

LUCÍA GUTIÉRREZ PORLEY



**SALUD MENTAL:
UNA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN**

Trabajo final de grado, 2022
Tutora: Rossina Machiñena
Revisora: Andrea Gonella

CONTENIDO

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	6
CAPÍTULO 1	
NUEVOS ABORDAJES EN SALUD MENTAL	11
CAPÍTULO 2	
EL DIÁLOGO ABIERTO COMO UNA EXPERIENCIA DESAFIANTE	15
CAPÍTULO 3	
DEL ORGULLO LOCO Y SUS DERIVADOS EN CHILE	20
CAPÍTULO 4	
DE LOS OIDORES DE VOCES Y UNA EXPERIENCIA QUE TOMA FUERZA EN BRASIL	23
CAPÍTULO 5	
PROCESO DE DESMANICOMIALIZACIÓN EN URUGUAY	29
REFLEXIONES FINALES	39
BIBLIOGRAFÍA	43

RESUMEN

La idea de este trabajo es generar un espacio de reflexión y de apertura a la discusión sobre la situación actual de la salud mental y la importancia de incorporar nuevas formas de abordaje que favorezcan la recuperación de las personas.

El objetivo general no es otro que el analizar las posibilidades que nos ofrecen algunas de estas nuevas formas, teniendo en cuenta la eficacia de sus métodos en cuanto a los resultados obtenidos.

La evolución que han mostrado en los últimos años los colectivos y movimientos en primera persona es una clara señal del creciente descontento con el modelo médico y su forma de abordar la salud mental. Se vuelve imprescindible entonces repensar nuestra forma de mirar y entender el padecimiento de quienes cursan alguna sintomatología psicótica, así como buscar nuevas formas de cuidado que los ayuden a sanar.

Algunos enfoques, como puede ser el diálogo abierto o el de los propios movimientos en primera persona, nos demuestran que hay otros modos de acercarnos y relacionarnos con los sujetos que sufren algún malestar psíquico, que su recuperación no solo es posible, sino que ya se está dando en diferentes lugares del mundo.

Palabras claves: nuevas técnicas de abordaje, desmanicomialización, sufrimiento psíquico, comunidad, recuperación.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en nuestro país conviven el modelo de atención en salud mental asilar y el comunitario. Si bien la Ley N.º 19.529, Ley de Salud Mental, vigente desde el 2017, pone plazo al cierre de las instituciones asilares y monovalentes para el año 2025, nos encontramos en una transición sumamente compleja que ya lleva años pero que aún no parece haber encontrado el camino correcto para el logro de tal objetivo.

Nuestra legislación vigente responde a la necesidad de un cambio en la manera de abordar todo lo relacionado con la salud mental, tendiendo a implementar cada vez más el modelo de atención comunitario. La mencionada ley sobre salud mental, en su artículo 17, establece que el proceso de atención debe darse «preferentemente en el ámbito comunitario», con un abordaje interdisciplinario «orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales». Por su parte, el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 plantea que el modelo de atención comunitario «permite comprender la importancia del contexto en la salud y la recuperación de la persona, favorece su inclusión social y provee de las condiciones para el pleno ejercicio de sus derechos con el fin de mejorar su calidad de vida».

Se trata de un modelo de atención que se centra en el reconocimiento de las personas con algún tipo de sufrimiento psíquico como sujetos de derecho, en la importancia de la práctica desde la propia comunidad, y en la promoción de la salud más que en la mera prevención de la enfermedad. Con un enfoque integral, aparece como respuesta al descontento producido por algunas prácticas del modelo médico y la psiquiatría tradicional.

Este modelo nos ofrece la posibilidad de utilizar técnicas participativas que ponen el énfasis en servicios continuos y comprensivos, capaces de lograr una intervención temprana y basada en las necesidades de la comunidad. Este tipo de metodologías

[...] representan una alternativa en la construcción de conocimiento desde y junto a la comunidad, y a su vez constituyen una herramienta de redistribución del poder para que la comunidad que sufre un dolor social particular pueda expresar por sí misma sus propias necesidades, acciones y demandas (Cea Madrid J. C., 2015b, p. 85).

A lo largo de estos últimos años se ha ido intensificando la necesidad de modernizar, humanizar y democratizar la atención psiquiátrica. Los movimientos de desinstitucionalización han sido los responsables de la construcción de nuevas formas de ver y entender la salud mental desde concepciones que respetan al ser humano y la especificidad de sus necesidades.

Este trabajo tiene como finalidad presentar algunas formas de aproximarse a la salud mental que responden a este modelo sociocomunitario, lejos de ser exhaustivo solo busca señalar algunos ejemplos de entre tantas experiencias que se vienen llevando a cabo en distintos lugares del mundo.

Uno de los motivos que me llevó a escribirlo tiene su base en una de las primeras interrogantes que me presentó esta casa de estudios: el rol del psicólogo. Cuestión central en la formación, nacida desde Taller, que se mantuvo vigente y evolucionando de forma permanente. Hoy, del otro lado de la currícula sigue teniendo la misma importancia. Y me gusta que se mantenga así, en interrogante, porque me da la sensación de flexibilidad y capacidad de adaptación y readaptación acorde a los desafíos que se vayan presentando.

Como se expresará a lo largo del trabajo, modificar el modelo de atención a los usuarios de salud mental implica un cambio en nuestra postura y nuestra forma de pensar e intervenir con ellos. Requiere asumirlos como parte activa y constructora de su realidad, así como cuestionar nuestra posición dentro del sistema.

El modelo de atención comunitaria implica ya un cambio en ese rol, supone debatir algunos conceptos que, desde la parte tal vez más clínica, vienen dados como esenciales y casi inamovibles. Sin embargo, el modelo comunitario nos exige apertura y flexibilidad, una constante adaptación al contexto y la capacidad de afrontar diferentes escenarios.

Siempre me asombró la amplitud de perfiles con los que uno puede egresar, habiendo cursado un tronco bastante similar. El perfil de egreso de cada uno puede ser completamente diferente al del otro y eso es algo muy bueno, sin lugar a dudas, pero también exige una responsabilidad extra —de carácter ético tal vez— de reconocer el lugar en el que estamos parados y desde el cual vamos a emprender la vida profesional.

Este paso, el del egreso, no es más que una apertura a la formación continua y a la actualización de conocimientos y perspectivas. Entra en juego nuevamente la idea de flexibilidad a la hora de tener en cuenta los contextos que nos rodean, las herramientas con las que contamos y los sujetos con los que trabajamos.

Una de mis preocupaciones es hacer de esta postura un compromiso ético y que no quede en un mero entusiasmo de quien recién comienza. Para no perderme dentro del sistema, considero esencial mantener vigente y abierta la reflexión acerca de ese *rol del psicólogo* que tanto me he cuestionado y me ha acompañado durante el proceso de formación.

MARCO TEÓRICO

La reforma psiquiátrica, uno de los pasos claves en el cambio de visión en los abordajes de salud mental, tiene uno de sus puntos de inflexión en Italia, de la mano del psiquiatra Franco Basaglia y su trabajo en Gorizia y Trieste. Conocido como uno de los fundadores de la antipsiquiatría y pionero en la lucha cultural y política en salud mental, referente de los movimientos de desinstitucionalización en Italia, ha manifestado, en múltiples oportunidades, su consideración del encierro como forma de violencia institucionalizada. Uno de los primeros cambios que introdujo, como director del Hospital Psiquiátrico de Trieste, fue la erradicación de las terapias de electrochoques y las medidas de contención por medio de la fuerza. «Para el antipsiquiatra italiano: <bajo toda enfermedad o trastorno psíquico hay un problema social> el problema psiquiátrico es, por tanto, más que psiquiátrico: afecta a la medicina general, a la sociedad entera...» (García Pérez, 1978).

En su proceso de reformas para cambiar el manicomio por servicios en territorio, contó con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, pero también con la resistencia de los sectores más conservadores de la psiquiatría de su país.

Implementó espacios de asamblea en los que los pacientes y los funcionarios tomaban parte en las decisiones relativas al hospital. Se realizaron a partir de entonces los primeros grupos de convivencia, que luego se trasladaron del hospital a la ciudad. Se abrieron las puertas del hospital y se realizaron eventos culturales y recreativos, apoyados por asociaciones políticas y culturales (Techera, Apud & Borges, 2009, p. 104).

Trabajando en conjunto con técnicos, diferentes instituciones, gobiernos locales y asociaciones afines se fue llegando a la Ley N.º 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, aprobada en 1978, que supuso el cierre progresivo de todos los hospitales psiquiátricos promoviendo su sustitución por servicios comunitarios para el tratamiento y la rehabilitación de las personas con enfermedades mentales. Dicha ley reconoció los plenos derechos de ciudadanía a las personas con trastorno mental, cambiando radicalmente las condiciones en que se llevaban a cabo los tratamientos y la propia atención en psiquiatría.

En su artículo primero, la norma, conocida como 'ley Basaglia', establece el respeto de la dignidad de la persona y de sus derechos civiles y políticos garantizados por la Constitución, incluso el derecho a la libre elección del médico y lugar de su tratamiento (Escales, 2019).

Esta ley no solo determinó el cierre de los manicomios sino que generó, como dice Cecilia Baroni en su columna de *La Diaria*, realizada el 4 de julio de 2018, *40 años*

de la Ley Basaglia: la salud comunitaria como derecho, «un cambio en las prácticas y en los modos de entender y abordar los padecimientos de lo psiquiátrico».

Como el propio Basaglia manifiesta en las Conferencias Brasileñas que realizó a lo largo de 1979:

La ideología dominante es que el loco es peligroso y tiene que estar encerrado en un manicomio. Por esto, el inicio del trabajo consiste en convencer de que las cosas no son así. Día a día tratamos de mostrar que cambiando concretamente la relación con el internado, cambiaba el sentido de esta relación. El enfermero empezó a convencerse que su trabajo podría ser diferente y a convertirse en un agente de transformación (Idep salud, 2018).

Basaglia quería demostrar los beneficios de poner fin al aislamiento de los pacientes psiquiátricos. Buscaba transformar el manicomio tradicional en una institución de régimen abierto que permitiera a los sujetos insertarse nuevamente en la sociedad, promoviendo su participación activa en la toma de decisiones referente a sus vidas.

«No es que prescindamos de la enfermedad, sino que, para entrar en relación con un individuo consideramos necesario no tener en cuenta la etiqueta que le define» (Idep salud, 2018).

Romper con el estigma es clave a la hora de pensar en la recuperación de los sujetos. Baroni habla de

[...] estar dispuesto a inventar y reinventarse permanentemente, sin perder de vista al otro en tanto ser humano y a la inserción en la comunidad como eje central para la realización de abordajes centrados en el acompañamiento de proyectos de vida singulares que permitan combatir lo que en psiquiatría se denomina cronificación (Baroni, 2018).

«El enfermo mental es <enfermo> sobre todo porque es un excluido, y está abandonado por todos» (Idep salud, 2018).

El ejemplo italiano ha inspirado a otros países siendo fundamental para los procesos de desinstitucionalización que se vienen llevando a cabo. En Basaglia,

[...] el elemento central de la salud mental comunitaria no fue la incorporación de nuevas técnicas de RPS al arsenal terapéutico, sino el compromiso rotundo y radical con el proyecto de emancipación de los pacientes psiquiátricos y de defensa de sus derechos de ciudadanía en los nuevos escenarios de vida, fuera ya de los muros del manicomio (Hernández Monsalve, 2017, pp. 174-175).

En esa misma línea se enmarca la Declaración de Caracas, que es otro de los momentos clave. Con el claro objetivo de una reestructuración de la atención psiquiátrica, en la Conferencia llevada a cabo el 14 de noviembre de 1990, se

manifiesta que la atención psiquiátrica tradicional no es compatible con la atención comunitaria, descentralizada e integral a la que se aspira. Que el hospital psiquiátrico como única modalidad de asistencia es insuficiente y contraproducente, por lo que se le sugiere a los países participantes que ajusten sus legislaciones a efectos de organizar servicios comunitarios y se fortalezcan las capacitaciones de sus recursos humanos con base en el modelo de salud comunitaria. Esta Declaración promueve la lucha contra los abusos y la discriminación de las personas usuarias de los sistemas de salud mental.

América Latina y el Caribe han recorrido un largo camino por la reestructuración de los servicios de salud mental, para salir del viejo modelo hospitalario asilar hacia otro de base comunitaria. Este ha sido, y todavía lo es en gran medida, el principal desafío que enfrentamos en el continente (Rodríguez, 2011, p. 94).

Pero no puede pensarse que cerrar los manicomios sea la solución a todos los problemas, poder dejar atrás el modelo asilar implica contar con dispositivos que funcionen como intermediarios, que sirvan de alternativa para estos sujetos durante el proceso de cambio.

La desaparición del «modelo asilar» debe acompañarse de la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener la situación de nuestra población. Debe enfocarse en el uso de la internación en forma breve; en la integralidad de la asistencia a través del desarrollo de estrategias en rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario; en la educación no solo del usuario sino también de la familia, de los trabajadores de la salud y de la comunidad en general (Techera, Apud & Borges, 2009, p. 110).

El modelo de salud mental comunitario reúne las características necesarias para emprender el cambio.

Un servicio de salud mental basado en la comunidad debe convertirse en un centro de gestión capaz no solo de proporcionar tratamiento, sino de facilitar el acceso a los recursos comunitarios a los usuarios y sus familiares. La integración de los recursos del sistema de salud con los recursos de la comunidad incrementa la circulación de conocimiento y oportunidades (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR); Organización Mundial de la Salud (OMS), 1996).

Es imprescindible contar con una participación activa de la comunidad, sin el respaldo y el apoyo de esta será muy difícil lograr las condiciones necesarias para una adecuada reinserción del sujeto en el medio.

El abordaje de la enfermedad mental requiere un plan que involucre a los usuarios, a los familiares, a los profesionales de la salud y a otros actores comunitarios trabajando conjuntamente para desarrollar las mejores condiciones posibles. El concepto de rehabilitación es superficial si solamente da cuenta de una adecuación del individuo a los requerimientos o exigencias sociales (Techera, Apud & Borges, 2009, p. 116).

Otro enfoque que puede tomar el modelo de atención es el de la *recuperación*, que se basa en la promoción de la autodeterminación de los sujetos usuarios de los servicios de salud mental.

El concepto de recuperación surge de los movimientos en primera persona con el objetivo de lograr un empoderamiento de los sujetos así como la adquisición del protagonismo en todo lo que refiere a tomar el control de sus vidas.

El concepto de recuperación en salud mental señala la importancia de disminuir las barreras para construir una sociedad más inclusiva, que sea capaz de reconocer la igualdad de derechos de las personas que tienen problemas de salud mental, y también este concepto expresa la importancia de valorar la voz de los usuarios como expertos por su experiencia en el camino hacia la vida en comunidad (Cea Madrid J. C., 2015a, p. 42).

El énfasis está puesto en la mejora de la calidad de vida de las personas y no tanto en el control de sus síntomas.

La salud mental se mantiene gracias a la capacidad que un sujeto tiene para diseñar objetivos y proyectos de vida, así como en la capacidad de allegarse los recursos necesarios para la consecución de tales proyectos. Esto no se logra sin la plena participación del sujeto en la sociedad (Rosa-Dávila & Mercado-Sierra, 2020, p. 275).

Pensar en recuperación es pensar en la construcción de una vida con sentido, tiene que ver con lograr recomponer la identidad incorporando la enfermedad y asumir la responsabilidad y el control de uno mismo. Requiere de poder encontrar la esperanza y cierto optimismo en cuanto al futuro.

«La recuperación consiste en el descubrimiento o re-descubrimiento de un sentido de identidad personal, separado de la enfermedad o discapacidad» (Shepherd, Boardman & Slade, 2008). Refiere a la persona y su vida, no significa necesariamente una cura, sino una forma de vivir más allá de la enfermedad y sus consecuencias.

Este enfoque implica también un nuevo relacionamiento entre el usuario y los profesionales de los servicios de salud, en el que la escucha activa cumple un papel fundamental. Se necesita de un vínculo honesto que propicie la confianza entre ambos. Desde un trato horizontal lograr una actitud de esperanza tanto en

el sujeto como por parte de los profesionales en cuanto a las posibilidades de cada persona. Se trata de potenciar las fortalezas de los usuarios, quitando el foco de su padecimiento. El centro de la intervención debe ser el propio sujeto y no los síntomas con los que se presenta. Uno de los grandes objetivos de la recuperación es que el sujeto pueda abandonar el papel de enfermo y reconocerse como algo más.

Hablamos de una oportunidad de cambio y de crecimiento basado en las ideas de esperanza y autocontrol. La intervención debe ser práctica y realista, dando real importancia al contexto del sujeto.

NUEVOS ABORDAJES EN SALUD MENTAL

Durante los años 70 comienza a gestarse una nueva forma de ver y hacer las cosas desde la psicología en Latinoamérica. Con el nombre de Psicología Comunitaria, aparece trayendo consigo la exigencia de una revisión del rol del psicólogo, así como la necesidad de una redefinición de su objeto de estudio, que pasará a ser considerado un sujeto activo y constructor de su propia realidad.

Maritza Montero¹ plantea que la psicología comunitaria cuenta con tres principios básicos: la autogestión, el centro del poder en manos de la comunidad y la unión imprescindible entre la teoría y la práctica, orientados hacia la transformación social. Entre sus características cabe destacar el énfasis puesto en las fortalezas y las capacidades de los sujetos.

Toma mayor relevancia el concepto de *rehabilitación psicosocial* que tiene como meta lograr una mejor calidad de vida de la persona, su familia y la comunidad. Se trata de un modelo terapéutico integral, con una estrategia multiteórica e interdisciplinaria.

Desde hace varias décadas en todo el mundo las técnicas en rehabilitación psicosocial han madurado y se han logrado avances que la sitúan como parte fundamental en el diseño de estrategias terapéuticas de rehabilitación psiquiátrica (Techera, Apud & Borges, 2009, p. 28).

Las nuevas formas de ver y entender la salud mental ponen el foco en poder comprender a las personas con sufrimiento psíquico, evitar su cronicidad y trabajar de forma horizontal con ellas, promoviendo la autonomía, la conciencia y la responsabilidad por uno mismo.

Para hacer esto posible y así relacionarnos de otra forma con la salud mental, Javier Erro² plantea la necesidad de un cambio en lo que él llama «cultura de la

1 Psicóloga venezolana, egresada de la Universidad Central de Venezuela, magíster en Psicología por la Universidad Simón Bolívar y doctora en Sociología por la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales de la Universidad de París. Docente universitaria y conferencista, es una de las figuras pioneras de la Psicología Social Latinoamericana.

2 Psicólogo, investigador y escritor español. Forma parte del Centro de Apoyo Psicológico Cambio de Valencia, y es estrecho colaborador de los grupos activistas en primera persona de la ciudad. Fuertemente interesado por abrir procesos y mecanismos destinados a fortalecer la autonomía y la legitimidad de las personas psiquiatrizadas o etiquetadas en diferente grado como «locas». En 2016 publicó la guía *Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis* y en 2021 *Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile*.

salud mental», entendiendo por cultura a un conjunto de ideas que tiene la sociedad sobre determinado tema y que definen el comportamiento general en torno a este. Se trata de ideas que, más allá de ser verdaderas o falsas, son hegemónicas, es decir que cuentan con el apoyo de una parte mayoritaria de la sociedad.

De la cultura de la salud mental que tenga una comunidad dependerá la forma que tomen las prácticas sociales dentro de esta. Cambiar esas ideas sería modificar la forma de ver y entender todo lo que refiere a la salud mental.

Para un cambio de esta naturaleza Erro propone algunas ideas como:

- Autogestionar la salud mental: lo que supone crear un conocimiento abierto y establecer redes de intercambio para este.
- Poner la salud mental en contexto: lo que el activismo intenta hacer es conectar las experiencias de los sujetos con sus contextos sociales.
- Importancia del apoyo mutuo: se trata básicamente de enfocarse en aquello que los sujetos pueden hacer los unos por los otros, priorizando la solidaridad y la horizontalidad.

Con su libro *Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile* (2021), Erro expone otra manera de entender la salud mental. Propone alternativas a la asistencia psiquiátrica tradicional consolidada, para lo que intenta reflexionar y documentar los primeros pasos de los movimientos en primera persona que se encuentran en constante crecimiento. Tal como allí manifiesta: «Conceptualizar la locura como enfermedad delimitó el terreno, excluyendo otros enfoques no médicos que fueron deslegitimados como herramientas de análisis» (Erro, 2021, p. 32).

El activismo en primera persona permite visualizar algunas cuestiones que no estaban siendo tenidas en cuenta. Por lo general, estos movimientos se forman a través de personas que han experimentado algún tipo de sufrimiento psíquico y que no han podido encontrar en el sistema la solución a sus problemas, al contrario, han tenido que enfrentarse a nuevas dificultades en el camino. Estas personas se han dado a conocer como *sobrevivientes de la psiquiatría*.

Erro plantea la necesidad de encontrar mecanismos de cuidado que no responsabilicen al sujeto de lo que le ocurre, pero que, al mismo tiempo, no le quiten toda responsabilidad volviéndolos pasivos y completamente dependientes de un otro que lo asista. Es necesario que el sujeto pueda hacerse cargo de sí mismo teniendo el mayor control posible de su vida y las decisiones que se toman en torno a su padecimiento.

Este tipo de activismo cuestiona las prácticas tradicionales y exige cambios, reclama que aun los *profesionales psi*, con las mejores intenciones en su proceder, no son capaces de entender el sufrimiento psíquico de la misma forma que ellos lo hacen, hay que pasar por ello para poder realmente entender lo que significa. Es por esto que cobra tanta importancia el trabajo entre pares y la autogestión en torno a la salud mental.

«Lo que cura, lo que cambia, es la *acción colectiva*, este hacer juntos, el poder compartir y relacionar sentimientos, deseos, pensamientos e impulsos, con el medio o las circunstancias en que se originan o repiten» (Cacciola, 2020).

Algunas de las principales reivindicaciones de los movimientos en primera persona son:

- poner un freno a la sobremedicación,
- incluir el contexto social en las terapias,
- evitar lo más que se pueda las internaciones,
- replantear las relaciones de poder promoviendo el trabajo de forma horizontal,
- eliminar las estrategias coercitivas y
- abandonar toda visión paternalista.

Es fundamental respetar las opiniones de los sujetos favoreciendo su autonomía. La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de la importancia del *empoderamiento* de los usuarios de los servicios de salud mental, refiriéndose al incremento de la capacidad de los sujetos de participar de forma activa en la toma de decisiones en todo lo que tiene que ver con sus vidas.

El enfoque de empoderamiento tiene que ver con visibilizar a esos sujetos que por alguna circunstancia habían perdido su voz, o esta no estaba siendo escuchada. Reúne conceptos como el de plenitud, superación, autonomía, responsabilidad, autoconocimiento, confianza, autoestima y participación.

En palabras de María Alejandra Silva y Diana Restrepo

[...] el modelo de empoderamiento sostiene que la enfermedad mental no tiene una base biológica, sino que es un signo de sufrimiento emocional grave ante factores de estrés que el paciente puede superar a partir de la comprensión, el optimismo y la autonomía, así como sanar y reanudar su función social anterior (Silva & Restrepo, 2019, p. 256).

Se vuelve necesario entonces generar un sentido de identidad que vaya más allá de la enfermedad, promover la esperanza, la conexión social, el empoderamiento personal, así como vencer el estigma, lo que será posible con una cultura de respeto y servicios médicos orientados a la recuperación.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Cacciola (2020) plantea que debe trabajarse para la reinserción social del paciente, pero este trabajo deberá realizarse también con toda la sociedad, puesto que si no hay una sociedad receptiva que replantee su mirar, la reinserción social será más difícil o casi nula.

Existen, en diferentes lugares del mundo, distintas experiencias que reúnen algunos de los principios antes expuestos. Se trata de otros enfoques que se han desarrollado en pro de estas ideas necesarias para un cambio en nuestro relacionamiento con la salud mental.

En los capítulos 2, 3 y 4 presentaré tres ejemplos de ellas, muy distintas y dirigidas a poblaciones también muy variadas, pero que comparten su esencia, por ejemplo, en cuanto al respeto por los derechos humanos, el trato al sujeto como parte activa en todo lo que refiere a su realidad, el intento de aliviar el sufrimiento psíquico, la insistencia en incorporar a estas personas a la comunidad eliminando todo estigma o discriminación, así como la interdisciplinariedad y la horizontalidad en el trabajo.

La elección de estas experiencias se debe en parte a que reúnen las características del modelo de atención comunitario que es al que apunta nuestra legislación actual, por lo que su implementación no sería un problema —al menos no desde el punto de vista de la normativa vigente— y también por tener puntos en común con algunas experiencias que se han llevado a cabo en nuestro país como es el caso del programa Puertas Abiertas en el Vilardebó o el trabajo de la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. Lo que me hace pensar que, aun siendo novedosas y desafiantes, bien podrían ponerse en práctica en nuestro medio si se contase con el apoyo necesario. Me refiero a presupuesto, recursos humanos y voluntad política de hacer de la salud mental un tema central en la comunidad y no algo que se recuerda en algunas fechas puntuales.

Las tres experiencias sostienen y demuestran que otra salud mental es posible y esa es la idea fundamental si estamos decididos al cambio.

EL DIÁLOGO ABIERTO COMO UNA EXPERIENCIA DESAFIANTE

La técnica del diálogo abierto nace en Finlandia a principios de los 80 de la mano del psicólogo clínico Jaakko Seikkula³, como forma de atención inmediata a las crisis psicóticas.

Se trata de un abordaje diseñado con un enfoque en el cuidado de las necesidades específicas de cada sujeto. Se trabaja desde equipos móviles, con un tratamiento centrado en la familia, el individuo y sus redes de apoyo. Las decisiones, así como el plan de acción, se construirán en presencia de todos los componentes del grupo. La idea es armar un discurso no patológico sobre los problemas de los sujetos, respetando las narrativas personales del problema y dando importancia al contexto. El primer contacto debe realizarse dentro de las 24 horas siguientes al llamado o pedido de ayuda.

Esta técnica de abordaje se nos presenta como un desafío significativo a las creencias y tradiciones de los diferentes tratamientos utilizados por la psiquiatría clásica.

Se basa en siete principios fundamentales: ayuda inmediata, perspectiva de la red social, flexibilidad y movilidad, responsabilidad, continuidad del acompañamiento psicológico, tolerancia a la incertidumbre y el dialogismo. «Los diálogos abiertos son a la vez una forma de organizar el tratamiento y una manera especial de discutir las cosas en los encuentros en red» (Vispe & Valdecasas, 2016).

En su documental del 2011, *Diálogo abierto, un abordaje finlandés, alternativo, para sanar la psicosis*, filmado en Laponia Occidental, Finlandia, Daniel Mackler⁴ habla de nuevas orientaciones, de abordajes alternativos, y nuevas formas de cuidado. Para él, con el diálogo abierto, se trata de incorporar prácticas participativas y tratamientos adaptados a las necesidades de cada sujeto. Afirma que el mundo actual tiene una gran necesidad de abrirse a otras posibilidades, de generar diálogos, de trabajar por fuera de los diagnósticos.

El diálogo abierto actúa como un sistema democrático donde todas las voces son importantes y en el que prima la sensibilidad y la humanidad en el tratamiento. Trabajar desde este enfoque implica una exploración de los problemas, escuchar a las personas y poder crear algo juntas. Las soluciones surgirán del propio diálogo, de la conversación no jerárquica y el intercambio de ideas.

3 Psicólogo clínico y formador de terapeutas familiares. Profesor de Psicología en la Universidad de Jyväskylä y en la Universidad de Tromsø en Noruega. Ha trabajado más de 20 años en el diseño, estudio e implementación del enfoque de los diálogos abiertos.

4 Psicoterapeuta estadounidense, escritor, cineasta, músico y *youtuber*.

De las entrevistas que aparecen en el documental se puede concluir que uno de los objetivos de este enfoque es evitar la hospitalización, quitar la cronicidad del problema y, en la medida que sea posible, sin utilizar medicación. No se trata de eliminar por completo la medicación, sino de no sobreindicarla. La medicación no puede ser la solución principal al problema, es una opción, sí, pero no la única.

Otro de los objetivos de este enfoque es que los sujetos sean comprendidos por sus familias y sus redes de apoyo, ya que es la propia comunidad, a la que van a reinsertarse, la que debe poder entenderlos, aceptarlos y sostenerlos para una convivencia lo más saludable posible. De nada sirve que el equipo entienda al sujeto si este no es capaz de desenvolverse por sí mismo en su propio medio y es por eso que contar con el sostén y el apoyo de la comunidad se vuelve casi imprescindible. No hay que perder de vista que uno de los mayores objetivos de la recuperación es que el sujeto alcance su máxima autonomía.

Durante su estadía en Laponia Occidental, Mackler concluye que allí el diálogo abierto ya no es un sistema alternativo, sino que es la atención primaria de la salud mental en sí misma.

La esquizofrenia está descendiendo en la región —alrededor de un 90%—, los casos de brotes psicóticos siguen siendo un problema pero ya no se cronifican. Al contar con una forma de cuidado que no vuelve cónicos a los pacientes, la esquizofrenia como tal está desapareciendo. La psiquiatría tradicional, acorde al DSM IV, marca como requisito para el diagnóstico de la esquizofrenia que los síntomas psicóticos persistan al menos por 6 meses. Estos usuarios que participan del diálogo abierto se están recuperando de su primer episodio psicótico mucho antes por lo que no llegan a recibir el diagnóstico de esquizofrenia.

Para Mackler (2011) «[...] lo más valioso es poder constatar que las personas pueden recuperarse».

En mi opinión, frente a los resultados que se han ido consiguiendo y documentando, deberíamos poder abrirnos a la posibilidad de aceptar que hay distintas maneras de concebir la psicosis. Seikkula, por ejemplo, habla de ella como una respuesta social a una situación muy difícil en la vida de la persona, como un problema que surge del espacio entre individuos, que ocurre dentro de las propias relaciones. Y es por eso que se hace tanto hincapié en evitar la alienación y el estigma de estos sujetos.

Según Ronald Laing⁵ el trastorno mental es una expresión de angustia y las psicosis serían los intentos de expresarse de los sujetos, por lo que considera imprescindible estudiar las dinámicas sociales y culturales que los rodean.

En la conferencia «Modelo de intervención diálogo abierto» brindada el 25 de marzo de 2019 en el Aula Magna «Juan Carlos Carrasco» de nuestra Facultad, Seikkula manifiesta que para él la psicosis como categoría no existe, que los

5 Ronald David Laing, psiquiatra escocés, nacido en 1927, conocido como uno de los fundadores de la *antipsiquiatría*, interesado en el papel del estrés en la salud mental, consideraba la locura como una estrategia de la persona para poder huir de una situación que le resulta insostenible.

síntomas psicóticos por sí mismos no son un sinónimo de enfermedad y que la conducta psicótica crónica es posiblemente el resultado de un tratamiento pobre, ya sea por haber comenzado muy tarde o por la inadecuada comprensión del verdadero problema.

Para Seikkula estas conductas se explican cómo comportamientos psicológicos de defensa que se desarrollan en momentos muy extremos y principalmente en situaciones de aislamiento.

Siguiendo su línea de pensamiento entiendo que la terapia, el acompañamiento a nivel familiar y el apoyo social son una parte fundamental de este enfoque, que se centra en escuchar la historia de vida del sujeto y conocer su contexto y su situación familiar, para así intentar entender mejor los posibles desencadenantes de su sufrimiento actual.

Como se afirma en la reseña del libro *Diálogos terapéuticos en la red social* de Jaakko Seikkula y Tom Erik Arnkil, publicada en el blog *postPsiquiatría* el 21 de agosto de 2016:

Cuando se invita a la red personal del paciente a participar en el tratamiento no es para tratarla (ni para valorarla ni etiquetarla), se invita para que proporcione ayuda y apoyo. Su voz es necesaria para el entendimiento mutuo sobre la naturaleza confusa del problema (Vispe & Valdecasas, 2016).

Seikkula trata al diálogo como una forma de pensar y actuar que se enriquece con todo tipo de métodos que promuevan la escucha y el pensar juntos. De lo que se trata es de facilitar un espacio para el intercambio verbal.

Durante el I Congreso Internacional «Nuevos Abordajes en Salud Mental» organizado por el Centro Educativo Nuevos Abordajes Terapéuticos (CENAT) de Brasil en setiembre de 2021, Olga Runciman⁶ relató su experiencia y la de su país, Dinamarca, con relación a la técnica del diálogo abierto. En su ponencia del 24 de setiembre de 2021, «Diálogo abierto: un enfoque humanista y democrático del cuidado», nos habla de su trabajo desde el enfoque del diálogo abierto y cuenta que esta técnica se inicia en 1984, coincidiendo con el Movimiento de Oidores de voces, y que es en 1995 que empieza a ser reconocida con el nombre de *diálogo abierto*. Explica que se trata de un enfoque que no pregunta *qué te pasa* sino *qué te ha pasado*, que se centra en las historias de vida y se basa en la comunidad. No busca hallar las causas del problema, sino que se enfoca en identificar las posibles respuestas al mismo. Para ella no se trata de otra cosa que de comprender la vida del sujeto que sufre.

Esta perspectiva responde a la premisa de Seikkula de que

6 Licenciada en enfermería por la Universidad de Copenhague. Educadora, conferencista, escritora y activista. Cofundadora del movimiento danés de escuchadores de voces y miembro de la organización de usuarios de psiquiatría en Dinamarca.

Hay que sacar la psiquiatría del hospital y llevarla a la calle, ir a donde están los que necesitan la atención médica y no esperar a que vengan al hospital. Poner el foco en la intervención de las crisis donde se originan puede revertir el colapso de los sistemas de salud mental (Seikkula, 2016).

Runciman nos presenta al diálogo abierto como una forma de psiquiatría diferente, que no se funda en la idea de enfermedad y medicina. Según manifiesta en la ponencia antes mencionada, en Finlandia se ha comprobado que un 80% de las personas con diagnóstico de esquizofrenia son recuperadas a través de este método, se encuentran trabajando, estudiando, llevando su vida adelante. Sin embargo, según ella, Dinamarca, aún insiste en el viejo modelo de la psiquiatría clásica que solo cuenta con un 20 % de recuperación.

Ella habla del diálogo abierto como un modo particular de interacción en el que cada parte se siente escuchada. La base es la escucha y se aceptan cada una de las voces y cada uno de los puntos de vista. Aquí nadie es más experto que el otro, en cambio, en la psiquiatría tradicional es el psiquiatra el que toma las decisiones, es la voz más poderosa.

En el diálogo abierto prima la transparencia, todo se habla y se reflexiona frente a la persona y con ella, porque es ella quien mejor sabe cómo se está sintiendo. Se trabaja con la red social, la familia, los amigos, compañeros de trabajo, cualquier persona que sea importante para el sujeto. Una característica fundamental de este enfoque es la flexibilidad, el estar disponibles y abiertos a movernos hacia el lugar que la persona necesite.

Es importante poder mantener el mismo grupo de trabajo durante todo el proceso sin importar el tiempo que pueda durar. El diálogo abierto nos permite insertarnos en las familias, de cierta forma es volverse una parte, aunque sea momentáneamente, de esa familia. Es importante realmente estar ahí, implicarse, estar enteramente disponible para el otro. Solo a través de un vínculo genuino podremos ver cuáles son las verdaderas necesidades de las personas.

Este modelo no tiene raíces en las corrientes ni pone un tratamiento por encima de los otros, sino que busca integrar todos los tratamientos e ir implementándolos en la medida en que sean necesarios.

Seikkula, en la conferencia del 25 de marzo de 2019, antes mencionada, habla de tres elementos fundamentales: la práctica clínica, el análisis sistemático de la propia práctica, es decir, poder ver qué es lo que funciona y qué no y así poder realizar los ajustes necesarios, y la capacitación psicoterapéutica sistemática para todo el personal implicado. Todos los componentes de los equipos que se formaron para la experiencia implementada tuvieron una formación de aproximadamente tres años con base en la Terapia Familiar Sistémica y Psicoterapia Psicodinámica. Explica que cada reunión podrá ser conducida por un terapeuta o por todo el equipo. La tarea de los facilitadores es abrir la reunión con preguntas abiertas para que el sujeto pueda expresarse y mostrarnos aquello que está necesitando, garantizar que todas las voces sean escuchadas, establecer un espacio para el diálogo

entre los profesionales y concluir la reunión una vez que se halla establecido el tratamiento que se va a seguir. Resalta que el tratamiento surgirá siempre de la conversación horizontal entre las partes reunidas, por lo que es importante contar con todas las voces y que todos se sientan respetados y escuchados.

Este abordaje está respaldado por más de 150 publicaciones científicas y 12 libros escritos por el propio Seikkula, donde se manifiesta que la esquizofrenia se cura. Aun así, se ha encontrado con una fuerte resistencia desde la psiquiatría y el sistema de salud, incluso en su propio país. Tal como lo expuso en la conferencia brindada en nuestra Facultad: «Desconfían porque los resultados son muy buenos. Creen que no puede ser verdad. Pero afortunadamente, está más que demostrado que, además de buenos, son serios y reales».

DEL ORGULLO LOCO Y SUS DERIVADOS EN CHILE

El Orgullo Loco, como movimiento social, surge en la década de los 70 en Inglaterra como reacción ante el poder de la psiquiatría clásica y el modelo biomédico con el objetivo de crear alternativas que respetasen las necesidades de las personas, instalando las bases de un modelo de apoyo que partiera de los propios involucrados.

La primera celebración del Orgullo Loco fue en 1993 en Canadá bajo el nombre de «Día del Orgullo del Superviviente de la psiquiatría». Por su parte, Chile, pionero en la región, realiza esta marcha anualmente desde el año 2015.

En su conjunto, las expresiones escritas en las marchas del Orgullo Loco refieren principalmente a juegos de palabras y cambios de significados de frases que se utilizan en el lenguaje cotidiano, lo que es coherente con el posicionamiento de este movimiento respecto al cuestionamiento de los sentidos dominantes en torno a la locura y los repertorios interpretativos hegemónicos en el campo de la salud mental (Castillo, 2021, p. 138).

La convocatoria a estas marchas está a cargo del colectivo Autogestión Libremente, grupo de apoyo mutuo basado en la reciprocidad y la horizontalidad. Desde el Centro de Estudios Locos⁷, ex Centro de Acción Crítica en Salud Mental y ante la evidente necesidad de incluir en sus producciones a aquellas personas de las que se habla, se crea este colectivo que comienza a funcionar en el 2013 de la mano de personas «locas» y psicólogos críticos del modelo biomédico.

Entre sus primeras actividades están los encuentros para personas con sufrimiento psíquico en los que se trataban diferentes temas, se compartían las experiencias personales y se intentaba generar una red de contención para los participantes. Con base en el modelo comunitario de salud mental, Libremente, se conforma como un espacio de participación libre y voluntaria, abierto a la comunidad que funciona desde un centro social. Lo que se busca desde allí es resaltar la importancia del grupo como tal y del trabajo entre pares.

En su artículo del año 2021, «Orgullo Loco en Chile: políticas de identidad, luchas simbólicas y acción colectiva en salud mental»⁸, Tatiana Castillo Parada, integrante del Centro de Estudios Locos de Santiago, nos habla de la locura como

7 Centro de investigación militante en salud mental, con un enfoque alternativo al paradigma biologicista y farmacológico.

8 Publicado en la *Revista Chilena de Antropología* 43:131-146, <<https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64436>>

una construcción social y política. Nos plantea la necesidad de promover narrativas singulares que pongan de manifiesto las necesidades reales de las personas y que evidencien el verdadero sufrimiento psíquico que están viviendo, a veces causado desde el propio sistema de salud.

En ese sentido, creo que generar nuevos marcos de interpretación de las experiencias, dándoles un significado personal, puede permitir atravesar las experiencias de forma menos dolorosa.

En el texto de convocatoria a la primera marcha por el Orgullo Loco, incluido en el libro de Javier Erro, *Pájaros en la cabeza*, se expresa la necesidad de luchar en contra de todo estigma: «El <orgullo loco> es una emoción que nos permite celebrar nuestra cultura. Lo hacemos con este festival y con la construcción de nuestro movimiento. Los nuestros son actos políticos necesarios para identificarnos y recuperar el lenguaje» (Erro, 2021, pp. 155-156).

El colectivo intenta reapropiarse del significado de las palabras, dejando de lado los prejuicios y el estigma, sacar lo despectivo que se ha ido instalando en torno a todo lo que tiene que ver con la locura y los locos. De hecho, ellos resuelven autodenominarse locos diferenciándose de los por ellos denominados *cuerdos*, dándole un significado y una implicancia diferente a las palabras.

Castillo resalta la importancia de que el sujeto pueda construir un sentido de identidad más allá del diagnóstico que le hayan asignado, una identidad que lo defina como persona y no como enfermo o paciente de un servicio de salud mental. Para ella, «[...] la identidad de la locura permite que los/as integrantes de este movimiento reconozcan su diferencia en el plano de la subjetividad, se perciban como tales y valoren su forma de ser, reconociendo su existencia como sujeto colectivo y comunidad política» (Castillo, 2021, p. 134).

En el artículo antes mencionado, Castillo sostiene que el orgullo loco no busca solo eliminar las injusticias en el tratamiento de la salud mental, sino que busca poder encontrar una forma legítima de entender la experiencia de la locura.

Otro de los colectivos en primera persona que viene creciendo de manera sustancial en Chile es el llamado Locos por nuestros derechos. Este movimiento comenzó a trabajar en el año 2014 con el claro objetivo de reivindicar los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, construyendo un discurso político fuerte. Se buscan soluciones alternativas, como es el caso de la ayuda entre pares. Cuentan con el acompañamiento de los que denominan «activistas cuerdos», pero siempre en condiciones de horizontalidad. Estos activistas cuerdos son profesionales de las ciencias sociales, no identificados como trabajadores de la salud mental, con rechazo a las disciplinas, sin corrientes ni teorías.

En este movimiento no hay psiquiatras involucrados, esto se da acorde a la realidad actual de Chile, en otros países, con otros contextos, hay *movimientos locos* que sí tienen contacto y colaboración con las instituciones y los psiquiatras.

En el año 2015, reuniendo la opinión de profesionales, familiares y personas locas se propusieron realizar una puesta a punto de la situación del país y tras la investigación publicaron un *Manual de Derechos en Salud Mental*, creado y re-

dactado desde la perspectiva de los usuarios. Desde su publicación, difundir este manual se ha convertido en uno de sus principales objetivos y lo han presentado en diferentes oportunidades por todo Chile e incluso fuera del país. También se encuentra disponible, en forma gratuita, en todas sus redes sociales en formato pdf.

Bajo la organización de este colectivo, y de manera casi continua, se dictan talleres, cursos de capacitación y seminarios para profesionales de la salud mental, estudiantes y público en general. Es el caso del curso Salud mental y ciudadanía: Herramientas prácticas para el ejercicio de derechos, realizado los días 11 y 18 de junio del presente año, con modalidad virtual para un acceso global al este. Como publican a través de la red social Facebook, con el usuario Locospor-nuestrosderechos, la actividad está dirigida a estudiantes, trabajadores de la salud mental y público en general, como espacio de formación y capacitación orientado a problematizar desde un análisis crítico el estado actual de los derechos humanos y la salud mental.

Una de sus consignas habla de «espantarse – indignarse – contagiarse» para cambiar la realidad. Y con ella se presentan en el I Congreso Internacional «Nuevos Abordajes en Salud Mental» organizado por el CENAT en setiembre del 2021. En la ponencia del día 24, «América Latina – Aspectos prácticos sobre derechos humanos en salud mental» a cargo de Juan Carlos Cea Madrid y Rodrigo Fredes González, ambos activistas del colectivo, hablan de su posición ante la situación actual de la salud mental y algunos de los movimientos que han ido reaccionando al respecto, como por ejemplo la Cátedra Libre Franco Basaglia⁹.

Antes que hablar de locura ellos eligen hablar de «sensibilidad diferente» y se posicionan firmemente en contra del modelo biomédico al que acusan de ejercer violencia. Desde el colectivo se entiende a la Psiquiatría como «ciencia del mal, lo que no mata lo electrocuta, lo pincha o lo droga».

El mayor objetivo del colectivo como movimiento social es el activismo en pro de los Derechos Humanos de los locos, la defensa de su integridad física y psíquica, así como la lucha por reestablecer la autonomía de las personas. Para ello es fundamental romper con las lógicas jerárquicas, lograr que los profesionales dejen su rol habitual para estar con ellos como verdaderos compañeros de lucha.

Para Fredes, hay una clara necesidad de romper con la subordinación dentro de los grupos interdisciplinarios. Plantea trabajar desde los márgenes y las grietas porque es desde allí que se puede generar el cambio. Cuando todo el sistema está permeado se debe actuar desde la periferia.

«La única solución es compartir posturas, articularlas y sumarlas sin imponer unas sobre las otras» (Relaño & Erro, 2021).

9 Espacio de autoformación, discusión académica y debate colectivo orientado a abordar aspectos sociales y políticos en torno a perspectivas críticas en el campo de la salud mental.

DE LOS OIDORES DE VOCES Y UNA EXPERIENCIA QUE TOMA FUERZA EN BRASIL

El movimiento *Oidores de voces* surge de la colaboración entre el psiquiatra holandés Marius Romme, su colega e investigadora en psiquiatría social Sandra Escher y una paciente de Romme, Paty Hage. Se inicia en la década de los 80, conformado por personas que oían voces, sus familiares, investigadores y académicos vinculados a la salud mental, con el objetivo de cuestionar y reformular los postulados biomédicos tradicionales sobre la experiencia de oír voces.

En el prólogo de la edición española del libro *Dando sentido a las voces* de Marius Romme y Sandra Escher, publicado en 2005 para el XI Curso Anual de Esquizofrenia «Identidad, subjetividad y experiencias psicóticas» realizado en Madrid, Manuel González de Chávez¹⁰ plantea que investigaciones epidemiológicas realizadas por los autores revelaron que más de un 2 % de la población considerada «normal» escucha voces, siendo esta una experiencia especial pero no excepcional. Resulta importante desmitificar la experiencia de oír voces, alejarla de los diagnósticos de cualquier trastorno de carácter psiquiátrico. Para González de Chávez, el problema no está tanto en la presencia de las voces, sino en la capacidad que tengan los sujetos de afrontarlas. Como puede apreciarse en el libro, Romme y Escher consideran que las voces tienen mucho para decir.

En nuestros casos de estudio, hemos podido observar la forma en que las personas que escuchan voces pueden aprender a hablar de sus experiencias y a relacionarse con éstas de forma tal que puedan comenzar a tomar las riendas de su vida nuevamente (Romme & Escher, 2005, p. xix).

El movimiento Oidores de voces, presente hoy en todo el mundo en formato de asamblea, es un movimiento horizontal, en primera persona, que trabaja desde la red de redes. Dentro de sus principales objetivos se destacan el respetar la diversidad, valorizar la experiencia individual sin juzgarla y organizar el apoyo mutuo entre los miembros. La idea es que los sujetos se apropien de sus voces definiendo sus experiencias en sus propios términos.

10 Psiquiatra español, expresidente de la International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenia and other Psychoses. Presidente de la Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Dedicado al desarrollo de programas psicoterapéuticos para pacientes psicóticos y en especial a la psicoterapia de grupo en la esquizofrenia y su importancia en el tratamiento de estos pacientes, es autor y editor de varios libros y diferentes publicaciones en esta materia.

Durante el I Congreso Internacional «Nuevos Abordajes en Salud Mental» organizado por el CENAT, mencionado previamente, Paul Baker, uno de los fundadores del movimiento, planteó que la noción de «escuchar voces» es inherente a la naturaleza humana, es un fenómeno que está presente en el 10 % de la población, siendo parte de la condición humana. Baker considera que el hecho de oír voces no implica alucinaciones auditivas como síntoma, menos aún hablar de esquizofrenia. Presenta la idea de oír voces como una diferencia humana, como una experiencia significativa y no como una enfermedad mental.

Lo que nos intenta decir es que, deberíamos ser capaces de entender que, tal vez, esas voces tengan un cierto contenido y que no debe confundirse con meras alucinaciones. Es importante ver el vínculo que logra establecer la persona con sus voces.

También Seikkula habla al respecto:

Las alucinaciones normalmente surgen como reacción a situaciones vitales muy extremas, rodeadas de diversos factores de presión. Son como los sentimientos y las emociones que nacen de situaciones límite. Los profesionales deberíamos analizar más su origen y no solo concebirlas como síntomas de enfermedades que han de ser eliminados con medicación (Seikkula, 2016).

Tomando a la esquizofrenia como constructo, Baker plantea la necesidad actual de rever lo que significa, de resignificar el concepto. Este movimiento tiene como idea central dejar las voces por fuera de la idea de la esquizofrenia y de las psicosis en general.

En su libro *Dando sentido a las voces*, Romme expresa que no cuenta con evidencia científica que determine que la esquizofrenia sea una enfermedad, al contrario, y es por eso que entiende que las voces no pueden ser reducidas a un síntoma de algo que ni siquiera tiene sentido. Para él ocultar las voces no es el camino, hay que aceptarlas, escucharlas y trabajar con ellas.

Runciman, en su artículo *Escuchadores de voces: un cambio de paradigma para la esquizofrenia*, publicado en la revista *Enfermería y Salud Mental* en el año 2016, plantea que las voces, al igual que las palabras, tienen un significado que no puede ignorarse. Para ella el movimiento de odores de voces representa un quiebre con las ideas básicas de la psiquiatría tradicional y del modelo médico. Asegura que el hecho de que algunas personas diagnosticadas con esquizofrenia puedan recuperarse es más que suficiente para llevar adelante cuestionamientos sobre dichas ideas.

En dicho artículo resalta la relación existente entre este movimiento y el enfoque de la Recuperación surgido en 1960. «La recuperación no consiste en deshacerse de las voces, sino en entender sus mensajes y modificar la relación con ellas, de forma que puedan resultar útiles y dejar de ser tan dañinas» (Runciman, 2016, p. 23).

Desde esta relación ella destaca la importancia del vínculo entre la historia del sujeto, las voces que oye y la forma en que consigue seguir adelante con ellas. Se plantea la idea de la presencia de las voces como una posible estrategia de sobrevivencia.

En *Dando sentido a las voces*, Romme y Escher demuestran estar de acuerdo con esta idea al expresar:

A través de nuestra investigación, hemos demostrado que la escucha de voces, definida en Psiquiatría como un fenómeno psicótico, opera como un patrón de respuesta que aparece cuando una persona no afronta de forma adecuada problemas sociales que le producen un sentimiento de indefensión extrema (Romme & Escher, 2005, p. 9).

Baker, durante su ponencia en el I Congreso Internacional «Nuevos Abordajes en Salud Mental», del 25 de setiembre de 2021, manifiesta la necesidad de poder contar con espacios terapéuticos alternativos para no caer en la sobremedicación. Aceptar que hay otras formas de afrontar las experiencias de los sujetos, aun cuando se presenten de forma sumamente dolorosa para ellos.

Cuando las personas salen del modelo del psicofármaco y hacen otras cosas para gestionar su sufrimiento psíquico y seguir con sus vidas, atacan directamente el modelo biologicista y también el modelo neoliberal. Creo que cada persona tiene derecho a decidir qué tipo de sustancias químicas ingiere (Relaño & Erro, 2021).

En la misma línea Romme y Escher exponen:

Además, no es sorprendente que la respuesta terapéutica estándar a aquellos que escuchan voces sea recurrir a la prescripción de fármacos. El primer impulso es aliviar el sufrimiento. Pero la elección del tipo de terapia es crucial para sus resultados. Aunque la psiquiatría admite que los trastornos mentales pueden ser el resultado de la vulnerabilidad y el estrés, las etiquetas con las que se les clasifica son acordes al modelo médico de la enfermedad (Romme & Escher, 2005, p. 6).

Tal y como dice Erro, el apoyo mutuo es una piedra angular para el activismo en primera persona ya que permite cortar con las lógicas de aislamiento que tanto daño generan. Trabajar entre pares, compartir experiencias, interactuar sabiendo que el otro entiende por lo que se está pasando, tiene beneficios para cada una de las partes. Por ejemplo, nos permite reconocer las experiencias personales de cada uno, respetándolas y aceptándolas tal y como son. Este modelo que trabaja desde un enfoque horizontal no busca intervenir, sino crear comunidad.

«Contextualizar el dolor me parece importante, no pensar que surge de la nada, sino que se da bajo unas condiciones sociales que pueden haberlo generado o haber favorecido su desarrollo» (Relaño & Erro, 2021).

Uno de los tantos países que cuentan con estos grupos de oidores es Brasil y desde allí quería compartir la experiencia del municipio de Campinas en San Pablo.

En la conferencia¹¹ realizada por Leonardo Duart Bastos¹², se nos cuenta como fue el proceso de creación y adaptación de los primeros grupos de oidores de voces en Campinas y como debieron ajustar su funcionamiento a raíz de la pandemia por la covid-19.

El movimiento de Oidores de voces en Campinas comenzó a reunirse con la idea de que todos los participantes podían beneficiarse del hecho de compartir sus experiencias. Se organizó en formato abierto a la población, por lo que en los primeros encuentros se pudo contar con la participación de oidores, familiares, estudiantes y algunas personas que sentían curiosidad por esta nueva forma de abordar el problema.

Muchas personas que oyen voces no tienen nada en común con el diagnóstico de psicosis, han logrado continuar con su vida de una manera suficientemente adaptada a la sociedad, por lo tanto, la forma de abordar eso que les está pasando no va a ser la misma que con aquellas que sí presentan un cuadro psicótico diagnosticado y crónico.

Desde el movimiento no se busca silenciar las voces, sino aprender a vivir con ellas, entendiendo el mensaje que traen a las personas. Esto implica una entera mudanza de paradigma. No prestar atención al contenido de las voces es una forma de desacreditar a la persona que las oye. Lo que se busca desde estos grupos de oidores es mostrar que silenciar las voces no es la única forma de lidiar con el sufrimiento psíquico, sino que trabajar con ellas es también una forma de aliviarlo. Lo importante es centrar la atención en su contenido.

Previo a la pandemia, Campinas contaba con tres grupos de oidores que vieron interrumpida su posibilidad de continuar con los encuentros colectivos debido a las medidas adoptadas en el marco de la prevención de la covid-19. Como alternativa se crea un grupo *online* que funcionó de manera semanal y grupos de WhatsApp y Telegram para, de alguna forma, mantener el sostén que brindaban los encuentros.

Al mismo tiempo, Paul Baker decide dictar un curso *online* de formación para facilitadores. No existe un requisito formal para convertirse en facilitador de un grupo de oidores, pero sí se solicita que el sujeto haya participado de algún gru-

11 Estudio de Caso: *Como começou os Grupos de Ouvidores de Vozes* no Brasil, disponible en el canal de YouTube del CENAT: <<https://www.youtube.com/watch?v=PFXbbzwaask&list=WL&index=133>>

12 Psicólogo y conferencista brasileño, egresado de la Pontificia Universidad Católica de Campinas. Desde la Psicología Social se desempeña principalmente con personas en situación de calle, con dependencia química y su relación con la cultura y la sociedad.

po, que tenga capacidad de escucha y facilidad para llevar adelante un grupo. La experiencia se torna más rica cuando el facilitador ha pasado por la experiencia de oír voces. No es necesario ser psicólogo, ni enfermero, ni contar con título o diploma alguno que acredite un determinado conocimiento.

Hoy Brasil cuenta con más de 100 grupos de oidores de voces dispersos por todo el país. Como un paso más en lo que refiere a reforma psiquiátrica, los grupos fueron llevados a los Centros de Atención Psicosocial (CAPS)¹³ como parte de sus servicios de atención primaria, llegando cada vez a más Estados.

Para su funcionamiento, los grupos debieron adaptarse a la realidad brasileña. No serviría de nada haber traído un modelo exitoso en Holanda, o en cualquier otra parte del mundo, si no fuese capaz de adaptarse al medio en el que iban a funcionar. Los grupos debieron construirse a partir de las experiencias de las personas que se iban acercando.

Si bien hay un vínculo sólido y permanente con el movimiento original, Hearing Voices, los grupos en Brasil se presentan con un fuerte componente social y político. Las diferencias de clases en la sociedad brasileña hacen que determinados grupos deban crear ciertas estrategias para intentar ser oídos.

Los grupos tienen mucho que ver con la pedagogía liberadora a la que refiere Paulo Freire¹⁴, quien hablaba de la posibilidad de construir juntos, sin jerarquías de saberes. Para ello es importante generar un vínculo de confianza que les permita expresarse desde lo más profundo, que sientan que están en un espacio seguro, donde son escuchados y respetados tal y como son.

El grupo no puede funcionar en formato interrogatorio, sino que todo se basa en la voluntad de cada miembro de compartir sus experiencias en un determinado momento.

En esto de escuchar voces lo que se intenta es pasar de ser víctimas a ser vencedores, entender que existen formas muy diversas de experimentar la vida. La recuperación supone una forma personal de reintegrarse a la sociedad y uno de los primeros pasos para ello es lograr la mayor independencia posible de las personas. No se trata de que el sujeto vuelva a ser productivo, sino de que pueda tomar el control real de su vida.

Duart Bastos relata que aún hoy sigue siendo difícil establecer un diálogo entre el movimiento y la psiquiatría tradicional, por eso cuando estos grupos son llevados a los CAPS y funcionan es celebrado como un gran éxito. La academia brasileña sigue siendo muy tradicional, es muy difícil conseguir algo de informa-

13 Dispositivos de atención de salud mental que se organizan en forma de red, brindando atención clínica diaria con el fin de evitar la hospitalización. Se encargan de establecer lineamientos para las políticas públicas de salud mental, basadas en el respeto a la ciudadanía y los derechos de las personas con sufrimiento psíquico.

14 Pedagogo y filósofo brasileño, de los mayores y más significativos del siglo xx. Sus ideas influenciaron los procesos democráticos en todo el mundo. Fue el pedagogo de los oprimidos y en su trabajo transmitió la pedagogía de la esperanza. Influyó en las nuevas ideas liberadoras en América Latina. Su figura es referencia constante en la política liberadora y en la educación.

ción sobre este movimiento o de cualquier otro método alternativo de abordaje en las universidades.

En mi opinión ya es tiempo de que estas nuevas formas de ver y entender la salud mental lleguen al mundo académico favoreciendo la democratización de saberes.

PROCESO DE DESMANICOMIALIZACIÓN EN URUGUAY

El proceso de cambio en la visión de la salud mental en nuestro país lleva más de treinta años, pero no ha sido ni fácil ni lineal. Al contrario, se trata de un proceso cargado de altibajos, con logros y retrocesos, en el que se ha ido trabajando en busca de soluciones y respuestas a las diferentes problemáticas. Este se ha ido dando, más o menos, en concordancia con los procesos puestos en marcha en la región. Básicamente, y desde pequeños grupos, lo que se busca es un mayor reconocimiento de los derechos humanos de los sujetos que continuamente y solo por el hecho de ser pacientes psiquiátricos se ven apartados y discriminados por el resto de la sociedad.

El reconocimiento del sujeto como un ser activo, con autonomía y capacidad de decisión, la desinstitucionalización, la búsqueda de detener la sobremedicalización y la patologización de la vida cotidiana, son solo algunos de los temas que se intenta visibilizar.

Algunos puntos clave de este largo proceso de cambio han sido los siguientes:

En 1880 se inaugura el Manicomio Nacional, primer hospital psiquiátrico del país, conocido actualmente como Hospital Vilardebó. Como se expone en el libro *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (2013), que tiene a Nelson de León como coordinador, «Su construcción formó parte del primer impulso modernizador del país».

Según datos proporcionados en el libro, el hospital estaba equipado para atender 700 camas, pero en 1990 ya contaba con 1000 internos y en 1910 la suma ascendía a 1500.

En 1912, buscando solucionar el problema de la sobrepoblación del hospital, se funda la Colonia Etchepare en el departamento de San José.

«Las colonias, inspiradas en los modernos centros de internación de Europa y en particular de Alemania, prometían avances significativos con respecto a la forma de tratamientos administrados hasta el momento» (De León, 2013, p. 15).

Pero la población de estos establecimientos siguió creciendo y «[...] en la segunda mitad del siglo xx ambas instituciones llegan a albergar alrededor de 5000 personas» (De León, 2013, p. 19).

En agosto de 1936 se aprueba la Ley N.º 9.581 que organiza la asistencia de los entonces llamados psicópatas.

Todo enfermo psíquico recibirá asistencia médica y podrá ser atendido —en su domicilio privado o en otra casa particular— en un establecimiento psiquiátrico privado o en un establecimiento psiquiátrico oficial, cuya organización técnica se ajustará a los reglamentos que se dicten (Ley N.º 9.581, 1936).

La ley entiende por establecimiento psiquiátrico a todo sanatorio o casa de salud en donde se asista a más de un psicópata. «Deberá estar a cargo de un director que será médico, con autorización oficial para el ejercicio de la profesión». La misma ley dispone que una vez que la Facultad de Medicina regule la especialización de psiquiatría, estos establecimientos deberán estar a cargo de un médico psiquiatra. En su artículo 10 expresa que, además, estos deberán ser mixtos y con dos tipos de servicio: uno abierto y uno cerrado, acorde a si el ingreso del usuario fue voluntario o «contra su voluntad por indicación médica, o de orden policial o judicial, en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales».

Por medio de esta ley se introduce, también, la figura del Inspector General de Psicópatas, dependiente del Ministerio de Salud Pública, que tendrá a su cargo la inspección y vigilancia de todo lo concerniente a la asistencia de los psicópatas y el funcionamiento de los establecimientos encargados de esta, así como la creación del registro de los enfermos a partir de los informes proporcionados por los médicos y directores de los establecimientos.

El modelo de atención predominante en ese momento era el modelo manicomial.

En 1948 se aprueba la Ley N.º 11.139 que crea el Patronato del Psicópata, con el objetivo de proteger al enfermo mental y velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad.

En 1966 «[...] se abrió una nueva fase en la psiquiatría nacional. Apareció el crítico informe de Pierre Chainot, que sirvió de inspiración para el Plan de Salud Mental de 1972» (De León, 2013, p. 19).

Chainot, consultor de la OPS/OMS, a pedido del MSP, realiza el «Informe sobre Salud Mental en Uruguay» en el que diagnostica las carencias del modelo de atención en salud mental que se estaba implementado y hace hincapié en los problemas de higiene, deterioro edilicio y escasez de recursos económicos y humanos, constatados tanto en el hospital como en la colonia.

En marzo de 1971 se aprueba el Decreto N.º 117/971 que crea el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica como dependencia del Patronato del Psicópata, con el objetivo de ocuparse de todo lo referente a alcanzar la aceptación integral de los sujetos con trastornos mentales por el medio social en el que viven. Comienza a funcionar en 1972 sistematizando y unificando las acciones relativas a la rehabilitación psíquica.

Desde el año 2011 lleva el nombre Centro Martínez Visca, como un paso más en el proceso de desestigmatizar todo lo referido a la salud mental.

Según consta en la página web¹⁵, el centro cuenta con un Centro Diurno desde el que se trabaja promoviendo la inclusión sociocomunitaria de los sujetos, prestando especial atención a sus necesidades y en contacto con las familias y redes de apoyo que estos puedan tener. También cuenta con dos programas: Arrayan, que es un programa de viviendas transitorias que busca estimular la autonomía de los sujetos; y Ceibo, que tiene como principal objetivo promover la inclusión laboral. A través del empleo con apoyo se busca incorporar a los sujetos al mercado laboral en igualdad de oportunidades.

«Trabajar y tener un empleo aumenta la satisfacción del usuario y su autoestima, y rompe el círculo de pobreza y dependencia. Además, el trabajo da la oportunidad de socializarse y comunicarse» (WAPR-OMS, 1996).

Tal como se expresa en el libro *La sociedad del Olvido* (2009), el Dr. Osmio Curbelo¹⁶, en aquel entonces director del CNRP, resaltaba la importancia de entender la rehabilitación como un proceso de restitución de la autonomía, así como de la posibilidad de generar estrategias para mejorar la calidad de vida de los sujetos, las familias y la sociedad en su conjunto.

En 1986 se aprueba el Plan Nacional de Salud Mental con los objetivos generales que se citan a continuación:

Atención a los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a individuos, grupos y medio ambiente, enfatizándose las acciones de promoción y prevención.

Creación de una red de servicios regionalizada, articulada e integrada, con el sistema de atención de salud general que atiende los problemas de salud mental de la población.

Dicha red de servicios debe proveer cobertura a toda la población de manera igualitaria, oportuna, eficiente, continua e integral.

Creación de canales definidos de participación de las Instituciones y fuerzas sociales organizadas. (MSP, 1986).

Este Plan proponía un modelo de atención universal, igualitaria e integral, lo que requería una transformación del modelo de atención en salud mental. Para

15 <<http://www.centromartinezvisca.org.uy/>>

16 Médico psiquiatra con experiencia en Psiquiatría general, Rehabilitación Psicosocial de Trastornos Mentales Severos y Persistentes y Estrés Postraumático.

ello se planteaba la atención por niveles, requiriendo el Primer Nivel de la creación de servicios comunitarios desde los cuales se llevarían a cabo los diferentes programas a implementar.

En 1988 se crea el Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social (CIPRES) como un proyecto dentro del Hospital de Clínicas.

Durante la entrevista realizada para la elaboración del libro *La sociedad del olvido*, de Techera, Apud & Borges (2009), Eva Palleiro, en ese entonces coordinadora del centro, destacaba la concepción humanista en el abordaje que se hacía de la salud mental, resaltando la importancia de la horizontalidad.

«La rehabilitación tiene por objetivo no solo la mejora en la calidad de vida de las personas, sino romper con el estigma y reconocerse más allá de las categorías psiquiátricas que los ubican en el rol de 'paciente'» (Techera, Apud & Borges, 2009, p. 100).

En 1990 se firma La Declaración de Caracas, que supuso un compromiso en cuanto a superar el modelo asilar y encaminar la salud mental hacia un modelo de atención descentralizado, participativo e integral.

Se considera impostergable la implementación de modelos de atención que no estén únicamente basados en tratamientos psicofarmacológicos, sino que también hagan énfasis en los tratamientos psicoterapéuticos y fundamentalmente en los psicosociales atendiendo las dificultades asociadas a la enfermedad mental: desocupación, estigmatización, problemas de vivienda y alimentación, etc. (De León, 2013, p. 29).

En 1993 comienza a funcionar el Programa Puertas Abiertas, llevado a cabo por el psicólogo Raúl Penino en el Hospital Vilardebó, como forma de trabajo psicosocial con el objetivo de transformar las realidades de las personas. Se trata de espacios humanizantes, encuentros de producción entre sujetos, donde la horizontalidad tiene un papel especial. Es necesario lograr que el medio social conozca la realidad del hospital y, además, que este también se involucre en los asuntos de salud mental, para poder pensar en la posibilidad de una entera reinserción de los sujetos al medio.

Tal como afirma Penino en la entrevista realizada para la elaboración del libro *La sociedad del olvido* (2009):

Hay como un miedo instalado en la sociedad ante lo que pasa detrás de los muros del hospital, por eso creo que es importantísimo que las personas que se interesan puedan conocer esta realidad directamente. Que la sientan con los ojos, con los oídos [...] y que saquen sus propias conclusiones (Techera, Apud & Borges, 2009, p. 93).

En noviembre de 1997 aparece Radio Vilardevoz como un taller radial dentro del Hospital Vilardebó. En palabras de Cecilia Baroni (2022) «nace desde el propio manicomio». Con el eslogan ponerle antena a la locura se busca trabajar la participación, la comunicación y la salud mental.

Como relata Baroni en la entrevista realizada por Juan Temponi y Maite Sarasola en el programa *La letra chica*, emitido por TV Ciudad el día 7 de junio de 2022, actualmente existen 13 experiencias similares en Latinoamérica y se encuentran interconectadas.

Tal como se puede leer en su página web¹⁷ se trata de un proyecto en constante producción y basado en tres pilares fundamentales: la participación, la comunicación y la salud mental.

Entre sus principales objetivos se encuentran:

- Contribuir al proceso de rehabilitación del paciente psiquiátrico desde una perspectiva de salud comunitaria, desarrollando un «Proyecto comunicacional participativo» que sirva como modelo para promover el diseño de estrategias institucionales de rehabilitación y reinserción social.
- Propender a la comprensión sobre la concepción social de la enfermedad mental a nivel comunitario promoviendo la discusión y el debate social acerca de la locura, sus dimensiones y límites.
- Promover la producción de conocimiento y la formación profesional tanto de pregrado como de postgrado en el área de la salud mental (Vilardevoz, 2022b).

Marcos Almirón, participante del colectivo, entrevistado junto a Baroni, resalta la importancia de la libertad de tener una opinión y poder mostrarla. Cuenta que en Vilardevoz se trabaja entre pares, buscando romper las lógicas jerárquicas, respetando la totalidad de los saberes.

Durante la pandemia, y a causa de los protocolos establecidos, debieron modificar su lugar de trabajo. Dejaron el hospital para pasar a un local cedido por la Intendencia de Montevideo ubicado en el barrio Ciudad Vieja. Este cambio, relata Baroni, dio lugar a una experiencia única en cuanto a tener que autogestionar dicho espacio, que funciona de 9 a 18 horas, con la idea de sostener a las personas en situación de calle. Señala, también, la necesidad de producir prácticas humanizadoras para redefinirnos como humanos.

En el Boletín semanal n.º 6, año 7, de fecha 8 de abril del presente año, publicado en el *blog* del colectivo, se puede leer la siguiente frase como cierre al artículo titulado «Muerte en la Ex Colonia Etchepare» en referencia a la muerte de un usuario de la excolonia, ocurrida el día 4 del mismo mes:

Las personas con patología de lo psiquiátrico y lo mental también somos seres humanos y merecemos ser tratad@s con respeto y dignidad. Tenemos derecho a estar viv@s, tenemos derecho a la magia de estar y ser alguien

17 <<http://vilardevoz.blogspot.com>>

en la vida. Loc@s: no están sol@s, no estamos sol@s!! Otra salud mental es posible (Vilardevoz, 2022a).

En enero del 2008 entra en vigencia el Sistema Nacional Integrado de Salud, creado por la Ley N.º 18.211 del 5 de diciembre de 2007, en el que se venía trabajando desde el 2005.

Organizado bajo tres niveles de atención acorde a la complejidad de las prestaciones, tiene como gran objetivo alcanzar una cobertura de salud universal. Entre sus rasgos característicos se destacan la democratización de la salud, la interdisciplina y el trabajo en equipo, la accesibilidad y los programas de prestaciones integrales. En cuanto a la salud mental, busca asegurar el acceso universal y equitativo a prestaciones en psicoterapia y abordajes psicosociales.

En 2012 se crea la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, como un colectivo de trabajo, un espacio político y de participación, a los efectos de dar visibilidad a la situación de los sujetos considerados pacientes psiquiátricos, con todo lo que eso implica. Se integra por grupos de usuarios, familiares, profesionales y estudiantes vinculados al campo de la salud mental y los derechos humanos.

Los primeros encuentros fueron realizados en la propia Facultad de Psicología y uno de sus primeros cometidos fue organizar la marcha que se realizaría el 10 de octubre del mismo año, en conmemoración del Día Mundial de la salud Mental, bajo la consigna «Rayados estamos todos».

«En la Asamblea hay lugar para todos y así se arma la agenda, vinculando movimientos y resistiendo desde una horizontalidad, respeto y escucha que hoy no parecen ser capital que cotice mucho por estos lados» (Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, 2018, p. 12).

En el 2013 se encargó de organizar el primer «Encuentro Antimanicomial», que se trató de un espacio de diálogo desde donde pensar y producir acerca de todo lo referido a salud mental, al cierre de los manicomios, a dispositivos alternativos, la legislación y los derechos humanos. De este primer encuentro sale la siguiente declaración: «entendemos la Salud Mental desde una perspectiva integral y como un Derecho Humano fundamental e inalienable».

A fines del 2014 comienza a trabajar en conjunto con el Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR) y el Centro de Archivo y Acceso a la Información Pública (CAinfo) con los que en 2016 publican el documento *Aportes para la transformación del Modelo de atención en salud mental. La experiencia transitada a partir del uso de la ley de acceso a la información pública*.

Con este documento se pretende avanzar en una política de datos abiertos en materia de salud mental que fortalezca los procesos de planificación y elaboración de políticas públicas, generando mayores condiciones para la transparencia, la rendición de cuentas y el monitoreo social sobre la gestión en mate-

ria de atención en salud mental en el Uruguay (Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR); Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública (CAinfo); Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, 2016).

En el 2015 presenta ante el Parlamento un proyecto de Ley de Salud Mental.

En el período 2016-2017 se establece la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en clave de Derechos Humanos, integrada por más de 50 organizaciones.

«Fue realmente difícil aportar al cambio de legislación y fue difícil también dar a conocer públicamente cuáles eran las incongruencias del proyecto que se estaba debatiendo y con el que no estábamos de acuerdo» (IELSUR, CAinfo & Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, 2016).

La CNLSM se autodisolvió en agosto del 2017 tras la aprobación de la Ley N.º 19.529.

En el prólogo del libro *Rayadxes estamos todxs, narrativas de una lucha*, de la Asamblea Instituyente publicado en 2018, Luis Pedernera¹⁸ refiere que «La Ley que finalmente se aprobó, que sustituye a la anterior vigente desde hacía 80 años, sigue anclada en un enfoque cosificante del sujeto, con graves debilidades en materia de respeto a las garantías y libertades, dejándole todavía gran poder discrecional al psiquiatra y al juez en detrimento de la voluntad del paciente».

Desde el primer momento, lo que la Asamblea buscó fue desestigmatizar la locura y la completa integración de los sujetos con sufrimiento psíquico a la comunidad en la que viven.

Como queda de manifiesto en el mencionado libro, la Asamblea se caracteriza por la inclusión y la horizontalidad en la militancia. Y así lo refleja uno de los testimonios allí plasmados: «Pero cada vez que participo en ese espacio donde no nos rigen las jerarquías, me retiro con una sensación de bienestar por el profundo respeto que se profesa por las experiencias personales e institucionales» (Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, 2018, p. 11).

En 2013, la Dirección Nacional de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE junto al Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica Dr. A. Martínez Visca, llevan a cabo un relevamiento de los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Red Asistencial de ASSE y de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata del que resulta que, de un total de 20 centros con los que contaba el país el 55 % fueron creados a partir del año 1996 y el 25 % a partir del año 2000, evidenciando la importancia de la rehabilitación en esos años.

En 2017 se aprueba la Ley N.º 19.529, Ley de Salud Mental, con el objetivo de garantizar el derecho a la salud mental de todos los habitantes del país con una

18 Integrante del Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR).

perspectiva de respeto a los derechos humanos. En sus principios rectores, esta ley habla de «reconocer a la persona de manera integral», de una cobertura universal basada en la equidad, la continuidad y oportunidad de las prestaciones.

El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales (Ley N.º 19.529, 2017).

Como allí se propone, desde una mirada interdisciplinaria y promoviendo la interinstitucionalidad se procurarán planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con padecimientos psíquicos. La propia ley reconoce que el estado de las personas con trastorno mental puede modificarse, por lo que se apuesta y se insiste en la rehabilitación.

Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital (Ley N.º 19.529, 2017).

En cuanto a la hospitalización, la ley presenta una postura muy clara, es un recurso terapéutico más, pero en ningún caso será indicada o prolongada para resolver cuestiones de índole social o de vivienda.

«La no institucionalización de las personas con trastornos mentales es posible integrando un modelo socio sanitario comunitario que debe adecuarse a las necesidades de cada una de las personas con TMSP» (Del Castillo, Dogmanas & Villar, 2011, p. 85).

Para poder cumplir con estos criterios es necesario contar con planes y estrategias de rehabilitación psicosocial integral que ayuden a mejorar la calidad de vida y la reinserción de los sujetos como miembros activos de la comunidad.

El trabajo en rehabilitación biopsicosocial desde lo cultural y ambiental, implica el encuentro entre la persona que presenta un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente. En dicho encuentro se va privilegiando el lugar de la persona con TMSP, su potencial y saber en un aprendizaje en común hacia la construcción de un camino propio e individualizado (Del Castillo, Dogmanas & Villar, 2011, p. 85).

La recuperación de los sujetos implica la construcción de proyectos de vida definidos por ellos mismos. Su participación activa es imprescindible si se quiere lograr verdaderos avances. También es importante involucrar a la comunidad, por-

que sin la sensibilización de esta la reinserción de los sujetos queda comprometida. Se requieren cambios en las actitudes y conductas de los individuos, así como en el propio sistema sanitario y en el contexto social del que forman parte.

Resulta importante que las futuras acciones apunten a mejorar la accesibilidad tanto a nivel público como privado de la Rehabilitación Psicosocial Integral de la persona con TMSP, propiciando su participación activa en el proceso de cambio, con plenos derechos ciudadanos y de accesibilidad a los recursos socio-culturales (Del Castillo, Dogmanas & Villar, 2011, p. 95).

En noviembre del 2019 se aprueba la Ordenanza N.º 1488 del MSP referente a la red de Estructuras Básicas de Atención en Salud Mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En ella se definen y enumeran los diferentes dispositivos que se implementarán para la atención en salud mental tanto para adultos como para niños, niñas y adolescentes.

En febrero del 2020, y en la misma línea, el Ministerio de Salud Pública aprueba el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 a efectos de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley N.º 19.529. Se trata de un plan de trabajo con distintos objetivos a alcanzar en diferentes períodos de tiempo. Algunos de estos tienen que ver con la promoción de hábitos saludables y el fortalecimiento de los recursos psicosociales desde la niñez, la inclusión de las familias o redes sociales de los sujetos dando importancia al contexto en que están inmersos, la modificación de la percepción social y el estigma que se genera en torno a todo lo concerniente a la salud mental y el logro de un involucramiento responsable de los medios de comunicación en cuestiones de salud mental y prevención del suicidio.

Se deberá entender que este PNSM será exitoso en la medida en que sea realmente transformador, consecuente, participativo, inclusivo, intersectorial, interdisciplinario, integrador de todos los actores y saberes pertinentes, realista y adecuado a las peculiaridades de cada situación y lugar (MSP, 2020, pp. 8-9).

Como se puede apreciar, a lo largo del proceso se ha ido avanzando hacia la implementación del modelo de atención comunitario favoreciendo prácticas participativas que devuelvan la dignidad y la autonomía a los sujetos que se han visto afectados por algún padecimiento psíquico. «El foco actualmente está puesto en fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental, de manera de superar el modelo asilar y asegurar la erradicación del sistema manicomial» (Del Castillo, Dogmanas & Villar, 2011, p. 85).

Un modelo de atención comunitaria implica abordar los problemas de salud mental con un enfoque integral, teniendo en cuenta la participación activa de los usuarios, así como de sus familiares o redes de apoyo.

Como se mencionó previamente, el pasado 7 de junio se emitió por tv Ciudad el programa *La letra chica*, con el título del día: «Mentes postergadas»¹⁹ en el cual fueron entrevistados, además de Cecilia Baroni y Marcos Almirón, la dra. PhD María José Bagnato²⁰ y la doctora Virginia Cardozo.²¹

Bagnato habla de la importancia de empezar a entender la salud como algo integral, la enfermedad como parte del proceso de salud y no como su opuesto. Resalta el papel del Sistema Nacional Integrado de Salud, «que crea la posibilidad de atención en psicoterapia, de atención desde lo interdisciplinar y en comunidad». A su vez, plantea la necesidad de trabajar el proceso de autoaceptación y de la aceptación por parte del contexto social en el que se mueve cada sujeto.

Por su parte, Cardozo habla de romper el estigma y la etiqueta que los diagnósticos depositan en las personas, de poder reconstruir identidades, subjetividades y pensarnos como sujetos de derecho. Afirma que el gran paso está en apostar por el primer nivel de atención, reservando el acceso a los especialistas para aquellos casos en los que realmente sea necesario y así no saturar los sistemas de salud.

En el video de presentación del programa, se puede ver a diferentes actores expresando opiniones al respecto del tema, entre ellos cabe destacar al doctor Domingo Díaz del Peral²², quien plantea que el modo en que la sociedad afronta a las personas con enfermedades mentales marca el pronóstico y la recuperación de esos sujetos.

Por su parte, Alejandra López²³, sostiene que Uruguay cuenta con un marco normativo muy bueno, destacando la Ley N.º 19.529, que cambia el paradigma de atención en salud mental, priorizando el primer nivel de atención y la prevención, pero que ahora urge poder «echarlo a andar» y para ello es necesario invertir en salud mental.

En mi opinión, el marco normativo que permita una total transformación de nuestra forma de entender la salud mental está, tendremos que seguir trabajando en su implementación, así como en la concientización de la sociedad en su totalidad de que otro relacionamiento es posible. La salud mental es un tema que debería ocuparnos a todos.

19 < <https://www.youtube.com/watch?v=fngj6Y4dzrw>>

20 Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad de la República, exdecana de la Facultad de Psicología, profesora grado 5 y actual directora del Centro de Experimentación e Innovación Social de dicha Facultad. Cuenta con una maestría y un doctorado en la Universidad de Salamanca, España.

21 Doctora en Medicina, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, magister en Género y Políticas de Igualdad, actual directora de Salud de la Intendencia de Montevideo.

22 Doctor en Medicina, especialista en Psiquiatría, Psicoterapeuta, docente universitario y conferencista, dedicado a la Psiquiatría Clínica desde 1982.

23 Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, licenciada en Psicología de la Universidad de la República, profesora grado 5 de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

REFLEXIONES FINALES

Las experiencias presentadas en los capítulos 2, 3 y 4 tienen en común, entre otras cosas, que surgen como alternativas ante el descontento con el modelo biomédico y sus formas de encarar la salud mental. Las tres se ajustan a las características del modelo comunitario, que es el mismo al que se orienta nuestra legislación vigente en cuanto a salud mental. Me refiero tanto al SNIS, a la Ley de Salud Mental, a la Ordenanza N.º 1488 del MSP, como al propio PNSM, que señalan al modelo de atención comunitario como el más adecuado para alcanzar los objetivos planteados. Desde un modelo integral lo que se busca es garantizar el derecho a una salud mental digna.

Hablar de la elección de este modelo de atención es hablar también de un cambio en la relación con los sujetos, es empezar a pensarlos como agentes transformadores, con voz propia y como parte significativa de la comunidad. Trabajar desde lo comunitario implica prácticas que se orienten hacia la transformación social.

Otra característica en común es el trabajo en formato de asamblea, con participación activa de los usuarios, en donde todas las voces son escuchadas e importantes por igual. Esta forma de trabajo se encuentra presente tanto en las asambleas del propio Basaglia, los encuentros del diálogo abierto, las reuniones de los movimientos en primera persona, como en la Asamblea Instituyente y el Programa de Puertas abiertas que implementó Penino en el Vilardebó. Esto demuestra que no son ni tan lejanas ni tan extrañas, a pesar de no contar con difusión suficiente en nuestro medio.

En todas estas prácticas se trabaja de forma horizontal, valorizando las experiencias individuales y atendiendo las necesidades específicas de cada uno. Se quita el foco de los diagnósticos para pasar a centrarse en los sujetos. Se aspira a que estos puedan generar un sentido de identidad más allá del diagnóstico.

Tomando a la enfermedad mental como manifestación de un sufrimiento psíquico muy grande, lo que se busca es instalar una comprensión social de ella. Como expresa Basaglia en la entrevista realizada por Nino Vascon transcrita en el documento Franco Basaglia: «la realidad del manicomio es trágica porque es opresiva» recuperada por Idep salud en 2018: «Lo esencial es tomar conciencia de lo que representa este individuo para mí, cuál es la realidad social en que vive, cuál es su relación con esta realidad» (Idep salud, 2018).

En nuestro país urge un cambio cultural con relación a todo lo que refiere a la salud mental y la locura. Una transformación que empiece por el respeto al ser humano y que traiga consigo la participación y el involucramiento consciente de la comunidad. Si no estamos convencidos de que los «locos» pueden volver a tener una vida normal no podremos ayudarlos verdaderamente. Al menos, no como ellos

necesitan. No se trata de encontrar una cura, sino de hallar un camino que alivie el sufrimiento.

El modelo de atención comunitario cuestiona muchas de nuestras prácticas y nuestro posicionamiento ante el dolor psíquico. Como profesionales del área de la salud mental no podemos permanecer indiferentes a la necesidad de un cambio que, ante todo, debe darse en cada uno de nosotros, en nuestra propia subjetividad. Si no modificamos nuestra forma de mirar y entender la locura no podremos ayudar a quienes sufren por ella. Esta transformación implica adoptar una nueva perspectiva. Hay algo en nuestro modo de ver la locura que tiene que ser corregido, dándole lugar a otras formas de hacer las cosas, a intervenciones flexibles, pertinentes y realmente demandadas. Que lo que hagamos tenga sentido, tanto para nosotros como para aquellos a los que nos dirigimos.

Se trata, en cierto modo, de abrir posibilidades de diálogo de una forma más horizontal. Salir del papel del psicólogo más académico o tradicional y aproximarnos como personas más que como profesionales, y así mirar al sujeto y verlo en su totalidad y no solo a través del diagnóstico con el que se presenta. Necesitamos implicarnos en su realidad priorizando el encuentro, promoviendo el intercambio de saberes y respetando el conocimiento que da la experiencia. Buscar siempre nuevas formas de hacer, evitando quedar estancados o paralizados ya sea por prácticas decadentes o por el miedo a incrementar el sufrimiento de las personas.

Pienso al psicólogo como un catalizador y a la intervención psicológica como una construcción en la que todos los implicados deberían participar de forma activa. Para ello es inevitable volver a pensarnos una y otra vez, redefiniendo nuestro posicionamiento, generando posturas éticas y políticas respecto a aquello que pretendemos modificar y dejar en claro desde dónde vamos a intervenir. Esto supone el desarrollo de cierta sensibilidad y sentido de justicia social. Implica definir qué psicologías vamos a construir, así como qué tipo de profesionales queremos y podemos llegar a ser. Se trata de establecer compromisos con los otros aceptando la complejidad de lo humano. No dar nunca nada por perdido, porque siempre hay algo para hacer. Por más pequeño que parezca un movimiento que se logre, puede ser el punto de partida para nuevas afectaciones. Con esto me refiero a tener siempre cierta actitud esperanzadora que es propia del enfoque de la recuperación.

Hablo de un movimiento que debe darse en el sujeto, sí, pero que también podemos incentivar en los profesionales de los servicios de salud, en las familias, en las comunidades y hasta en el ámbito académico, donde sigue siendo imprescindible una apertura que permita el acceso a nuevas prácticas e intervenciones desde otras lógicas que ayuden a que el otro se sienta sujeto y no un objeto de las disciplinas. Aceptar y mostrar desde la propia formación que hay otras maneras de abordar la salud mental.

En mi opinión, es necesario plantarnos desde un rol más activista y de conscientización de la comunidad. Llevar las cuestiones de salud mental a la población

en general desde un lugar más común, como parte de la comunidad y como un problema que nos afecta a todos. Dejar de lado los tecnicismos e informar en un vocabulario que sea accesible para todos.

Acompañar en la lucha por una atención en salud mental digna, y en la búsqueda de formas más humanas de aliviar el dolor. Para ello, es fundamental romper las lógicas jerárquicas y trabajar todos juntos respetando todas las posiciones y opiniones.

Como afirmaba Basaglia, debemos luchar de forma permanente contra el estigma y todas las formas de discriminación que rodean al loco y la locura.

Lograr el involucramiento de la comunidad es fundamental si se quiere avanzar en el proceso de desmanicomialización y lograr que la salud mental sea parte de la agenda pública. También lo es contar con el apoyo de los medios de comunicación, principalmente para desestigmatizar todo lo concerniente a la locura y así derribar los mitos socialmente instalados y muchas veces reproducidos desde estos mismos medios.

Se necesitan medios de comunicación socialmente responsables y periodistas seriamente informados sobre la temática. Llegar a la comunidad desde ellos brinda una masividad que, si bien no garantiza la aceleración de los procesos de sensibilización, le daría mayor visibilidad a las problemáticas.

No por ello debe abandonarse el trabajo en territorio, en mi opinión, que la comunidad conviva con sujetos con sufrimiento psíquico es el modo más directo de derrocar esos mitos y alcanzar una reinserción saludable. Derribar las barreras que nos separan a unos de otros y poder construir juntos es el principio del camino para un cambio que sea honesto y justo con todas las partes.

Como psicólogos, es importante poder ampliar nuestra caja de herramientas y darle paso a prácticas emergentes que encaren las dificultades de una forma más integradora y humanizada.

Uno de los caminos para todo esto es orientarnos al modelo de la recuperación. Como plantean Silva y Restrepo (2017) «[...] la recuperación funcional implica no solo la remisión de los síntomas, sino también el logro de una mayor autonomía». La idea es lograr una disminución de los síntomas al punto que la persona pueda seguir con sus actividades diarias.

«La recuperación representa la convergencia de un número de ideas (empoderamiento, autogestión, derechos de las personas con discapacidad, inclusión social y rehabilitación) bajo un solo encabezado que señala una nueva dirección para los servicios de salud mental» (Shepherd, Boardman & Slade, 2008, pp. 9-10).

Los procesos de atención, aún hoy, se ven cargados de concepciones estigmatizantes que resultan contraproducentes en cualquier tratamiento que se vaya a llevar adelante. La sobremedicación y la patologización de algunos problemas psicosociales reproducen la discriminación generando aislamiento y pérdida de autoestima en los sujetos.

Que aún sigan funcionando estructuras monovalentes debería impulsarnos a profundizar en la reforma psiquiátrica y a no abandonar la búsqueda de otras formas de acercarnos a la salud mental.

«La Desmanicomialización fue concebida como *la transformación de un sistema de salud mental*, para que las personas con sufrimiento mental vivan en sus comunidades y no en hospitales psiquiátricos ni en ninguna otra forma de abandono» (Cohen & Natella, 2013, p. 17).

Esto sin dudas implicará un intenso trabajo de sensibilización, no solo en los profesionales de la salud y de otros sectores sociales, sino de las comunidades en su totalidad.

Se hace evidente «[...] la necesidad de promover el intercambio y colectivizar la reflexión social sobre las formas de encarar la comprensión, atención y el cuidado de las personas que sufren de las llamadas enfermedades mentales» (De León, 2013, p. 16).

Como planteaba Basaglia, bajo toda enfermedad psíquica hay un conflicto social, por lo que creo, nuestra mirada debería ser lo suficientemente amplia como para poder ver qué hay detrás de los síntomas. Es importante aceptar que existen diferentes formas de entender el sufrimiento humano y es nuestra responsabilidad promover la salud mental a partir de nuevas alternativas de abordaje e incorporar prácticas reflexivas que ayuden a sanar.

«No necesitamos un sistema que resuelva el hoy sin pensar en las consecuencias del mañana. Necesitamos un sistema de salud mental en el que la persona pueda recuperarse y permanecer saludable en su comunidad» (Rosa-Dávila & Mercado-Sierra, 2020, p. 286).

Como expuse al inicio, el objetivo de este trabajo es generar un espacio de discusión, un disparador desde el cual poder pensar y cuestionar sobre qué estamos haciendo y lo que podemos hacer para implementar el cambio necesario.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2018). *Rayadx estamos todxs, narrativas de una lucha*. Montevideo, Uruguay: Pez en el hielo.
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR); Organización Mundial de la Salud (OMS) (07 de 1996). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/WHO. *WAPR Bulletin*, 8(3).
- ASSE, D. N. & Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, D. A. (2014). *Informe de los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Red Asistencial de ASSE y de la C.H.P.P. Período 2012-2013*. Montevideo.
- Baroni, C. (04 de 07 de 2016). *Hemisferio Izquierdo*. Recuperado el 18 de 01 de 2022, de <<https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2016/07/04/un-movimiento-contra-el-olvido-aportes-para-pensar-el-proceso-de-desmanicomializaci%C3%B3n-en>>
- (04 de 07 de 2018). 40 años de la Ley Basaglia: la salud comunitaria como derecho. *La diaria*.
- Cacciola, D. D. (2020). *Edumargen.org*. Recuperado el 20 de 04 de 2022, de <https://www.edumargen.org/docs/curso58-5/unid03/apunte08_03.pdf>
- Castillo, T. (2021). Orgullo Loco en Chile: políticas de identidad, luchas simbólicas y acción colectiva en salud mental. *Revista Chilena de Antropología* (43), 131-146.
- Cea Madrid, J. C. (2015a). *Manual de derechos en Salud Mental*. Chile: Universidad de Chile.
- (2015b). Metodologías participativas en salud mental: alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 79 - 97.
- Cohen, H. & Natella, G. (2013). *La demanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial s.a.
- De León, N. (2013). *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud mental*. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Del Castillo, R., Dogmanas, D. & Villar, M. (11 de 2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* (4), 83 - 96.
- Erro, J. (2021). *Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile* (1 ed.). Virus.
- Escales, C. (14 de 1 de 2019). La reforma psiquiátrica en la ciudad italiana de Trieste, el psiquiatra que cerró el manicomio. *El Periódico*.
- García Pérez, A. (05 de 02 de 1978). Franco Basaglia: Debajo de la enfermedad psíquica hay un conflicto social. *El País. El periódico global*.
- Hernández Monsalve, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-182.
- Idep salud. (2018). <https://idepsalud.org/>. Recuperado el 12 de 2021, de <<https://idepsalud.org/franco-basaglia-la-realidad-del-manicomio-es-tragica-porque-es-opresiva/>>
- Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR); Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública (CAInfo); Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. (2016). Aportes para la transformación del modelo de atención en salud mental en el Uruguay. La experiencia transitada a partir del uso de la Ley de Acceso a la Información Pública. Montevideo, Uruguay.
- Ley N.º 19.529. (19 de setiembre de 2017). *Ley de Salud Mental*. Montevideo, Uruguay.

- Ley N.º 9.581. (24 de 08 de 1936). *Regulación de los establecimientos psiquiátricos*. Montevideo, Uruguay.
- Mackler, D. (Dirección). (2011). «*Diálogo Abierto*» un abordaje finlandés, alternativo, para sanar la psicosis. [Película]. Finlandia.
- Matyszczyk, A. (01 de 04 de 2019). Método finlandés plantea la cura de la esquizofrenia sin medicación. *El Observador*.
- MSP. (08 de 09 de 1986). Plan Nacional de Salud Mental. Montevideo, Uruguay.
- (2020). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. 1-85. Montevideo, Uruguay.
- Perdomo, A. (09 de 10 de 2018). *Hemisferio Izquierdo*. Recuperado el 10 de 02 de 2022, de <<https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2018/10/09/espacios-de-libertad-programa-puertas-abiertas-una-mirada-esquizoanalitica-de-la-rehabili>>
- Relaño, J. & Erro, J. (29 de 9 de 2021). «El biologicismo permite mercantilizar el sufrimiento psíquico» una entrevista a Javier Erro. *Made in (S)pain. Locura, comunidad y derechos humanos*.
- Rodríguez, A. & Montenegro, M. (2016). Retos Contemporáneos para la Psicología Comunitaria: Reflexiones sobre la Noción de Comunidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 50(1), 14-22.
- Rodríguez, J. (02 de Diciembre de 2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 86-96.
- Romme, M. & Escher, S. (2005). *Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos.
- Rosa-Dávila, E. & Mercado-Sierra, M. (2020). Salud Mental Comunitaria: Una explicación del Modelo. *Voces desde el Trabajo Social*, 8(1), 270-289.
- Runciman, O. (2016). Escuchadores de voces: un cambio de paradigma para la esquizofrenia. *Enfermería y Salud Mental* (5), 22-26.
- Seikkula, J. (05 de 12 de 2016). Conversaciones con futuro. (Q. Petit, Entrevistador) Recuperado el 2022, de <https://elpais.com/elpais/2016/12/05/actualidad/1480971307_531156.html#?pr-m=copy_link>
- Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (03 de 2008). *Confederación Salud Mental España*. (S. A. Salud, Ed.) Recuperado el 25 de 07 de 2022, de [consaludmental.org](https://consaludmental.org/centro-documentacion/hacer-de-la-recuperacion-una-realidad/): <<https://consaludmental.org/centro-documentacion/hacer-de-la-recuperacion-una-realidad/>>
- Silva, M. A. & Restrepo, D. (2019). Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(4), 252-260.
- Techera, A., Apud, I. & Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo, Uruguay: CSIC-Udelar.
- Vilardevoz. (2022a). *Vilardevoz, locos por la radio*. Recuperado el 28 de 06 de 2022, de <http://vilardevoz.blogspot.com/>
- (08 de 04 de 2022b). *Vilardevoz, locos por la radio*. Recuperado el 28 de 06 de 2022, de https://drive.google.com/file/d/13ffULjrUJwK4yW__ygtj9t7-U8MLjO7B/view
- Vispe, A. & Valdecasas, J. (21 de 08 de 2016). *postPsiquiatría*. Recuperado el 26 de 05 de 2022, de <<http://postpsiquiatría.blogspot.com/2016/08/dialogos-terapeuticos-en-la-red-social.html>>