lo largo del tiempo con características propias del modelo de encierro, asociadas al saber-poder médico, así como también el aporte de diversos actores sociales en la creación de nuevas políticas de atención primaria en salud basada en la promoción y prevención, que apuntan al Modelo Integral de Salud Mental. A fin de enfatizar en aspectos que propician su consolidación, se abordarán los conceptos de participación y empoderamiento como aspectos centrales para este modelo comunitario que apuesta a la inclusión desde una perspectiva de derechos. Con el propósito de dar cuenta de los desafíos actuales frente a la creación de un modelo integral, se establece un análisis del funcionamiento del Hospital Vilardebó en lo que refiere a la rehabilitación, y las tensiones existentes con la participación del colectivo de Radio Vilardevoz en relación a los dispositivos comunitarios y a la lucha por una nueva Ley de Salud Mental. Se problematiza cómo se conjugan estos aspectos que velan por los derechos de los usuarios y la permanencia de las lógicas de poder en la institución psiquiátrica. Para ello se toman los aportes de Techera, Apud y Borges (2009) en *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*.

Historizando: el pasaje de un modelo de atención centrado en la enfermedad a uno centrado en la Salud

Desde un breve proceso histórico se dará cuenta de la evolución en relación a las concepciones de salud y enfermedad y los cambios producidos a través del tiempo. Destacando que estos conceptos (Salud y Enfermedad) son productos del contexto histórico y social que caracteriza cada época, pero aún se continúa teniendo en cuenta la clasificación de lo sano (lo normal) por un lado, y lo enfermo (la locura) por otro.

Teniendo en cuenta los aportes de Parafita (2010), la realización de un análisis en relación a las concepciones de la salud y la enfermedad a lo largo de la historia, permitirá comprender el porqué de determinadas prácticas en ambos campos, a lo largo de la historia, de distintas culturas y por supuesto también en el presente.

Según este autor en la Edad Antigua, las enfermedades eran de carácter mágico-religioso, formaban parte de las imperfecciones de la vida humana y el papel de los hombres era restablecer la salud. En el siglo V con Hipócrates comienzan los primeros estudios para comprender las causas naturales de la enfermedad y la incidencia del medio sobre la salud, y comienza a creerse que la enfermedad es una manifestación de la vida del organismo. En la Edad Media se dan explicaciones sobrenaturales de la enfermedad, la dominación de la Iglesia Católica y la enseñanza escolástica hacen prevalecer la explicación mística de las causas de las enfermedades, asociadas a la ira de los Dioses o a la acción de los demonios. Mientras que en el mundo árabe las explicaciones sobre la salud y la enfermedad se realizaban mediante un enfoque materialista, éste consideraba los estados de equilibrio o desequilibrio de acuerdo a ciertos principios establecidos, lo que determinaba un estado de salud asociado al equilibrio o de enfermedad asociado al desequilibrio.

Continuando con los planteos de Parafita (2010) se establece que con el desarrollo cultural y científico que se iba alcanzando en la Edad Moderna comienzan a abandonarse las explicaciones religiosas de las causas de las enfermedades y empiezan a buscarse en el campo de la realidad concreta. Los hallazgos de la microbiología y los avances de las ciencias modernas contribuyeron a la interpretación materialista, pero unicausal de la enfermedad, y también a consolidar un pensamiento biologista que en la actualidad permanece con firmeza. Los procesos económicos, sociales y tecnológicos desarrollados a partir de la Revolución Industrial dieron lugar a nuevas formas de comprender tanto la salud como la enfermedad. Se comienza a

tener en cuenta el contexto como influyente en el desencadenamiento de las enfermedades. Además de tener en cuenta sus aspectos biológicos y físicos comienza a tomar lugar una visión que va considerando los aspectos más generales de la vida en sociedad.

A partir de esta pequeña síntesis, se puede visualizar que el modo de poder aproximarse a la salud significó un importante cambio cualitativo, los desarrollos se centraron sólo en curar o entender la enfermedad.

Al decir de Parafita “los desarrollos instrumentales y teóricos del Renacimiento, si bien constituyeron un aporte significativo al conocimiento de las causas materiales de la enfermedad, contribuyeron a la progresiva desconsideración del polo positivo del proceso salud-enfermedad” (Parafita, D., 2010:5).

Según el mismo autor, en la Edad Contemporánea se desarrolla en algunos países de Europa una concepción de las prácticas de salud que ubican el ser humano en su contexto social, responsabilizando al Estado por la salud de la población. Estos desarrollos se consolidan e incrementan en el siglo XIX y se comienza a hablar de “medicina social” como la nueva forma de concebir los problemas de salud. Aparecen aportes no solamente de los médicos sino también de políticos, economistas, filósofos y de las nuevas disciplinas que van surgiendo, que expresaban que las causas de las enfermedades podrían relacionarse a las condiciones materiales de vida y del trabajo. Hacia el año 1830 en Europa surge de la mano del desarrollo de los Estados Modernos la Salud Pública. Algunas de las causas que dieron cuenta de que los Estados se tenían que hacer cargo de la salud de sus poblaciones tenía que ver con la migración masiva del campo a la ciudad, bajo las condiciones de hacinamiento las enfermedades se multiplicaban rápidamente. El desarrollo de la Salud Pública se orienta básicamente a la mejora de las condiciones de vivienda e higiene y al aprovisionamiento de agua y alimentos en condiciones.

Continuando con los aportes de Parafita (2010) en el siglo XX se estrechan los vínculos entre biología y medicina, aumentan los conocimientos del sustrato material de la enfermedad, se encuentran nuevos recursos físicos y químicos para hacer diagnósticos y tratamientos efectivos. De esta forma se va imponiendo una postura diferente que apunta a la comprensión multicausal de la salud y la enfermedad. Se establece que son causas que interactúan y se potencian recíprocamente. Estas consideraciones dan paso a concepciones más amplias, que se orientan a una perspectiva ecológica que va a considerar la salud como el resultado de una interacción favorable del hombre y el medio en el que se desarrolla su vida.

De esta forma se denota un cambio de paradigma en relación al campo de la salud y la enfermedad. El autor sostiene que desde fines del XV se tiene por objeto de estudio y trabajo a la enfermedad y al individuo descontextuado de su entorno social y las ciencias de la salud se centran en la clínica. Mientras que a partir del siglo XVII van surgiendo otras formas de comprender estas concepciones, que permiten en el siglo XX hablar de la salud y la enfermedad como proceso, pasando a tener por objeto de estudio y trabajo a la salud misma. Según Parafita (2010) este campo disciplinario va siendo enriquecido por las disciplinas emergentes en el proceso evolutivo de las ciencias sociales y la ecología humana, teniendo particular importancia la Psicología Comunitaria, la Psicología de la Salud y la Psicología Sanitaria.

Estos criterios de producción de salud y enfermedad referidos anteriormente, según Foucault (1967) remiten a las relaciones de poder y saber generadas por las condiciones históricas, económicas y políticas, y forman parte de las concepciones sociales y médicas acerca de la locura como enfermedad mental. Esto permite dar cuenta de que el “loco” no siempre fue considerado enfermo mental, lo que lleva a cuestionarse acerca de ¿Cómo se concibe a la locura antes de ser catalogada como enfermedad mental? ¿Qué lugar ocupaba el “loco” y qué atributos se le otorgaba en las diferentes épocas de la Historia? ¿Por qué pasa a ser encerrado y denominado enfermo mental?

Locura y enfermedad mental

De acuerdo a los aportes de Falcone (2010) en la Edad Antigua la locura se concibe como obra de entes sobrenaturales que se introducían en el cuerpo para perturbar al alma. Por mucho tiempo los locos fueron considerados poseídos por el diablo, espíritus malignos, por brujos o maestros de hechicería. La cura de estos males era competencia de la tradición cristiana y consistía en ahuyentar el demonio de los cuerpos de los hombres. A través de la liberación del espíritu quemando al poseído o la realización de exorcismo para aliviar el sufrimiento, si la posesión era del alma. Siendo responsabilidad de la Iglesia el conocimiento acerca de estos fenómenos que aquejaban a los “poseídos”.

Tomando los aportes de Foucault (1967), en la Edad Media, desaparece la lepra, la enfermedad del horror social en Europa, por la exclusión y el aislamiento de los leprosarios, permaneciendo los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso, como el sentido de exclusión y la visión de esta figura como

temible. Y este lugar que ocupaba la lepra en el Medioevo es adjudicado en el siglo XVII a la locura.

Foucault (1967) relata una forma de tratar a la a locura a través de la figura de “la nave de los locos”, una práctica en la que los considerados locos eran enviados hacia el mar alejándolos de la ciudad para que no interviniesen en el orden público. Con el tiempo, esta barca fue convirtiéndose en la representación de la inquietud que generaba la locura y el loco como personaje de amenaza en la sociedad.

Estas prácticas de expulsión, según Techera, Apud y Borges (2009), tienen sus orígenes en un ritual que se realizaba en varias ciudades de Grecia. A través del cual se buscaba purificar a la comunidad de las fallas establecidas en la sociedad. Para ello se elegía a una persona, entre los seres desviados de los cánones sociales (borrachos, inmorales, deformes, ladrones, etc.), que sería el chivo emisario, a quien se le deposita todos los males siendo paseado por la ciudad cargando un collar de higos mientras los demás ciudadanos lo humillaban y arrojaban desperdicios para luego ser expulsado o incinerado.

Por otra parte, Foucault (1967) describe la “coherencia” hacia la fantasía de la locura que toma lugar a principios del Renacimiento. Los temas literarios, filosóficos y morales referentes a esta temática adquieren una forma diferente, denotando la locura convertida en tentación, asociada a lo imposible, a lo fantástico, como algo que va contra la naturaleza, pero es precisamente eso lo que le da poder. Un polo opuesto de la locura como enfermedad mental, que fascina porque es saber, su figura absurda trae consigo un conocimiento difícil, cerrado y esotérico. El loco posee un saber temible, prohibido e inaccesible para el hombre razonable y prudente porque lo que nace en los delirios está escondido en algún secreto, en alguna verdad inaccesible. De esta forma Foucault (1967) plantea que en este tiempo desaparece la imagen oscura y de exclusión de la locura, representada a través de “la nave de los locos”, pasando a formar parte de una relación que tiene el hombre consigo mismo, con su verdad, que es la que él sabe percibir.

Pero con el devenir del Renacimiento, cuando se acentúan sus bases, se desarma esta visión fascinante de la locura, la conciencia crítica y la reflexión moral dan lugar a lo esencial, que pasa a ser la vida, la muerte, la justicia y la verdad. Y “la locura mostrará su mediocre verdad a la mirada del sabio” (Foucault, 1967:50). Se oculta la experiencia trágica y cósmica de la locura siendo ignorada por la naturaleza y la verdad, pero según Foucault no se trata de su destrucción radical porque bajo la conciencia crítica de la locura, planteada por los discursos filosóficos, científicos,

morales y médicos, se encuentra una conciencia trágica. Esta forma de ocultar la locura bajo el pensamiento racional, es para Foucault, lo que permite juzgar su experiencia bajo el análisis de enfermedad mental. A partir de entonces en la locura pasan a engendrarse los defectos más comunes que terminan siendo depositados en el “Hospital de los Locos”, y de esta manera el embarco es desplazado por el encierro. (Foucault, 1967:72)

En la Modernidad, como se establece anteriormente, se consolida el pensamiento biologicista y la interpretación unicausal de la enfermedad, acentuándose de esta forma la visión de la locura como enfermedad mental. El sistema jurídico y sanitario desplazan las explicaciones religiosas de la locura y la modalidad de castigo mediante las hogueras, torturas y ejecuciones es reemplazada por la vigilancia.

Continuando con los aportes de Foucault (1967) en el siglo XVII se crean internados donde se alojan toda clase de desviaciones: pobres, vagabundos, desocupados, locos. Siendo considerados incapaces y generadores de desorden, por lo cual eran encerrados como castigo moral por obstaculizar el progreso del Estado. Así nace una sensibilidad nueva hacia la locura, ya no religiosa sino social, donde debe excluirse al loco junto con los pobres. Y “La hospitalidad que lo acoge va a convertirse en la medida de saneamiento que lo saca de circulación” (Foucault, 1967:101)

En el siglo XVIII los locos alienados cumplen un régimen especial, entre la práctica de la internación y las exigencias del trabajo, sostenidos por una visión moral que condena la ociosidad. La internación antes de obtener un sentido medicinal o de curación tenía como objetivo el trabajo de los encerrados, con una impronta estatal que incorpora la vida como objeto de la política. (Foucault, 1967)

El mismo autor plantea que a fines de ese siglo ya es evidente que ciertas formas de pensamiento “libertino” tienen que ver con el delirio y la locura, admitiendo también que la magia, la alquimia, las prácticas de profanación y ciertas formas de sexualidad están estrechamente relacionadas con la sinrazón y la enfermedad mental, estableciéndose entre los grandes signos de la locura.

De esta manera, según Techera et. al (2009) se van consolidando las bases de la psiquiatría y el manicomio. Prevalece el modelo de vigilancia, disciplinamiento, corrección y castigo, apareciendo un conjunto de saberes técnicos que asisten en el diagnóstico y el tratamiento de las infracciones y desviaciones en una lógica que atraviesa las diferentes instituciones; educativa, sistema penitenciario, hospitales

psiquiátricos, etc. Y bajo este sistema se aborda la problemática relacionada a los “enfermos mentales”, en un diagrama que Foucault denomina “panóptico”. Éste surge del modelo del encierro, derivado del aislamiento del enfermo en la Edad Media, teniendo en cuenta una lógica dual de exclusión: loco/sano, peligroso/inofensivo, normal/anormal. Y del modelo disciplinario que consiste en la vigilancia y clasificación de la población dentro de cuadros que remiten a un eje básico de normalidad, experimentando con conductas, medicamentos y tratamientos. Estos últimos refieren a las primeras psicoterapias, los tratamientos corporales de shock como por ejemplo la “Silla de Darwin”.

Según De León (2005) va tomando lugar la medicina mental y creando una categorización racional de los comportamientos de los encerrados, apareciendo de esta manera tratados médicos sobre la locura que diferencian los establecimientos para los curables e incurables. Así va adquiriendo firmeza la concepción de enfermedad mental como resultado de fuerzas provenientes de dimensiones institucionales sanitarias, como el manicomio y los niveles de atención, jurídicas, que hacen referencia a la legislación sobre las condiciones de los tratamientos y el juicio de incapacidad, familiares y barriales, a través de dispositivos de depositación y exclusión basados en las técnicas de tratamiento y control social.

De esta forma se da cuenta del lugar que ocupa el “loco” en nuestra sociedad actualmente, el conocido “enfermo mental” o “paciente psiquiátrico” que habita las Colonias o en el mejor de los casos el Hospital Vilardebó y/o sus alrededores.

La vida del encierro. Acerca de las Instituciones psiquiátricas en Uruguay

La aplicación de los modelos de encierro anteriormente descritos a las instituciones psiquiátricas, permite hacer referencia al hábitat manicomial que describe Moffatt (1974). Un lugar físico cerrado, oscuro, frío, con falta de ventilación y completamente aislado del exterior. Donde ningún internado puede establecer un espacio privado para su identidad personal porque permanece bajo la actitud controladora-represora de la institución, donde hasta la disposición de las camas están colocadas para la mejor vigilancia. El hacinamiento es la característica de este hábitat, lo que conlleva al retraimiento como forma de mantener distancia, que evidentemente no puede ser espacial. El sometimiento, la soledad, la tristeza, el desamparo, el aislamiento, la falta de cuidado y protección, la carencia de vínculos emocionales y afectivos caracterizan la forma de vida en las instituciones psiquiátricas.

Techera et. al. (2009) hacen referencia entre estos factores adversos que produce la institucionalización en hospitales psiquiátricos a la iatrogenia y la estigmatización. El primer término refiere a la sucesión de eventos que lleva a un deterioro progresivo en las capacidades cognitivas y sociales de las personas que se encuentran internadas, porque son encerradas permaneciendo en un lugar que las aísla del entorno social siendo estancadas por el sedentarismo y la pasividad, perdiendo la posibilidad de salir adelante. De esta forma dichos autores establecen que se observa que su ingreso a la institución psiquiátrica determina la imposibilidad de continuar el rumbo “normal” de su vida cotidiana.

“Vivir la situación como tal, implica a la totalidad de la persona, el espacio y el tiempo que establecen la posibilidad de existencia se capturan. Ese tiempo y espacio vital, han sido históricamente quitados de la administración autónoma de quién queda ubicado como enfermo mental, sometándose a un tiempo y espacio institucional limitado, diagramados rígidamente en función de las relaciones de poder que constituyen la institución manicomial” (De León, 2005:120)

Teniendo en cuenta esta realidad y pensando en el Hospital y las Colonias de “asistencia” psiquiátricas de nuestro país hoy en día, cabe preguntarse ¿Qué hay del modelo de encierro y las prácticas impuestas actualmente en nuestras instituciones psiquiátricas? ¿Cuánto sabemos realmente de eso como para distanciarlas de las realidades de las demás épocas? ¿Es la promesa de la “cura” de la “enfermedad mental” y la imposibilidad de convivir con la “locura” lo que sostiene la imposición de las lógicas manicomiales? Cabe destacar que estas interrogantes despliegan un fuerte análisis y fundamentación teórica, reconociendo dicha complejidad y lejos de abordarla, se pretende introducir aquí algunos lineamientos que refieren a tal producción, centrados en las problemáticas actuales en torno a la salud mental, a través de una visión crítica de la imposición manicomial, las formas de tratamiento y la medicalización, desde una postura que propicia la construcción de un modelo integral de salud mental.

Según Techera et. al (2009) históricamente la exclusión, estigmatización y el encierro han formado parte de las instituciones manicomiales. Y detrás de los

conceptos actuales de “libertad” e “igualdad” se esconden nuevas prácticas de dominación y reclusión, asociadas entre otras cosas, a los tratamientos psicofarmacológicos y las formas de lucro de las industrias farmacéuticas. Éstos son los actuales instrumentos psicoterapéuticos, que no denotan una imagen de violencia física como sí se establece al colocar el chaleco, la ducha de agua fría o las convulsiones propias del electroshock, pero al decir de Moffatt, haciendo referencia a los psicofármacos, “La violencia viene después de ingerirla, sólo después, cuando el paciente lo siente dentro de su cuerpo, actúa ésta desesperante violencia que se ejerce desde lo interno de su persona” (1974:53).

Continuando con los aportes de Techera et. al. (2009) se considera que para contemplar el fenómeno de la locura es necesario tener en cuenta que los factores que determinan su conducta, y sus características psicológicas no pueden asociarse solamente a una causa, sino que se debe evaluar contextualmente cómo se desarrolla la persona, y el conjunto heterogéneo de factores, biológicos, ambientales, culturales y vinculares.

Por su parte, Costa y López (2014) de acuerdo con la concepción biopsicosocial de la salud y apostando al modelo comunitario en salud mental, rechazan la denominación de los problemas psicológicos como enfermedades mentales. Ambos consideran que los problemas psicológicos forman parte de la experiencia de la vida y se los debe contextualizar en los aspectos biográficos y ambientales de las personas. Las reacciones, el comportamiento y las emociones de cada sujeto no deben reducirse estrictamente al componente biológico. Afirmando que esta denominación es consecuencia del modelo psicopatológico establecido desde el siglo XIX con una impronta cerebrocentrista. Éste determina las reacciones, conductas y las emociones humanas bajo el epígrafe de enfermedad. Lo que para dichos autores no es más que una “logomaquia”, ya que se inventan nombres de enfermedades a distintas manifestaciones que se describen, pero no se explican, y terminan convirtiéndose en algo que la persona “tiene”, determinando una gran variedad de “patologías mentales”.

Es de importancia el abordaje de estos aportes que permiten salirse de los lineamientos teóricos que operan como impuestos desde el discurso social y médico. Es necesario detenerse y problematizar los aspectos que caracterizan la sociedad de control (Deleuze) de esta época y su relación con las prácticas de la hegemonía del discurso médico que cada vez opera con más firmeza.

De acuerdo a lo planteado por Stolkiner (2013) esta fuerte presencia del discurso médico en la vida colectiva y en las singularidades cotidianas de los sujetos forma parte del proceso de medicalización. Según Foucault dicho proceso se inicia con el nacimiento de los estados capitalistas modernos occidentales, cuando la medicina científica de base positivista pasa a formar parte de la gubernamentalidad estatal e incorpora la vida (“bios”) como objeto de la política, estableciendo la Biopolítica. Continuando con los aportes de Stolkiner (2013) se considera que en la actualidad el impulso de la medicalización es la introducción de la vida y la salud al proceso mercantil, denominado “mercantilización de la salud”. (Stolkiner, 2013:4)

Teniendo en cuenta la configuración de estas prácticas que hacen al proceso de medicalización y mercantilización de la salud se despliegan interrogantes como ¿Qué hay de estos dispositivos de atención y tratamiento a la salud mental?, ¿Es posible pensar otro modelo de abordaje a estas problemáticas? Realizar un estudio acerca de estas cuestiones, asociadas a la construcción de las diversas patologías existentes actualmente, los métodos diagnósticos y el consecuente despliegue de remedios y psicofármacos implica contribuir a la posibilidad de otro abordaje en relación a lo que está instituido con la etiqueta de “enfermedad mental”. Este concepto, como plantean Techera y Apud (2013) responde a prácticas sociales relativas al tratamiento de lo diferente, lo que hace ruido y no puede articularse en la cadena capital-trabajo. Lo que determina una tendencia general de excluir y encerrar la locura, vinculada al miedo, a la reproducción de las lógicas de poder que permanecen en los trabajadores de la salud, al desarrollo de la mercantilización farmacéutica, y también la inoperancia del sistema político.

Salud Mental en Uruguay

Teniendo en cuenta los aportes de Techera et. al. (2013) se hace referencia a la Salud Mental en relación a la noción de campo expuesta por G. Baremlitt (1998) como:

“Lugar de entrecruzamiento de múltiples determinaciones que configuran líneas de fuerza, materialidades diferentes y articuladas o mezcladas, o completamente inter-recurrentes entre sí. Siempre pensamos que existe una determinación sociopolítica, económica, ideológica, es decir histórica en lo que llamamos campo de lo mental”. (Techera et. al. 2013: 18)

Diversos autores que confluyen en la publicación “Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las políticas en salud mental” (De León coord.2013) coinciden con los aportes de que en nuestro país las formas y concepciones del tratamiento de las llamadas enfermedades mentales se discuten desde finales del siglo XIX, cuando se inaugura el Hospital Vilardebó, y a comienzos del siglo XX, con la creación de las Colonias, Etchepare y Santín Carlos Rossi, que prometían avances significativos con respecto a los tratamientos administrados hasta el momento.

Según Techera et. al. (2013) las primeras internaciones por trastorno mental se remontan al año 1778 en el Hospital de Caridad en Montevideo. El primer nosocomio fue llamado “Asilo de Dementes” y funcionó en el año 1860 en la quinta de Don Miguel de Vilardebó, caracterizado por los cepos y fuertes castigos físicos. Antes de su existencia los locos vivían en la calle, cuidados por algún familiar o encerrados en prisión si cometían conductas antisociales. En 1880 se realiza la apertura del Manicomio Nacional, luego llamado Hospital Vilardebó, formando parte del primer impulso modernizador del país. También surge en esta época la psiquiatría, influenciada por la nueva Facultad de Medicina mediante las transformaciones del proceso de modernización. A partir de allí estas disciplinas atraviesan un gran desarrollo que Barrán (1990) denomina “Disciplinamiento” y la figura del médico y su discurso pasa a tener un lugar preponderante en la sociedad uruguaya.

Continuando con los aportes de estos autores, se establece que con el correr de los años la población del Hospital crece de manera muy rápida. En 1905 surgen diversos talleres como, escobería, carpintería, zapatería, pintura, y más adelante la

laborterapia (la cura por el trabajo que tiene su origen en Alemania). Y en 1912, debido al crecimiento de la población del Hospital y como medida para combatir el hacinamiento, se funda la Colonia Etchepare a 79 kilómetros de Montevideo. Estos dos centros se constituyen como lugares que sostienen la atención en salud mental de los sectores de la población afectados por la vulnerabilidad social, llegando a albergar a mediados del siglo XX a 5.000 personas.

Según Techera et. al. (2009) y como se hace mención anteriormente, durante años se establece el modelo de atención a la salud mental predominantemente manicomial sustentado en la Ley Nº 9.581 “Asistencia a psicópatas” del año 1936, basado en los tratamientos invasivos y el encierro, promoviendo la protección de los bienes y los terceros de las reacciones incontroladas de los enfermos. El saber médico psiquiátrico y por ende la sociedad en general, consideraba al “loco” como amenaza para el orden establecido a través de las normas sociales, morales, familiares y económicas.

Siguiendo con estos lineamientos, hasta los años 50 permanece la etapa pre-farmacológica, y el negocio era la explotación del loco como mano de obra. La mayoría de los pacientes eran inmigrantes que no se adaptaban a las nuevas condiciones de vida, teniendo muchos de ellos algunos oficios. A partir de los años 50 se accede al tratamiento psicofarmacológico, que trae importantes cambios en asistencia psiquiátrica.

Techera et. al (2013) plantean que, si bien, a través de la medicación se logra controlar algunas alteraciones psíquicas importantes, también se observa la aparición de síntomas secundarios como disfunciones del humor, sexuales y del sueño, arritmias cardiacas, entre otras, como consecuencia de la medicación. Pero esto no detiene sino que impulsa aún más el avance de la psicofarmacología, desarrollándose otras drogas que acompañan los efectos negativos de las primeras.

Según Techera et. al. (2009) en estos años se desarrolla el sector de laborterapia del Hospital Vilardebó con la dirección del Dr. Luis Barindelli, quien incorpora otras estrategias de tratamiento y rehabilitación, contemplando la atención clínica a las necesidades de los pacientes, se piensa en un “hospital activo”. Se comienza a entender la enfermedad mental como un fenómeno complejo relacionado con múltiples factores, físicos, psíquicos, morales, vinculares y económicos. Se considera al aislamiento como causa de peso en la consolidación del “enfermo pasivo” y se apunta a la activación del paciente. Se distinguen dos vías en el proceso terapéutico: una basada en el tratamiento que se desarrolla sobre la parte enferma y la

otra vía se enfoca en lo sano vinculándose con la historia de la persona, con aquello que la mantenía en comunidad. Teniendo en cuenta las dos vías se da la atención integral del paciente, pero el funcionamiento del sistema asilar no contempla esta atención respondiendo solamente a la primera. El impulso de los psicofármacos contribuye a la explicación biológica de la enfermedad mental y el Hospital se convierte en una fábrica de explotación y vulneración de los enfermos, a través de las condiciones de encierro y los tratamientos en base a electroshock, la medicalización y las prácticas experimentales de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

Continuando con los aportes de Techera, et. al. (2013), en 1966 se abre una nueva fase en la psiquiatría nacional. Se conoce el Informe de Pierre Chanoit, consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que diagnostica las carencias del modelo de atención a la salud mental centrado en el manicomio y la necesidad de avanzar en la transformación del modelo asilar. Este informe sirve de inspiración para la creación del Plan de Salud Mental en 1972, proceso que se detiene por la dictadura pero es retomado en la década de los ochenta.

Según estos autores, las diferentes crisis que afectaron al país a lo largo de su historia, las migraciones y las faltas de oportunidades marcan una degradación de los servicios de salud mental, donde la masificación y la falta de presupuesto fueron elementos claves para la decadencia de los servicios públicos de atención. Hasta entonces se marca un gran período del modelo de atención a la salud mental, que finaliza con el comienzo de la dictadura cívico militar (1973-1985).

Un período, podría decirse caracterizado por la atención psiquiátrica de las llamadas enfermedades mentales a través de los tratamientos invasivos basados en el encierro de los cuerpos, la exclusión y explotación del “loco” o paciente psiquiátrico, y el predominio de la medicalización.

Prácticas y políticas

Según Ginés (2013) a partir de 1985, con un ambiente propicio dada la reapertura democrática, es promovido el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) por un movimiento de amplia participación, impulsado por el clima generado por las amenazas de cierre del Hospital Vilardebó y todo lo que eso implicó a nivel de pacientes, familiares, trabajadores, técnicos y docentes de salud mental. Es así, como a través del impulso de estos actores organizados en instituciones sociales, gremiales,

científicas y académicas convocadas por la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) que en 1986 se construye el Programa Nacional de Salud Mental aprobado por el Ministerio de Salud Pública. De esta forma se visualizan nuevas propuestas en relación a la salud mental producto de las demandas de una sociedad que había sido muy afectada en relación a los Derechos Humanos y se crean nuevos planes y políticas dirigidas a esta temática, lo que trajo también consigo nuevos, graves y complejos desafíos.

Según Techera et. al (2013) se intenta retomar las líneas expuestas en 1972 y se plantea nuevos modelos de atención y tratamiento, teniendo como cometidos la Atención Primaria en Salud, la creación de equipos de salud mental en hospitales generales, la descentralización del servicio hacia el interior del país, la creación de centros de rehabilitación, entre otros.

Continuando con los aportes de Ginés (2013) se establece que el Programa abrió tres direcciones: el despliegue de los centros de salud comunitarios, el desarrollo de unidades de salud mental en hospitales generales y los nuevos modelos de atención a las personas con trastornos mentales severos, y la reestructuración del Hospital Vilardebó y la Colonia de Asistencia Psiquiátrica.

Por su parte Techera y Apud (2013) plantean que el plan no llega a concretarse completamente, pero hay ciertos cambios, como la creación del Área en Salud Mental, la Residencia Médica Hospitalaria en Psiquiatría, la descentralización del servicio y la creación de centros de rehabilitación (Centro Diurno del Hospital Vilardebó, Centro Sayago, el Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social).

Según los mismos autores, en lo práctico los centros se encuentran en difícil situación, con falta de recursos humanos, escasa formación específica, falta de apoyo económico y político por parte de los gobiernos de impronta neoliberal. Lo que determina una trayectoria compleja y contradictoria del PNSM que es acrecentada con la crisis del 2002, aumentando la marginalización y exclusión de las personas con padecimiento psiquiátrico.

También De León y Fernández (1996) realizan una crítica a los cambios establecidos a partir del PNSM, ya que estos nuevos requerimientos implicaron una “desmanicomialización forzosa”, a través de la reconversión del Hospital Vilardebó en un hospital de atención a los enfermos agudos, y al cierre del Hospital Musto, lo que determinó la reclusión de su población a las colonias o directamente a la calle.

Plantean dichos autores que, la desaparición del “modelo asilar” supone un diseño que pueda sostener adecuadamente a la población, prestando los servicios necesarios, debería hacer énfasis en la integralidad de la asistencia, desarrollar estrategias de rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario que implique la educación de los usuarios, las familias, los trabajadores de la salud y la comunidad en general. (Techera, et. al. 2013:20)

Continuando con los planteos de Techera et. al. (2013) el proceso de reforma en Salud Mental se destaca en la Declaración de Caracas en el año 1990, resultado de la Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina establecida en encuentro con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (O.P.S/O.M.S). Se proclama la superación del modelo asilar porque no es compatible con los nuevos objetivos enfocados en la atención comunitaria: descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, y en la lucha contra los problemas de abuso y discriminación que sufre la población con problemas de salud mental. Se establece que el hospital psiquiátrico no puede ser la única modalidad asistencial y que la internación separa y aísla a la persona del medio poniendo en peligro los derechos humanos y civiles de los usuarios (OMS, 2006). (Techera, et. al. 2013)

En relación a los aportes internacionales, según Cano (2013) el sistema de salud mental italiano fue pionero en el movimiento de desmanicomialización, con la idea fundamental de separar la enfermedad mental del dualismo normalidad-anormalidad del que había estado unida desde siempre. Se inaugura un proceso de reforma mental con la Ley N°180 conocida como “Ley de Basaglia” aprobada en 1978. Se encargó del cierre de los manicomios, de los hospitales psiquiátricos y a través de transformaciones en las prácticas y terapéuticas prohíbe la terapia electroconvulsiva. También los diseños de políticas en salud mental en otros países como Brasil (Principios de Brasilia), Argentina y España han investigado diferentes formas de tratamiento para las enfermedades mentales, como el tratamiento ambulatorio y la rehabilitación psicosocial. Estos antecedentes de reformas en el campo de la salud mental con fuerte énfasis en los modelos comunitarios y de derechos humanos contribuyen a las nuevas acciones políticas en nuestro país.

Continuando con los aportes de Techera et. al. (2013), en 1995, la ONG Mental Disability Rights International (MDRI, 1995) presenta un informe sobre el estado de situación en nuestro país, donde se constata el casi exclusivo uso de psicofármacos y electroshocks, la falta de personal especializado y el maltrato a los

internados. Se plantea una serie de recomendaciones en relación a estrategias alternativas y comunitarias para revertir la situación como ser, evitar las internaciones de los “pacientes sociales” (personas que están internadas sin tener un diagnóstico de enfermedad mental que lo amerite), construcción de redes de asistencia que permitan sostener a las personas y sus familias, fomentar programas de sensibilización sobre la temática, contar con formas de evaluación de la calidad y la efectividad de los tratamientos y disminuir lo más posible el uso de terapia electro-convulsiva y las terapias alternativas al modelo médico hegemónico.

En relación a lo expuesto hasta el momento y de acuerdo a lo que plantean dichos autores, si bien se conforma la existencia de una legislación clara que contempla los derechos de los usuarios, producto entre otras influencias, principalmente de los movimientos sociales que comienzan a avanzar con diversas luchas, en la práctica dichos aspectos son violentados en muchas situaciones. Como por ejemplo, las internaciones involuntarias y la utilización de tratamientos invasivos sin el consentimiento correspondiente, entre otras, propias del modelo asilar que continúan fuertemente impuestas. De esta forma se puede decir que comienza un proceso con una impronta discursiva ampliamente comprometedor acerca de la salud mental, donde se prioriza el trabajo por la salud y no sólo por atender la enfermedad, pero la real concreción de muchas prácticas queda en el debe, al decir de Ginés, “aún en fase naciente de desarrollo y consolidación” (2013:46)

Según Techera, et. al. (2013) a partir del 2005 se establece un cambio importante a nivel de las políticas dirigidas a la salud en general y mental en particular. Se promueve la actualización del Programa Nacional de Salud Mental, con principal expresión en el sector público y universitario, en nuevas condiciones sociales y políticas para construir lineamientos participativos desde las perspectivas vinculadas a los aspectos culturales, legislativos y de Derechos Humanos concernientes a la problemática. En materia de Derechos Humanos se incorpora al ordenamiento jurídico la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, constituyendo un pilar fundamental en el abordaje de la salud mental.

Continuando con los planteos de dichos autores, en lo que refiere a los aspectos legislativos, se destaca por parte de la C.A.T.P, integrada por usuarios y sus familiares, gremios y diferentes profesionales, la redacción de un Anteproyecto de Ley de Salud Mental desde la óptica de los Derechos Humanos que sería publicado en el año 2009 con el fin de una nueva Ley de Salud Mental, buscando reafirmar la calidad de derecho de todas las personas y la construcción de ciudadanía. Propiciando la

participación y colaboración de los usuarios y familiares en la planificación, elaboración y evaluación de las Políticas Públicas en Salud Mental.

El Anteproyecto contempla transformaciones fundamentales y la superación de la vieja Ley del Psicópata, cambios sustanciales y necesarios para una humanización del sistema de atención de la salud mental. Declarándose la importancia de las actividades orientadas a la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción social en Salud Mental. Se reconoce a ésta como inseparable de la salud integral, siendo parte de la construcción histórica, genética, biológica, psicológica y sociocultural de la persona, por lo que es necesario lograr las mejores condiciones para su preservación y mejoramiento. (Ministerio de salud Pública, 2009) (Techera y Apud 2013:34)

Según Techera y Apud (2013) en esta última década el tema de la salud mental y su atención tiene un mayor protagonismo en la agenda pública. Mediante estas consideraciones se va logrando un nuevo estilo de asistencia que da paso a las transformaciones del actual Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Éste se establece en el marco de la Ley 18.211 del año 2007. Lo que implicó importantes mejoras en relación a la promoción de un sistema integral de salud en nuestro país. Estos autores consideran que si bien la falta de apoyo económico, de organización y de formación de recursos humanos no permiten el cumplimiento de las metas que el plan se propone, de todas formas se cree que su creación puede llegar a ser el puntapié inicial para la transformación del Sistema Nacional de Salud Mental, que solucionen los problemas relativos al encierro y la estigmatización social.

Con la incorporación del SNIS se promueven transformaciones en relación a la atención y administración, fomentando la inclusión y participación social. Se impulsan programas comunitarios con fines de rehabilitación y se establece una reestructuración de la salud como derecho a través de nuevos estilos de trabajo colectivo, que estaba siendo olvidada bajo un dictamen neoliberal que configuraba el acceso a la asistencia en relación a la situación económica, generando serias desigualdades en los servicios.

En relación a esto cabe destacar que en los últimos años de a poco la salud mental viene tomando lugar en la agenda política. Mediante estos procesos de cambio, es de fundamental importancia la activa participación de diversos actores sociales como los que conforman asociaciones de usuarios y familiares que visualizan la limitación de las personas con trastornos psiquiátricos a ejercer sus derechos, y llevan adelante diversas experiencias de lucha y defensa de los mismos. Como por

ejemplo la creación del PNSM y del Anteproyecto, marcando impulsos relevantes en materia de participación social y salud mental. Por lo que se puede considerar que si bien las estrategias establecidas en políticas tienen serias contradicciones y se alejan bastante de la realidad, de a poco se van logrando ciertos avances impulsados por los movimientos sociales y la participación de la sociedad civil que permiten ir encaminando otras formas de atención y tratamiento más próximas a un abordaje integral de la salud mental. En relación a esto, se propone a continuación, exponer algunos aspectos considerados centrales para realización de avances significativos en dicha temática, basados en la participación y el empoderamiento de los usuarios del sistema de salud mental.

Participación y empoderamiento:

Es necesario el abordaje de los conceptos de participación y empoderamiento, considerándose elementos claves de un enfoque inclusivo en Salud Mental.

La participación, además de ser una forma de ejercer derechos, permite una producción social de poder, del que son excluidas las personas con trastornos mentales, siendo por el contrario, marginados y objetos de ese poder y de control.

Por su parte el empoderamiento, tanto para la salud como para la comunidad, permite cambiar esta posición, apuntando a que los usuarios adquieran un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud, posibilitando también la confianza en sus propias capacidades, lo que oficia como fortaleza para actuar colectivamente e impulsar cambios positivos en relación a su situación de vida.

Estos elementos auspician lo que Rebellato (2000) plantea como ética de la autonomía y de la libertad, donde “el concepto de poder cambia sustancialmente, transformándose en un poder que despierta los poderes de los actores sociales; por ello mismo el poder circula, tiene carácter provisorio, reclama constantemente participación activa” (Rebellato, 2000:65). El poder es entendido como “poder de”, es decir, como capacidad, como producción; enmarcado en un proceso de reconstrucción que permita remover el arraigo a las dominaciones y a las lógicas autoritarias que transversalizan nuestros procesos subjetivos.

Para participar, entonces, es necesario poder
conmoverse y comprometerse con otros en aquello que

queremos cambiar. Participar en el campo denominado de la salud mental es un movimiento que requiere ir generando posturas éticas y políticas sobre concepciones de sujeto, sobre terapéuticas, sobre derechos. Participar, además, es habilitar a que otros lo hagan y hacer con otros que ya están haciendo. Participar lleva tiempo, paciencia y convicción. (Baroni, Jiménez, Itza, Giordano 2013:171)

Al hacer referencia a estos conceptos es pertinente tener en cuenta la relación de los Derechos Humanos y la Salud Mental. Puesto que la participación y el empoderamiento forman parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos comprendidos en los conceptos de libertad, igualdad, justicia, libre expresión, opinión etc. Formando parte de una realidad esencial del ser humano que el Estado debe garantizar. (De León y Kakuk ,2013)

Sin embargo, según lo establece Kakuk (2013) estas garantías históricamente han sido vulneradas para quienes tienen afecciones mentales, ya que la mayoría de las veces estas personas son pensadas, habladas y actuadas por otros. Según la autora es necesario considerar en este sentido la capacidad jurídica, que hace referencia a la aptitud para adquirir derechos y contraer obligaciones. Se compone de dos aspectos, por un lado la capacidad de goce, que es la aptitud para adquirir derechos, y por el otro, la capacidad de ejercicio, que refiere a la capacidad de actuar en la vida jurídica. Está comprendida dentro de la personalidad jurídica, aspecto que la Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce para todas las personas, sosteniendo en su Artículo 6 la calidad de ciudadano sujeto de derechos, "Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica".(Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948). Pero es de destacar que en el caso de declaración de incapacidad este ejercicio de los derechos se pierde.

De esta manera según Kakuk (2013) se reconoce la salud mental como derecho humano, pero dicho reconocimiento es condicionado por la singularidad histórica, social, económica y política de cada cultura. Y no siempre es tenida en cuenta como tal porque existen diversas prácticas que ponen en cuestión la calidad de sujetos de derecho de las personas declaradas incapaces.

De acuerdo con los aportes de Moffatt (1974) acerca de la vida en las instituciones psiquiátricas, se establece que el internado se siente descalificado y

cosificado, no posee nada sentido como propio, se deteriora el sentimiento de autonomía y auto-respeto porque lo que emite es re-interpretado como “cosa de loco”. Esto lo lleva a adaptarse y aceptar las imposiciones y propuestas de “loco adaptado”, obediente y respetuoso de enfermeros, diagnósticos, reglas de vida y lógicas de poder cumpliendo con las expectativas del medio institucional.

Esta situación conforma la realidad de las personas internadas siendo producto del modelo médico hegemónico que se impartió (y continúa impartiendo) por mucho tiempo en el sistema de salud. Donde el profesional es quien tiene la verdad y el saber y los pacientes deben acatar órdenes y cumplir con las indicaciones para ser curados. Continúa impuesta la “promesa de la cura” como única solución a esta problemática, donde el convivir con la “locura” no es posible y se niega de antemano toda posibilidad a ello.

Teniendo en cuenta las condiciones de sometimiento anteriormente descritas ¿Podría hablarse de participación y empoderamiento? Estos conceptos parecerían ser una utopía que se aleja completamente de lo real y posible. Por lo cual se intenta problematizar y reflexionar en base a ellos en el actual abordaje a las llamadas enfermedades mentales, con el fin de contribuir a la aceptación por parte del colectivo social que otra realidad es posible para esta población y que los diseños de las políticas públicas, la legislación concerniente a dicha problemática y la Declaración de los Derechos Humanos no descansen sobre líneas escritas.

En la actualidad se plantean transformaciones que contemplen dichos aspectos, y que a pesar que se enfrentan a los desafíos institucionales de un modelo de atención asilar continúan en pie para ir ganando lugar, un lugar que no determine demasiadas diferencias.

De León y Kakuk (2013) afirman que en los últimos años hay una mayor conciencia social y jurídica para la igualdad de oportunidades y condiciones de las personas con capacidades y potencialidades diferentes, que pasa a entenderse como discapacidad social. Según dichos autores la nueva concepción no contempla la discapacidad como un problema individual, sino como algo dado por las limitaciones que pueda tener la persona y las barreras que pone la sociedad respecto de ello. En tal sentido se destaca la responsabilidad colectiva y la acción social ya que muchas condiciones son creadas por el mismo ambiente social, dando lugar al proceso de exclusión y desigualdad. Este nuevo paradigma deja atrás el concepto de discapacidad como enfermedad y el enfoque médico ya no se ve como el punto principal, visualizando el concepto desde un enfoque social participativo.

Continuando con los aportes de De León y Kakuk (2013) se establece que en el ámbito internacional y en el marco de organizaciones mundiales y regionales, se han elaborado normas, tratados, convenciones, declaración de principios referentes a situaciones de salud mental, que abogan por la naturalización y aceptación de las diferencias, por un trato igualitario y solidario entre los seres humanos y las instituciones, y que contienen nuevos soportes epistemológicos y paradigmas aplicables al campo de la salud mental.

Estas ideas también se establecen en la Propuesta del Anteproyecto de Ley de Salud Mental, considerándose fundamentales los derechos de asociación, libre pensamiento y participación ciudadana para garantizar la atención de sus reales necesidades. Se enfatiza en la promoción de condiciones de organización y participación de los usuarios y familiares, no solamente en la evaluación sino también en la construcción de políticas de atención a la salud mental. En relación a esto Techera, et. al. (2009) plantean que:

Recordar a los Estados sus responsabilidades depende de la capacidad de empoderamiento de las personas y los colectivos, de la recuperación de los capitales simbólicos y políticos que conforman el sentido de ciudadanía en tanto ejercicio efectivo. La participación activa en los procesos democráticos da vida a derechos sociales, económicos e incluso comunitarios que deben traducirse en políticas públicas, bajo una lógica de Estado que obedezca a las reglas de un nuevo pacto social (2009: 43)

Tener incidencia participativa en ese sentido implica la deconstrucción de lo que Rebellato (2000) denomina imaginario social de la despolitización, que considera que la actividad política se limita a decisiones de expertos aceptando el sistema en que se vive sin posibilidad de construir alternativas. Por lo tanto, es preciso desmoldar este imaginario para dar lugar a la participación ciudadana que es en realidad la posibilitadora de estas transformaciones sociales. Ahondando en este proceso se hace referencia a una “ética de la liberación”, planteada por el mismo autor y basada en “la construcción de alternativas de vida desde los movimientos populares; una ética asentada en la vuelta del sujeto viviente, que ha sido reprimido, negado, desplazado por el actual modelo dominante de sociedad” (Rebellato 2000:32). Donde la dignidad

juega un papel preponderante, fuente de lucidez que permite ver lo negado y olvidado. “Traspasa fronteras y afirma la unidad de lo fragmentado. Permite que expresemos lo impensable del horror, el miedo reprimido que sentimos frente a la exclusión” (Rebellato 2000:32). De esta dignidad debe apoderarse el imaginario colectivo y permitirse ver la realidad del otro de otra manera, de manera que también lo implique a través de la lucha por otras alternativas posibles.

Frente a lo expuesto anteriormente, es claro que las propuestas están, y se destacan ciertos avances en relación al tema, pero siempre es necesario el acercamiento a la realidad concreta. Es así como se propone a continuación un panorama del funcionamiento del Hospital Vilardebó en relación a la rehabilitación, y al espacio participativo de Radio Vilardevoz con el fin de visualizar los aspectos que hacen al usuario del Sistema Integral de Salud priorizando la salud misma y no al “paciente” psiquiátrico o psicópata comprendido desde su enfermedad en la realidad institucional. Más precisamente aquellos aspectos que contemplen la participación y el empoderamiento como conceptos fundamentales al momento de pensar en las transformaciones e inclusión social, como parte de la rehabilitación psicosocial. Con el reconocimiento de los grandes desafíos institucionales a los que deben enfrentarse para ir logrando posición.

Hospital Vilardebó y Rehabilitación

En el Hospital Vilardebó existen diferentes espacios y actividades enmarcadas dentro de un proceso de “rehabilitación” de los pacientes. Lo que conlleva a tener en cuenta qué concepción de rehabilitación se establece en dichas actividades.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la rehabilitación psicosocial:

Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos – que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap o desventaja de un trastorno mental– para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un

trastorno psíquico o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La rehabilitación psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad” (1997)

Techera et. al (2009) hacen mención a la existencia de una concepción de rehabilitación más ortodoxa, que refiere al conjunto de técnicas que permitirían a la persona, luego de su enfermedad, recuperar sus capacidades cognitivas y sociales, con el objetivo de poder integrarse a la sociedad.

Continuando con los aportes de dichos autores se considera que en el Hospital Vilardebó hay dos espacios oficiales referidos a la rehabilitación. Por un lado los talleres que funcionan en el interior de las salas, en dos salones, uno en el sector de hombres y otro en el de mujeres. En el de hombres funciona el programa Puertas Abiertas, donde trabajan principalmente estudiantes de psicología en calidad de voluntarios, que acompañan a los internados generando espacios de escucha y sostén. Existe también una Huerta Orgánica que surge en el 2005, con el objetivo de movilizar y sacar el apragmatismo de la población internada. Y el otro salón está destinado a talleres de escritura, expresión plástica y corporal y el teatro.

El otro espacio considerado de rehabilitación es el Centro Diurno, que ofrece distintas propuestas tanto a los internados como a los que han sido dados de alta pero siguen en proceso de rehabilitación. En el marco de este espacio se realizan actividades de cerámica, expresión corporal y plástica, escritura y teatro.

En relación a estos espacios de rehabilitación, establecidos como oficiales porque son los reconocidos y aceptados a nivel institucional, se considera que, el hecho de que los talleres se vinculen más a lo recreativo o alguna labor puede estar contribuyendo de alguna manera a generar autonomía. Pero también hay que tener en cuenta por ejemplo qué tipo de labor o actividades y qué condiciones tienen para desarrollarlas posteriormente, ya que muchos usuarios luego del alta permanecen en situación de calle, son personas de bajos recursos y como mencionan Techera et. al (2009) sus problemas de salud mental se vinculan directamente con otros de carácter social y económico, lo cual resulta otro aspecto a tener en cuenta frente a ciertas

propuestas metodológicas que sin lugar a dudas, deben poder contemplar las características de la población.

Cabe destacar que las actividades desarrolladas en dichos centros de rehabilitación permiten a los usuarios establecer un tipo de relacionamiento distinto al característico dentro de la institución, destacando la importancia del vínculo y lo grupal, la interacción entre ellos y el desarrollo de habilidades. Lo que Moffatt (1974) establece como “terapia re-adaptativa”, destacando la importancia de aumentar la variedad del sistema de realidad del internado, es decir, “ir devolviéndole sus estímulos (emotivos, verbales, corporales, instrumentales, espaciales) para extraerlo de la depresión crónica, del empobrecimiento psicológico que provoca el tratamiento manicomial” (1974:21).

De todas formas, y volviendo a los conceptos que se pretende abordar en particular cabe preguntarse acerca de la relación de esas actividades y la participación y/o el empoderamiento, ¿Qué lugar ocupan dichos conceptos en el Hospital Vilardebó?

Es considerable la importancia de talleres de este tipo, que desafían al ocio con tareas que organizan la dinámica del esquema corporal, ejercitan y evidencian aspectos personales y afectivos, sumamente necesarios para desarrollar las potencialidades en el ser bio-psico-social en un ambiente de represión. Pero, ¿es de esta manera como nos encaminamos a un usuario sujeto de derecho y poseedor de la participación-acción?

Desde el presente análisis se considera a este tipo de rehabilitación aún distante de un usuario activo y con valor existencial desde su propia forma de vida (afección mental). De manera que pareciera continuarse en un proceso de rehabilitación ortodoxa (Techera et. al. 2009). Estas carencias y la inexistencia de una estrategia con criterios teóricos y metodológicos sostenida por las instituciones responsables, convierte según Techera et. al. (2009) a las propuestas de rehabilitación en un simple maquillaje institucional que propicia espacios más vinculados a lo lúdico-recreativo.

Frente a estas consideraciones se destaca el siguiente planteo de los mismos autores:

Tradicionalmente la rehabilitación era concebida como la restitución a un estado de supuesta “normalidad”

preestablecida (enfoque normativo), mientras que actualmente tiende a considerársela como el proceso que facilita al usuario con limitaciones reestructurar, de modo flexible, la autonomía de sus funciones en la comunidad (enfoque pragmático). Esta autonomía sólo es posible mediante la puesta en escena de nuevas prácticas sanitarias que promuevan un desarrollo a nivel institucional, a través de un replanteo de la relación médico psiquiatra-paciente, íntimamente vinculada con la alienación y transformación del sujeto de derecho en objeto de control médico, perdiendo así la persona la posibilidad de aprehenderse como sujeto autónomo y por lo tanto como participante en el proceso de salud-enfermedad. Se trata entonces de reestructurar un modelo médico paternalista-autoritario que prescinde del “paciente” como parte activa en el proceso de intervención en salud. (2009:27)

El enfoque inclusivo en salud mental supone la reestructuración de este modelo médico paternalista autoritario y para ello la rehabilitación debe ser un proceso facilitador de autonomía y no una estrategia más del modelo de encierro. Por lo cual, se destaca en ese sentido la concepción de rehabilitación que se tiene en cuenta desde el espacio de Radio Vilardevoz, donde se considera que la rehabilitación no trata de recuperar algo, sino de establecer una nueva relación permitiéndole a la persona expresarse y producir su propia voz. Jiménez (2009) sostiene que:

Ese prefijo ‘re’ está partiendo de la base de que hubo o hay algo perdido que debe ser restituido. Y cuando es una acción disciplinaria la que se ejerce sobre una persona es que lo está re-habilitando en ese sentido, disciplinario. A nosotros nos interesa más el sentido de lo que es activo y lo que es pasivo, de lo que puede hacer alguien por sí mismo. Tratamos de problematizar la posición de lo que sería rehabilitar, no estamos seguros de que haya algo perdido, en el caso de la psicosis una razón perdida que debiera ser recuperada. O algún tipo de hábito que es de alguna manera un examen que hay que dar para entrar a la sociedad. No creemos que haya que librar una lucha por ser normal para tener lugar en el

sistema, en realidad le damos al sujeto, de plano, un valor de existencia, desde su forma de existencia. Eso supone una relación dialógica, un movimiento de ambas partes, de vínculo y de apertura, para que el otro pueda hacer. (Techera et. al. 2009:78)

Como menciona Jiménez, la rehabilitación no debe pretender la restitución de algo que se “perdió” en la persona con trastorno mental, sino por el contrario, establecer su lugar en el sistema desde su propia forma de existencia, reconociendo lo que la persona puede lograr por sí mismo. Esto implica el reconocimiento de un sujeto activo y la habilitación al ejercicio de sus derechos a través de la participación y el empoderamiento, lo que permitirá tener incidencia en las decisiones que les compete como usuarios del sistema de salud mental.

En este sentido se hace referencia a la rehabilitación desde la concepción de sujeto de derecho, el Ser sujeto, como menciona Rebellato (2000), es poder elegir, es poder ser autónomo, tener la posibilidad y el desafío de protagonizar y tomar iniciativas que alteren el entorno que formamos parte. Teniendo en cuenta que “... la autonomía también se construye contra otros, es decir, contra quienes crean condiciones favorables a la heteronomía” (Rebellato, 2000: 41). La heteronomía como el ambiente “normal” donde nos movemos, donde las opciones y los comportamientos ya están establecidos y son comunes a la mayoría.

De esta forma se establece que la construcción de autonomía, participación y empoderamiento en los usuarios se logra también contra ciertos impuestos establecidos, del sistema de salud, de las lógicas institucionales, de las prácticas médicas, de las alternativas manicomiales, etc. Estos componen la llamada heteronomía (Rebellato: 2000) de nuestro contexto social formando parte de los desafíos que presenta la consolidación de un movimiento de desmanicomialización en nuestro país.

En relación a lo establecido anteriormente, se considera que el mayor desafío para acercarse a las propuestas de desmanicomialización y encaminarse a un enfoque comunitario, está en esa contraposición y en el enfrentamiento a lo socialmente establecido. En este sentido se propone destacar el lugar que ocupa Radio Vilardevoz dentro del Hospital Vilardebó, como un espacio autónomo que propicia dicho movimiento. Al decir de Baroni (2012), refiriéndose al colectivo de Vilardevoz, “Frente

a la política de encierro, contraponemos una política del movimiento, por eso somos proyecto, siempre en construcción –deconstrucción-reconstrucción” (Baroni, 2013:169). El accionar de Vilardevoz denota la lucha contra la lógica manicomial, por lo que establece una paradoja en relación a los espacios “oficiales” de rehabilitación y el funcionamiento en la estructura institucional que tiene en cuenta una perspectiva que encierra la “locura” impidiendo que el discurso del “loco” sea escuchado.

En esta categoría podemos colocar el haber logrado hacer una radio en un Hospital donde, para callar la locura se adormecen palabras y sentimientos con pastillas y micronarcosis. Donde se entra loco y se sale enfermo, donde parece perderse una identidad tras los rótulos diagnósticos. Sumarse a la radio es hacerlo al movimiento: movimiento de cuerpos, de pensamientos, de ideas congeladas que nos alejaron, en algún momento, de una realidad que resulta insoportable” (Baroni, 2013:171)

Radio Vilardevoz

Radio Vilardevoz funciona como centro autónomo dentro del Hospital Vilardebó. Según Andrés Jiménez, su coordinador, se inicia con la emisión de micros con programas de emisora abierta, apoyados en las radios comunitarias.

Según Baroni et. al (2013) Vilardevoz es un proyecto comunicacional participativo que comenzó a funcionar en 1997, es un colectivo centrado en el debate y difusión de los problemas relativos a la enfermedad y la salud mental comprendiendo a la locura como producción social e histórica. Se sostiene sobre tres pilares fundamentales, la Participación, la Comunicación y la Salud Mental. Es un proyecto en constante transformación y rediseño, que se apoya en los espacios de discusión y análisis sobre los tópicos principales, llevados a cabo por el equipo técnico y el colectivo en general.

En relación a la organización de la Radio, Baroni et. al (2013) establecen que actualmente funciona en base a espacios de encuentro articulados entre sí: Taller Central, Taller de Producción radial, Taller de escritura, Salida al aire con Fonoplatea

abierta, salida al aire en estudios y los Desembarcos. La mayoría de sus participantes comparten las experiencias desde su lugar, como poseedor de alguna afección mental, de manera que contribuyen a la promoción y difusión del debate de la enfermedad y la salud mental. La fonoplatea permite el acercamiento a la realidad de los participantes a través de entrevistas, mesas de debates, crónicas, etc. dando cuenta de la potencia de su producción.

Estos autores plantean que la participación es clave y constituye la dimensión política del proyecto, en este pilar se considera la producción de autonomía, la construcción de ciudadanía y de responsabilidad social, el desarrollo de la solidaridad y la capacidad de transformación del entorno por parte de los participantes.

Por su parte, se considera el desarrollo comunicacional como el eje fundamental para el alcance de la inclusión social, el combate a la discriminación como forma de producción de la locura, el desarrollo de las potencialidades, la creatividad, y la adquisición de hábitos de trabajo, responsabilidad y compromiso con la tarea, a nivel personal y social a través de una propuesta de comunicación. (Baroni, 2013:166)

Para Jiménez el encuentro y el diálogo se abordan a través de las nociones vinculadas a la Psicología Comunitaria destacando la importancia de la dimensión humana más allá del estigma del “loco” o el “enfermo mental”. Destacar la voz de los participantes dejando de lado el saber psiquiátrico como el único válido y trabajando desde la horizontalidad. Se debe abordar el problema teniendo en cuenta la institución como un todo y la importancia de lo social y comunitario en lo que delimita lo sano y lo enfermo. (Jiménez en Techera et. al 2009)

Continuando con los aportes de Baroni et. al (2013) se establece que la dimensión de Salud Mental forma parte del eje en el que Vilardevoz desarrolla el área de la producción de subjetividad basada en la autonomía. Esto tiene que ver con la capacidad de crítica y transformación de sí mismo, propiciar e incrementar los lazos de solidaridad a partir de una experiencia de aprendizaje, de aceptación de lo diverso, comprometiéndose con la tarea y con responsabilidad personal. “Implica la dimensión ética, la redimensión de la relación técnico-paciente, la producción de una “clínica del encuentro signada por la potenciación de lo colectivo como vía de acceso a la salud” (Baroni et al. 2013:166)

La radio es en este sentido un espacio rehabilitador, que permite el trabajo sobre un conjunto de praxis sociales que habilitan al sujeto a recomponer aspectos de

su Yo. Teniendo entre sus objetivos “Contribuir al proceso de rehabilitación del paciente psiquiátrico desde una perspectiva de salud comunitaria, desarrollando un “Proyecto comunicacional y participativo” que sirva como modelo para promover el diseño de estrategias institucionales de rehabilitación y reinserción social” (Baroni et. al. 2013:166).

De esta forma se destaca la acción comunicativa como un aspecto que favorece a la salud, el hecho de que los participantes puedan expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, tener la libertad de decir lo quieren en un espacio donde su voz es escuchada y respetada. Esta posibilidad participativa es sumamente importante en un contexto donde esa capacidad les es negada, tanto dentro de la institución ya que continúa sometida al saber-poder médico como en el afuera.

En el espacio de Vilardevoz lo que se dice no es interpretado como “cosa de loco” y asociado al discurso delirante por el cual se es condenado a nivel social, sino que por el contrario, son temas que se debaten a través de la producción y discusión colectiva, poniendo sobre la mesa la concepción social de la enfermedad mental, las condiciones de producción del ser paciente psiquiátrico, las visiones de la locura, sus límites y dimensiones con el objetivo de difundir y problematizar en relación a esta temática a fin de promover transformaciones en el imaginario colectivo acerca de la salud mental. La voz de los participantes es escuchada en favor de promover un sentido de identidad, pertenencia y libertad, generando sensibilidad acerca de una temática que necesita ser escuchada para que se transforme en interés social y político y vaya ganando el lugar inclusivo que se merece.

Baroni (2013) sostiene que en Vilardevoz no se trabaja para rehabilitar, siendo ésta una concepción negativa que designa incapacidades, discapacidades e imposibilidades. Según lo planteado por Jiménez, como ya se hizo mención, desde Vilardevoz se comprende la rehabilitación como algo que va más allá del prefijo “re”, es decir que hace referencia a la propia habilitación. Tomando las consideraciones de dichos autores, desde este espacio se parte de las habilidades posibilitando los procesos que tienen que ver con la autonomía, la participación, el empoderamiento, los Derechos Humanos, el fortalecimiento del autoestima, la capacidad de autocuidado, de creatividad y productividad, de identidad individual y colectiva, que permite desarrollar las potencialidades que cada uno tiene y el reconocimiento como personas más allá de las categorías psiquiátricas que los ubican en el rol de “pacientes” o “enfermos mentales”.

Continuando con los aportes de Baroni (2013) se destaca desde Vilardevoz la posibilidad a ejercer los derechos porque no se trata sólo de tener derechos, sino de hacerse de ellos pudiendo decidir, incidir y transformar desde esa posición de sujeto de derecho. En relación a esto y haciendo referencia a los espacios destinados a la rehabilitación en el Hospital Vilardebó se destaca lo planteado por Techera et. al (2009)

El concepto de rehabilitación es superficial si solamente da cuenta de una adecuación del individuo a los requerimientos o exigencias sociales. No alcanza con que se aprueben leyes o normas que anuncien la restitución del ejercicio pleno de la ciudadanía, si no se acompañan de una planificación y ejecución de recursos que garanticen un efectivo e integral programa de rehabilitación. (2009: 116)

Otro aspecto a destacar en la modalidad de trabajo de Radio Vilardevoz es su incidencia y participación a través de la campaña “Rompiendo el Silencio” en el impulso del Anteproyecto de Ley de Salud Mental en el año 2011 que había quedado incompleto y en suspenso.

En el marco de esta campaña se promueve un debate público sobre las temáticas relativas a la Salud Mental en el Uruguay y el intercambio acerca del Anteproyecto, llevados a cabo por los verdaderos implicados desde su propia experiencia. De modo que se deja ver el rol activo de los protagonistas como agentes de cambio y la promoción de la participación socio-comunitaria. “Por la forma como fue realizada, consideramos que la campaña produjo un punto de inflexión para poder pensar con otros el qué y el cómo de una transformación en la situación de salud mental en nuestro país” (Baroni, et al., 2013:169)

Otro escenario de incidencia de Vilardevoz constituye los “Desembarcos”. Son transmisiones en espacios públicos con propuestas de integración que propician la participación ciudadana. Se realizan en coordinación con otras organizaciones, colectivos e instituciones. Baroni (2013) menciona que esta forma de intervención social del colectivo Vilardevoz alude como metáfora de “la nave de los locos” de la Edad Media, con la diferencia de que en los desembarcos los excluidos regresan tomando la palabra a través del intercambio de realidades.

Es así que, desde Vilardevoz se generan movimientos, del sujeto en tanto pueda correrse del lugar de objeto, de las familias, los referentes y demás. De manera que se contribuye a generar un punto de vista diferente sobre lo que se entiende por el

concepto de locura en el imaginario social. Esto permite deconstruir colectivamente ciertas concepciones y aceptar que la locura determina formas de ser y estar en el mundo.

Consideraciones finales

Teniendo en cuenta los cometidos del presente trabajo de hacer mención a los cambios y transformaciones en relación al campo de lo mental en nuestro país, se puede decir en este momento que la Salud Mental ha transitado por un complejo proceso de reforma determinado por diferentes acepciones históricas y sociales. Es a partir del restablecimiento de la democracia en el año 1985 que el campo de lo mental comienza de cierta forma un proceso de desarrollo, donde se van impulsando nuevas propuestas en materia de salud influenciadas por los amplios movimientos de participación social y se da lugar al discurso de la “salud mental”, diferenciándola de las concepciones que se centran en la enfermedad. Se promueven cambios a nivel social, cultural y sobretodo políticos, comienzan a surgir agrupaciones y organizaciones sociales que propician la creación nuevas leyes en relación a la salud mental, y las incidencias internacionales también juegan a favor. Se crea el PNSM que si bien implicó cambios significativos en su real aplicación presenta serias contradicciones.

Continuando con los cambios relevantes deben destacarse las transformaciones más comprometidas en relación a la salud mental que toman lugar a partir del 2005. Como la aprobación de la Ley 18.211 consagrándose el Sistema Nacional Integrado de Salud, que prioriza la Salud Mental como indispensable de la salud integral destacando su debida comprensión y abordaje, que implica grandes logros en la promoción en relación a un enfoque comunitario en salud mental y la redacción del Anteproyecto de Ley en Salud Mental, con una fuerte impronta hacia los derechos de los usuarios y la participación social, que marca actualmente esta transición hacia un modelo integral pretendiendo la ruptura de una vez por todas del paradigma hegemónico, así como también la consolidación de los actuales movimientos en relación a dicha temática impulsados por el colectivo de Radio Vilardevoz.

Teniendo en cuenta lo ya explicitado en el cuerpo teórico del presente trabajo, a grandes rasgos es de esta manera que se puede resumir la situación actual de la salud mental en nuestro país, que sin lugar a dudas ha venido avanzando

progresivamente hacia la consolidación de un modelo integral, pero ciertamente tiene muchas cosas en el debe. Al decir de Ginés:

“La nueva fase a la que estamos accediendo es heterogénea, incluye aún muchos aspectos inaceptables, pero, entrelazados a emprendimientos esperanzadores, que aportan y potencian a la magna transformación en salud que nuestra sociedad está construyendo en el nuevo SNIS. Nuestro movimiento democrático en salud mental tiene ahora amplias posibilidades de germinar en él, superando el prolongado periplo de exclusión social y sanitaria” (2013:49)

El abordaje a las problemáticas mentales todavía se resuelve mediante la institucionalización manicomial y hasta el día de hoy se continúa luchando fuertemente por la aprobación de una nueva Ley de Salud Mental y el verdadero cumplimiento de los derechos humanos de los usuarios de este sistema. En ese sentido cabe considerar, en palabras de Diego Planchesteiner que:

“(…) una ley para producir cambios reales en la práctica, no alcanza con ser aprobada por los gobiernos. Es necesario e imprescindible que se reglamente de manera adecuada. Es necesario e imprescindible que haya además un consenso en la bondad de esa ley por parte de quienes van a llevarla a la práctica, por ejemplo, los psiquiatras, asistentes sociales, psicólogos, familiares de los pacientes. Y además de esto debe haber un seguimiento de la aplicación de la ley, una vez reglamentada y consensuada, por parte de nosotros, los pacientes. Sin estos tres elementos, la ley no sirve para nada y no es más que buenas intenciones que quedan truncadas como letra muerta en un cajón de un escritorio” (Planchesteiner, D. 2013:176)

La mayor complejidad pasa por entender y aceptar que la realidad de las instituciones psiquiátricas responde a una lógica manicomial instaurada desde tiempos remotos, siendo debidamente necesaria la desmanicomialización en el contexto actual de nuestro país para lograr un real cumplimiento de las propuestas políticas y

jurídicas. Lo cierto es que como plantea Cano (2013) el problema de la desmanicomialización no responde exclusivamente a un problema de estructuras de atención en salud mental, siendo necesario poder estructurar un movimiento social capaz de articular esta lucha con otras de transformación social que respondan a la historia y el contexto concreto de nuestra sociedad. Esto tiene que ver con los modos de emergencia y expresiones de la lógica manicomial, con lo que está instaurado en el imaginario colectivo acerca la enfermedad mental, el saber médico-psiquiátrico , la locura y el “loco” como una persona peligrosa, los intereses del mercado en relación a los procesos de medicalización y mercantilización de la salud, entre otros. Por lo que deben sumarse a esta lucha movimientos de incidencia sobre el imaginario colectivo en relación a las concepciones y relaciones de poder que hacen a las problemáticas mentales.

Es necesario contribuir a la deconstrucción, como dice Moffatt (1974), de la idea de que adentro están los que “perdieron la razón” y se encuentran en otro mundo mental, delirando y atacándonos. Esas ideas prevalecen en el imaginario que se tiene del “loco” y de las instituciones manicomiales, donde se encuentra la localización mental de la locura y la representación imaginaria como horror social. Este prejuicio colectivo forma parte del miedo que irradia la locura, correspondiente a un sistema de representaciones y una infraestructura de relaciones sociales y de producción que determinan ciertos parámetros de normalidad en una sociedad. Siendo necesario adoptar una perspectiva crítica en relación a los modos instituidos que producen el fenómeno de la enfermedad mental, a través del análisis de sus múltiples dimensiones, políticas, ideológicas, económicas, etc. Donde se entrelazan también los diversos intereses del mercado en un sistema capitalista y de los profesionales médicos que ocupan una posición de saber-poder. Esto se presenta como un fuerte obstáculo a la hora de pretender mover lo instituido en lo que a salud mental refiere. Para hacer frente a esto cabe destacar lo expresado por Baroni haciendo referencia al colectivo de Radio Vilardevoz:

Ponemos en tela de juicio no solo el imaginario de la locura, en la lógica institucional del encierro, sino al disciplinamiento, que trasciende los muros del hospital, y es construcción discursiva y de control de los cuerpos que se transforma en autocontrol, masificando, solo teniendo derechos, y no teniendo posibilidad de ejercerlos. Alterar, transformar, incidir y decidir pudiendo generar procesos de visibilización de cada cual como sujeto” (2013:170)

Es por ello que se considera indispensable la participación y el empoderamiento por parte de los usuarios y la unión activa de las fuerzas sociales, como ejes fundamentales para alcanzar el poder necesario que implica generar grandes cambios e incidencia a nivel político y práctico en lo que a la salud mental refiere, generando movimientos en lo micro y lo macro. Porque como se hace mención anteriormente, no se trata sólo de aprobar leyes sino que pueda ejercerse su real cumplimiento a través del compromiso de los actores implicados.

La deconstrucción de las lógicas asumidas como verdad en relación a la locura implica el reconocimiento del manicomio como un lugar de condena social. Las condiciones de las personas que se encuentran internadas no imposibilitan la adaptación al mundo convencional siendo el mundo del encierro y la estigmatización lo inhabilitante. Por lo que es necesario hacer énfasis en la realidad concreta de los internados rompiendo con la indiferencia y con la fantasía social proyectada en la locura. Al decir de De león, “Desenterrarle lo que de enfermedad se construyó en ella, asumir su transversalidad así como analizar los miedos y prejuicios que promueve” (2005:117). Esto permitirá aceptar las diferencias y habilitar el fortalecimiento de las posibilidades de los usuarios estableciendo logros en pos de la salud mental inclusiva e integral.

Cabe señalar que estamos frente a la emergencia de un cambio de paradigma en materia de salud mental, de un nuevo acontecer que depende de los aportes de todos y de cada uno como parte de esta sociedad que somos y a la que pertenecemos, para ir haciendo a un lado el modelo médico paternalista que incide sobre la realidad de las personas con afección mental. Por lo cual, es necesario tomar una postura como agentes implicados y productores de cambio, que nos permita dejarnos invadir por un nuevo horizonte que ya no trate de silenciar a la locura, sino de acentuar las bases y hacer florecer esta etapa de concientización en salud mental, aunando esfuerzos para continuar “construyendo experiencias micropolíticas de resistencia a la producción de sufrimiento de lógicas invasivas capitalísticas que impregnan y producen”(De león et. al. 2013:182). Lo que implica llevar adelante, dando cuenta del enorme desafío que conllevan los cambios en la realidad de la salud mental, en palabras de Rebellato:

Prácticas cargadas de utopía, pero que a la vez buscan dar respuestas concretas. Constituyen un verdadero laboratorio donde generaciones enteras construyen un proyecto de futuro, que hoy se está convirtiendo cada vez más, en un proyecto del presente (2000:18)

Referencias bibliográficas

- Apud, I., Techera, A., & Borges, C. (2013). Proyecto arte y rehabilitación. Sistematización de los trabajos realizados en rehabilitación mediante técnicas derivadas del arte en instituciones psiquiátricas del Uruguay. En: *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental.* (pp.203-212) Montevideo Uruguay. Ediciones Levy.
- Baroni, C. (2009) *Copilado Radio Vilardevoz.* Montevideo Uruguay.
- Baroni, C., Jiménez, A., Itza, B. & Giordano, M. (2013). *Locura en Movimiento. En: De León (Coord.). Art.2. Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental.* (pp.169-188). Montevideo. Editorial Psicolibros. Waslala.
- Barrán, J.P. (1994). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: la invención del cuerpo.* Ediciones de la Banda Oriental.
- Cano, A. (2013) Algunos desafíos para la desmanicomialización en Uruguay. En: *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental.* (pp.107-122) Montevideo Uruguay. Ediciones Levy.
- Costa, M. López, E. (2014) *Los problemas psicológicos no son enfermedades mentales. Una crítica radical de la psicopatología.* Madrid, España. Editorial Pirámide. Recuperado de : <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2015v6n1a5.pdf>
- De León, N. (2013). *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental.* Montevideo Uruguay. Ediciones Levy.
- De León, N. (2005) *¿Por qué no hablar con la locura? En Tránsitos de una Psicología Social* (pp.117-126). Montevideo, Uruguay. Editorial Psicolibros Waslala.
- De León, N. & Kakuk, J. (2013) Una disyunción política necesaria: “Derechos humanos y salud mental”. En: *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental.* (pp. 65-77)Montevideo Uruguay. Ediciones Levy.
- Diccionario de la Real Academia Española. (2001). Edición veintidosava. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val>
- Falcone, R. (2010) Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina. Del hospital cerrado al hospital abierto. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional

- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. México. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1989). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (1992). Historia de la medicalización En: *La vida de los hombres infames: ensayo sobre desviación y dominación*. Montevideo: Nordan comunidad.
- Giménez, L, Rebellato, J.L. (1997). *Ética de la Autonomía. Desde la práctica de la Psicología con las Comunidades*. Montevideo Uruguay. Editorial Roca Viva – Laquinta S.R.L.
- Ginés, A.M. (2013). Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud. En: *De León (Coord.). Art.2. Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. (pp.37-50)*. Montevideo. Editorial Psicolibros. Waslala.
- Ginés A.M.; Porciúncula H. y Arduino, M. (2005). *El Programa Nacional de Salud Mental: Veinte años después: evolución, perspectivas y prioridades*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 69 (2):129-150.
- Jiménez, A., Baroni, C., Giordano, M., Cresci, L. & Planchesteiner, D. (2013) *Locos por la radio... 15 años de comunicación participativa*. En: De León (Coord.) Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental. (pp. 165-179) Montevideo. Ediciones Levy.
- Kakuk, J. (2013). Aspectos jurídicos en el campo de la salud mental, Derechos Humanos: un tránsito necesario. En: *De León (Coord.). Art.2. Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. (pp.71-85)*. Montevideo. Editorial Psicolibros. Waslala.
- Moffatt, A. (1974). *Psicoterapia del oprimido: ideología y técnica de la psiquiatría popular*. Buenos Aires. Humanitas.
- Parafita, D. (2010). *Recorrido Histórico sobre las concepciones de Salud y Enfermedad*. Área de Salud, curso Niveles de Atención en Salud. Facultad de Psicología. Ficha temática. Recuperado de http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf

- Rebellato, J.L. (2000). *Ética de la Liberación*. Montevideo Uruguay. Editorial Nordan-Comunidad.
- Stolkiner, A. (2013) *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas de salud mental*. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida_sufrimiento_subjetiv_2014.pdf
- Techera, A., Borges, C., y Apud, I. (2009). *La sociedad del olvido, un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en el Uruguay*. Montevideo: CSIC.
- Techera, A., De León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martínez, L., Miniño, A. & Sánchez, C. (2013). *Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. En: *De León (Coord.) Art.2. Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. (pp.15-23). Montevideo. Editorial Psicolibros. Waslala.
- Techera, A. & Apud, I. (2013). *Políticas de Salud Mental en Uruguay*. En: *De León (Coord.) Art.2. Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. (pp.24- 35). Montevideo. Editorial Psicolibros. Waslala.

Documentos:

- Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay (2009). Disponible en : http://www.psicologos.org.uy/documentos09/10_09_ ANTEPROYECTO DE LEY DE SALUD MENTAL DE LA ROU.pdf
- Declaración de Caracas (1990). Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Recuperado de: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Ley N° 9.581 Psicópatas (1936). Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=09581&Anchor=>
- Ley N° 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud (2007). Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor>
- OPS/OMS-WAPR. (1997) "Rehabilitación psicosocial. Declaración de Consenso. Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:

http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf

- Plan de Implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (2011). Disponible en: http://www.comef.com.uy/pub/protocolos_normativas/Salud%20Mental%20-%20Prestaciones.pdf