

TRABAJO FINAL DE GRADO:

MODALIDADES DE RELACIONAMIENTO CON LA

LOCURA:

PERSPECTIVAS PARA LA INCLUSIÓN COMUNITARIA.



Obra: Juegos de Niños, Autor: Raúl Cabrera "Cabrerita"

María Belén León Dalto

5.464.894-7

TUTORÍA: Prof. Adj. Mag. Nelson De León

Montevideo, 30 de Julio de 2016.

Índice

Introducción.....	2
-------------------	---

Capítulo I:

1. Contextualización Socio-Histórica de la Locura y la Enfermedad Mental..	3
1.1 Locura y Religión.....	4
1.2 El viaje de la insensatez: del encanto de la locura a su desencantamiento.....	6
1.3 El encierro.....	10
1.4 ¿Cómo y Quién encierra?.....	12

Capítulo II:

2. Del Paradigma de la enfermedad mental a la salud mental.	
2.1. Consolidación de la modernidad: la enfermedad mental.....	14
2.2 De la crítica de la psiquiatría a la salud mental.....	17
2.3 Proceso de Reformas con inclusión de la perspectiva de derechos.....	19
2.3 a) Reforma en Argentina.....	21
2.3 b) Reforma en Brasil.....	22
2.3 c) Reforma en Uruguay.....	22
2.3 d) Un nuevo desafío.....	27

Capítulo III:

3. Salud Mental en Comunidad	
3.1 Surgimiento y concepciones de comunidad.....	27
3.2 Relaciones de la comunidad	30
3.3 Salud mental en comunidad.....	33
3.3 a) ¿Cómo se entiende Salud Mental Comunitaria?.....	34
3.4 Dispositivos de transformación hacia la desmanicomialización.....	35

Consideraciones y Reflexiones finales.....	38
---	-----------

Bibliografía.....	41
--------------------------	-----------

Introducción:

El presente trabajo de grado, se inscribe bajo la modalidad de monografía, a través de la cual se prende una sistematización bibliográfica con el fin de realizar una aproximación hacia problemáticas tales como Locura, Salud Mental, Comunidad y sus modalidades de relacionamiento.

El mismo, se desarrolla en base a tres capítulos que toman como eje central las modalidades de relacionamiento de la locura desde un análisis social e histórico.

En el primer capítulo se hará una contextualización histórica de la locura y sus modalidades de relacionamiento, a través de distintas dimensiones que llevaron a la construcción de la misma.

En el despliegue del segundo capítulo, se dará cuenta de los cambio de paradigma, de la locura hacia la enfermedad mental y de la enfermedad mental hacia la salud mental. Tomando a la persona como sujeto de derecho y las implicaciones que genera la misma, así como también se pone énfasis en lo que ha sido el Uruguay en materia de derecho y legislación, visibilizando los cambios que se están dando en los últimos año.

El tercer capítulo, se enmarca en describir el cambio de modelo atención asilar a la atención comunitaria, desprendiéndose cuestiones en referencia a cómo han sido las relaciones de la comunidad, la salud mental en comunidad y los posibles dispositivos de transformación hacia la desmanicomialización, que podrían ir dando paso a una posible transformación en la atención de la salud mental.

1. Contextualización Socio-Histórica de la Locura y la Enfermedad Mental.

La Locura, con el paso de los siglos ha sido concebida, tratada, conceptualizada de distintas maneras, mayoritariamente con un tinte oscuro de ocultamiento, encierro y persecución, pero también de endiosamiento. En lo que a esto refiere, Baremblytt (citado por De León, 2007), expone;

Lo cierto es que la racionalidad teológica la moral, la especulativa, la cívica y la científica, no han conseguido mejor que la mística incluirlos, a menudo ha logrado con éxito segregarlos, destruirlos o adoctrinarlos, y a pesar de haberse esforzado en clasificarlos e interpelarlos, jamás los ha entendido plenamente...siendo que algunas veces se ha propuesto dejarlos en paz.

Desde la Antigüedad hasta la Modernidad, se han ido entretejiendo y construyendo a través de la historia, diversos entramados acerca de la locura. Cada comunidad, cada contexto, vivió, interpretó y divulgó la locura de distintas maneras; siendo la comunidad una trama de producción, relacionamiento y transmisión en la construcción de los imaginarios colectivos que se han ido creando de la locura. En este entretejido de historia, en constante transformación, resulta significativo abrir algunas dimensiones de las condiciones de producción y relacionamiento que ha tenido el loco en distintos tiempos y las significaciones que se le han ido otorgando a la locura.

Se hará alusión a diversas significaciones que ha tenido la locura, conectadas a la Religión, a las posiciones de saber y conexión con el más allá, a la animalidad y bestialidad, el poder y control social ejercido, la libertad y el encierro. Sobre todo las ambigüedades que ha tenido la Locura y el loco.

1.1 LOCURA Y RELIGIÓN

“El eterno amenaza con castigar al pueblo (...) con toda clase de enfermedades, sino escucha tu voz, como está escrito. (...)te herirá de delirio, ceguera y pérdida de sentidos, hasta el punto que andarás a tientas en pleno mediodía, como el ciego anda a tientas en la oscuridad, y tus pasos no llegarán a término” (Coll, 2008, p.17).

El castigo a la desobediencia, era trascendental para la Época Antigua, como remite la presente cita, visibiliza de manera clara el estatus tomado por el “Eterno”, (proclamado así a determinado “Dios”) ante las personas y la comunidad.

Delirio, falta de sentidos, ceguera; eran formas de castigos enviados por el “Eterno”, simbolizando de esta manera la fuerte significación que se le antecedieron a los Dioses en relación a la enfermedad y la locura.

En las comunidades donde regía el orden Divino de forma igualitaria al mundo social, a la naturaleza y al espíritu científico, subsistía la crueldad, la expulsión y el miedo. Los locos eran expulsados de la comunidad, etiquetados como portadores de malos espíritus y demonios, pudiendo ser condenados a muerte. Parafraseando a Coll (2008) quien describe que por miedo a la muerte, los locos huían hacia los bosques escondiéndose y perdiendo todo contacto de relacionamiento humano, como de higiene y alimentación; cuando se los volvían a ver eran visualizados como verdaderas bestias, generando así miedo y terror en las comunidades. La construcción en el imaginario del loco, como un ser poseído por los demonios, por fuerzas satánicas, el cual debía ser apartado de su comunidad, era un hábito cotidiano y parte del paisaje social de la época. En tal sentido, quien influyó de manera significativa en esta concepción fue la Iglesia, quien “demonizó” a la locura.

Dando paso a la Edad Media, todo este pacto de posesión con los demonios llevó a un buen recurso de control social, siendo su máxima expresión la Institución Religiosa. “La Inquisición” fue el “método” por excelencia para la abolición de los llamados herejes o locos. Para Ordorika (2009) el término “(...) herejía alude de manera amplia a un pensamiento y comportamiento por parte de los cristianos que subvierte el dogma religioso tal y como es entendido por la Iglesia (...)” (Ordorika, 2009, p.143). Es decir, para la Iglesia Católica el loco era concebido como un hereje, ya que rompía con los dogmas religiosos impuestos por la época.

Un claro ejemplo de ello lo constituye el caso de Juan de la Rea, quien destruyó parte de una escultura Religiosa fuera de una Iglesia.

El jueves santo de 1642, un joven llamado Juan de la Rea lanzó una piedra a la figura de un Cristo que pertenecía a la Iglesia rompiéndole ambas piernas. No hubo duda de que fue él quien realizó esta acción, ni de que la instancia que debía encargarse de procesarlo por haber atacado una imagen religiosa era el Tribunal del Santo Oficio. (Ordorika, 2009, p.140).

El llamado Tribunal del Santo Oficio era quien ordenaba a los inquisidores capturar al loco hereje. “Los inquisidores utilizaron la locura como arma de poder para aislar, eliminar y excluir definitivamente a quienes consideraron peligrosos (...)” (Trope, 2010, p .293). Con el Cristianismo, la locura fue conceptualizada como sinónimo de pecado, defecto moral, comenzando así a jugar un rol importante en relación a la Locura y la Religión en las comunidades. “La iglesia se convirtió en depositaria de la cultura, y la doctrina de Dios fue la ideología oficial de la edad media, difundida a través de los llamados padres de la iglesia, clérigos, filósofos que se preocuparon por el tema de la fé y la razón del hombre”. (Carro & de la Cuesta, 2010, p.34).

Desde los tiempos más remotos hasta la actualidad, la Religión (en Occidente particularmente, la Iglesia Católica Romana), ha impuesto sentidos, significaciones y relaciones en torno a problemáticas y temas sociales.

La relación entre los componentes religiosos con la locura y con los desvíos, ha sido incluido también en rituales religiosos provenientes de otras culturas, como la afrodescendiente a través de los cultos Umbandistas. Parafraseando a Romero (1992) la Religión Umbandista; por medio de un uso específico del espacio y de su propio cuerpo, propone una serie de acciones tendientes a lograr que el otro salga de su propio sistema de referencia, para reterritorializarse en uno nuevo, pasando a una realidad distinta de la que participa en su existencia cotidiana.

Se pueden visualizar estas relaciones en cultos religiosos, que dan paso a determinados rituales, donde el cuerpo de los fieles se puede observar invadido de forma extraña, como si se encontrara en trance, tal lo expresa De León, Davyt & Rial (2001). Pudiendo darle significaciones desde el culto y ritual religioso a tales expresiones, donde el desvío se incluye y se establece una relación y adquiere un status. “muchas veces hay personas que

caen al suelo y gritan (...) hay una fuerza que vos no sabés de dónde viene que la persona se descontrola, a veces se precisan 6 o 7 personas para sacarla” (De León et al., 2001).

A dichas situaciones se las puede relacionar a “Dones”, expresiones que son transmitidas por el Dios que se glorifica, como puede ser el Don de Lenguas. Esta significación se encuentra impregnada por parte de la religión. Transitando las afueras del Templo Religioso, la persona es simplemente un loco, alguien al que no se le entiende lo que está queriendo transmitir, o que simplemente irrumpe con la “normalidad” de la comunidad. Como dice Thomas Szasz (citado por De León & Fernández, 1996) “Hablar con Dios en una iglesia revela que se está en contacto con la divinidad mientras que hacer lo mismo en la esquina es un indicio de esquizofrenia”.

¿Los rituales, ya sean de distintas culturas y religiones auspician como formas de cura a la locura? Para De León et al. (2001) "el ritual produce cura en la medida en que permite un cambio en la perspectiva subjetiva por la cual paciente y comunidad perciben el contexto de su aflicción. El ritual tiene un papel transformador manipulando símbolos en un contexto extraordinario".

Las relaciones entre locura y religión han transitado de diversas formas, en función de los momentos históricos y culturales, impregnando sentidos y significaciones, modalidades de relacionamiento, formas de inclusión y exclusión. Si bien por distintos sentidos y significaciones la religión ha incluido y excluido a la locura, en la manera en que se podría ver más incluida y puesta en “libertad”, es a través de los diversos rituales que ofrecen distintas religiones.

Podemos pensar “la religión como un fenómeno cultural que atraviesa el campo de la salud mental; en cuanto a los puntos de contacto entre la locura con la religión”. (De León et al, 2001).

1.2 EL VIAJE DE LA INSENSATEZ: DEL ENCANTO DE LA LOCURA A SU DESENCANTAMIENTO.

Como se estableció anteriormente, la Edad Media para Foucault (1976) fue un período en el que la Sociedad estuvo azotada por la Lepra, enfermedades venéreas, la muerte e interpretaciones religiosas. La lepra, se fue desvaneciendo lentamente del mundo occidental, pero fue dejando rituales y maneras de accionar que siguieron presentes por muchos siglos. “Del siglo XIV al XVII, van a esperar (...) una nueva encarnación del mal

una mueca distinta del miedo, una magia renovada de purificación y de exclusión” (Foucault, 1976, p.11). Así fue que loco, insensato, sinrazón fueron denominaciones que impregnaron el imaginario del Renacimiento.

La Nave de los locos construyó en el imaginario social una nueva forma de purificación y exclusión al mismo tiempo. “Las ciudades expulsaban de tanto en tanto a algunos de sus locos hacia el mar, en una especie de acto ritual cargado de (...) simbolismo” (Techera, Apud & Borges, 2009, p.35). “Los locos de entonces vivían ordinariamente una existencia errante. Las ciudades los expulsaban con gusto de su recinto: se les dejaba recorrer los campos apartados, cuando no se les podía confiar a un grupo de mercaderes o de peregrinos” (Foucault, 1976, p.16).

La Narenschiff, fue una barquilla, la cual tuvo una fuerte carga simbólica, habilitando más de una significación. Se la relacionaba a formas de control social, la cual ponía fin a la deambulación de los locos por las calles y la alteración del orden público. También se le otorgó la significación de un ritual, más precisamente la de “purificación del loco”. Al agua y a la locura se le otorgaba una estrecha relación, “el agua agrega la masa oscura de sus propios valores; ella lo lleva, pero hace algo más, lo purifica; además la navegación libra al hombre a la incertidumbre de su suerte”.(Foucault, 1976, p.19).

Se puede percibir como la locura va emergiendo, produciendo encanto, desencanto, fascinación y temor. Ésta adquiere potencialmente fascinación, encantamiento ante los ojos de todos, los locos eran considerados “iluminados, profetas, seres que ven lo que los demás no pueden ver, capaces incluso de predecir el futuro y conocer el destino de los hombres. Ante este elegido las sociedades reaccionan con reverencia” (Peñalta, 2008, p.129). La locura fascinaba porque era saber, un saber cósmico del más allá, que tenía ciertas implicaciones que se veneraban, fundamentalmente fascinaba por su relación con lo inhumano.

La ruptura de la fascinación de la locura se produce porque se pierde, se quiebra la relación con el más allá y la conexión con el saber. La locura ya no es saber, ni conexión con los Dioses y el más allá. La posesión del mismo, para dicha época era formidablemente significativa, al igual que su pérdida.

Desde aquí, se comienza a vincular la locura como propia del hombre, ya no son manifestaciones y conexiones con el más allá, sino manifestaciones del hombre y su parte más oscura, sus debilidades. “La locura no se encuentra unida al mundo y sus fuerzas subterráneas, sino más bien al hombre, a sus debilidades, a sus sueños y a sus ilusiones”

(Foucault, 1976, p. 34). “La locura ya no acecha al hombre desde los puntos cardinales; se insinúa en él o, más bien, constituye una relación sutil que el hombre mantiene consigo mismo” (Foucault, 1976, p. 35).

La locura sigue atrayendo, pero ya no fascina como antes, ahora se vincula más fuertemente con lo oscuro, con el castigo, la sinrazón, con el rompimiento del orden social, con todo lo malo que tiene el hombre, perdiendo así todo su encanto. La misma es sinrazón puramente de los hombres. La razón y la sinrazón se hacen propio del hombre y de la locura.

Son de suma relevancia, las diferentes visiones con la que se concebía al personaje del loco, para el entendido de las modalidades de relacionamiento históricas, que han tenido las comunidades hacia los mismos. “El loco, como figura de significación siempre ha existido, variando su sentido social acorde al momento histórico” (De León, 1998, p.364). “La locura y el loco llegan a ser personajes importantes, en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sinrazón del mundo y ridiculez menuda de los hombre.” (Foucault, 1976, p.21).

En las ambigüedades del personaje del loco, se halla lo burlesco, lo ridículo, lo divertido, quien se atreve a decir la verdad, “la locura con sus palabras insensatas, que no se pueden dominar, entrega su propio sentido, y dice, en sus quimeras, su secreta verdad” (Foucault, 1976, p.39). El loco también supo tener su protagonismo en espectáculos, siendo objeto de entretenimiento y diversión de otros, así es como muchas veces se lo ha asociado como “bufón”.

Era muy frecuente encontrar en las cortes europeas personajes locos y deformes. Los reyes sentían gran atracción por estos “prodigios de la naturaleza”, que acompañaban y divertían al monarca con sus locuras. Su presencia, no sólo junto a reyes y príncipes, sino también en los castillos de nobles y obispos, era una señal de prestigio y respondía a una curiosidad y un gusto por lo extraordinario característicos de la época. (Peñalta, 2008, p.129).

La locura, asimismo, fue puesta en los mayores de los vicios, de los deseos y defectos, la cual rompía el orden social y moral, siendo la sinrazón el peligro para las comunidades.

La locura refleja y estigmatiza vicios y defectos, pero no se refiere ya al orgullo, la falta de caridad o el olvido de las virtudes cristianas, como ocurría en el pasado, sino a una sinrazón general, de la cual nadie es culpable, pero que arrastra a

todos los hombres, que se muestran complacientes (Foucault, 1976, pp 28-29).

En el momento que se produce la separación de la razón y la sinrazón, es cuando comienza la estigmación de esta última. En el horizonte se comienza a dibujar el loco como una amenaza al control social, como algo peligroso, sus mayores adjetivos son la sinrazón y la insensatez, es puesto en los mayores de los vicios y peligros de la época "(...) "locos borrachos", los locos desprovistos de memoria y de entendimiento", los "locos adormecidos y medio muertos", los "locos de atolondrados, con la cabeza vacía" (...) " (Foucault, 1976, p. 45), son quienes alteran el orden en las comunidades. A la alteración de dicho orden, comienzan a gestarse nuevas soluciones, para lo cual se desplazará a la libre navegación, imponiéndose el gran encierro, encargado de devolver el orden a la sociedades, perturbadas por el loco y su sinrazón.

La Locura ha dejado de ser, en los confines del mundo, el hombre y de la muerte, una figura esactológica; se ha disipado la noche, sobre la cual tenía ella los ojos fijos, la noche en la cual nacían las formas de lo imposible. El olvido cae sobre ese mundo que surcaba la libre esclavitud de su nave: ya no irá de un más acá del mundo a un más allá, en su tránsito extraño; no será ya nunca ese límite absoluto y fugitivo. Ahora ha atracado entre las cosas y la gente. Retenida y mantenida, ya no es barca sino hospital. (Foucault, 1967, p. 44).

Aún en el XXI, se contemplan las múltiples significaciones sociales, en lo que refiere a la relación entre el encanto, desencanto, temor, sinrazón y razón de la locura. Han transcurrido varios siglos, contextos socio-históricos y políticos desde la Edad Media, pero la locura y la peligrosidad, que se han construido históricamente, continúan latentes aún hoy, lo que hace que el encierro mantenga su fuerza. "Con la creación de los Hospitales y el encierro de los "insensatos", conjuntamente con otros "asociales" de la época, comienza la construcción institucional de la locura" (De León, 1998, p.364). La gran amenaza de siglos pasados se ve cada vez más acentuada, por lo cual va a llegar el gran Encierro en Siglo XVII a la mayoría de Europa, para luego extenderse por varios países del mundo. Aún en el siglo XXI no se disocia la concepción locura-peligrosidad-encierro.

1.3 EL ENCIERRO

Siguiendo a Foucault (1967), en el transcurso del siglo XVII, se crea el primer Hospital General en París, no teniendo en sí fines médicos, sino de intervención para establecer el orden público, por parte de la monarquía y la burguesía.

Los Hospitales Generales en un primer momento, fueron sitios de alojamiento a desocupados y vagabundos, tomándose esto como medida ante la crisis económica que padecía Europa. De esta forma, se salvaguardaba el orden público y se evitaba que ociosos y mendigos rondaran por las calles. Poco a poco, se va extendiendo la creación de nuevos hospitales, no siendo ajeno a esto la Iglesia Católica, con sus Monasterios y Casas de Caridad, dotándose así un poder bastante fuerte en la sociedad de esta época.

Una vez pasada la crisis, el confinamiento de los hospitales generales recobra otro sentido, seguirán albergando a desocupados y a mendigos pero incluirá a otros. Los nuevos habitantes de este sitio, serán los sinrazón, los insensatos, los locos, quienes se transforman en un problema de orden social. “En la historia de la sinrazón, señala un acontecimiento decisivo: el momento en que la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo; en el momento en que comienza a asimilarse a los problemas de la ciudad.” (Foucault, 1967, p.71).

Es así que siguen en vigencia los modelos asilares, tanto para la época clásica como para siglos posteriores. “El modelo asilar de la época clásica, tenía como único fin la práctica del encierro como dispositivo de segregación y depósito de los inadaptados, de los raros, de los diferentes, de los locos”. (Ottaviano, 2011, p. 44).

Este nuevo lugar de la locura es consecuencia del contexto socio-histórico, en vías hacia la industrialización del siglo XVII. De esta forma la sociedad europea va a mostrar su reticencia hacia los locos, ociosos e improductivos. Los nuevos sentidos atribuidos a la pobreza, al trabajo y sus valores éticos, le agregan una nueva significación a la locura. Se comienza a ver al loco como una persona que no es capaz de integrarse socialmente, de trabajar. Desde distintas perspectivas sociales la locura se comienza a aislar, para quedar en la soledad del Encierro.

En estos momentos, la Locura abandona la libertad que se le había dado y en menos de medio siglo se encuentra encerrada. Se instalan sistemas transgresores, dando lugar a una serie de sistemas sociales disciplinarios, cárceles, hospitales, instituciones de

enseñanza, entre otros. Éstas cobran nuevas dimensiones y funciones. Lo que conlleva al Encierro a convertirse en un espacio de institución disciplinaria. Es Foucault (1976) quien alude al disciplinamiento como un ejercicio de poder que somete a los cuerpos de diversas formas, primordialmente desde las instituciones disciplinares. "La disciplina fabrica (...) cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos "dóciles". La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos económicos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia)." (Foucault, 1976, p.141). Para Foucault (1976) un "cuerpo dócil" significa un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado. El loco fue, es y sigue siendo un cuerpo dócil, que puede ser transformado y corregido, para que no irrumpa con normas sociales de un contexto socio-histórico determinado. La disciplina converge actuando en colegios, escuelas, hospitales, espacios militares, cárceles, fábricas industriales, procediendo en la distribución de los individuos en el espacio, para lo cual emplea diversas técnicas. La clausura, la localización elemental, los emplazamientos funcionales y el rango, son las técnicas que se empleaban para disciplinar. Es así que los manicomios, lugar específico de la locura, será una institución disciplinaria la cual se encargará de vigilar y someter al "cuerpo dócil del loco" a su mayor fragmentación para poder lograr la "transformación".

En nuestro país, el primer Hospital General fue el "Hospital de Caridad", naciendo en el año 1775 en la Ciudad de Montevideo, su finalidad fue mayoritariamente el cuidado, no la curación. "Fue un lugar en que se combinaron en dosis diversas, religión y ciencia médica, caridad con el enfermo y estudio de su cuerpo, cuidar y curar" (Barrán, 1994, p. 49). Para esta época y para nuestro país, los locos no contaban con un lugar de encierro, si bien el Hospital de Caridad fue el primer sitio para hospedar a algunos de ellos, no fue su lugar particular. Lo anterior, muestra la no correlatividad con Europa en el mismo momento histórico.

Siguiendo a Barrán (1994), resulta relevante mencionar que hasta no llegado el siglo XIX, Uruguay no contó con Manicomios. A mitad del mismo siglo, se comienza a vislumbrar la medicalización de la sociedad, creándose junto a ella, el primer Manicomio Nacional, inaugurado en 1880 ubicado en la quinta de Miguel Antonio Vilardebó en la zona de Arroyo Seco, a las afueras de la ciudad de Montevideo. En el año 1910 se lo reconoce como "Hospital Vilardebó", encontrándose en funcionamiento hasta actualidad. En el año 1912 se inaugura la Colonia de Alienados de Santa Lucía, estos dos fueron los primeros "centros estatales de reclusión de enfermos mentales pobres del Novecientos" (Barrán, 1994, p.34).

1.4 ¿CÓMO Y QUIÉN ENCIERRA?

“...el loco es un perturbador con el que llega el escándalo al espacio familiar o al espacio social” (Castel, 1980, p.37).

La cuestión moderna de la Locura emergió con la ruptura que se desarrolló entre el Antiguo Régimen, en pro de un nuevo sistema social naciente tras la Revolución Francesa. Allí resultó necesario una nueva organización de los poderes, para lo cual aparecen nuevos agentes de “justicia (fiscales y jueces), administrativos locales (“directores de distrito”) y medicina”. (Castel, 1980, p.14). Junto a ello el loco toma la atribución de enfermo y la constitución de una nueva estructura institucional.

Parafraseando a Castel (1980), la sociedad naciente de la revolución Francesa va a discrepar del loco, ya que se opone al nuevo orden social. Tratándole como “carente de razón, no es sujeto de derecho; no puede ser objeto de sanción; incapaz de trabajar o de “servir” (...) foco de desórdenes hay que reprimirlos más que nunca, pero según un código establecido para aquellos que han transgredido las leyes voluntariamente” (Castel, 1980, p.25), debiendo ser administrados a normas distintas a las que rigen a los “sujetos normales”.

En cuanto al encierro de la locura, en el Antiguo Régimen, se producía por orden del Rey, siendo partícipe la familia del loco, lo cual requería de un tiempo prolongado y constituía una práctica vergonzosa para las familias de buen estatus social. Por lo cual generalmente el encierro se realizaba de forma más sencilla con el secuestro a través de la orden del Rey o “lettre de cachet”, (Castel, 1980).

En síntesis, la familia imposibilitada de hacerse cargo del loco, solicitaba el encierro, el cual se administraba de forma directa e ilimitado por orden monárquica. Abolida la “lettres de cachet” se comienza a liberar a las personas que habían sido encerradas indebidamente, por la injustificación de su encierro, ya que este poder instaurado se comienza a desmoronar.

La familia como primer agente es quien toma la decisión ante el loco, los secuestros y las posteriores intervenciones de encierro se hacen de forma involuntaria hacia la persona en cuestión. Toda esta dimensión de encierro que se ha venido desarrollando, desde la época clásica y el modelo asilar, se da de manera involuntaria hacia la persona involucrada (el loco), posicionando a la persona como un objeto al que se le intenta establecer el orden.

Cabe admitir que con esta nueva tutela que se le adjudica al loco, la familia sigue siendo agente de encierro, pero la medicina y el poder judicial también son agentes potenciales para efectuar el arresto y encierro. Todo este orden que busca la sociedad es dado porque se entiende jurídicamente al loco, como alguien peligroso que pone en riesgo el nuevo contrato social.

Es sumamente apreciable, como se agrega la cuestión jurídica y legal al estatuto del loco. Siendo la ley del 30 de junio de 1838 quien lo fundamenta, en donde la medicina mental produce el estatuto médico-jurídico-administrativo del alienado. Dicha ley sobre los alienados “es la primera medida legislativa que reconoce un derecho a la asistencia y a los cuidados de una categoría de indigentes o enfermos” (Castel, 1980, p.27), siendo también la primera en establecer un dispositivo de invención de un nuevo espacio: el manicomio.

Para el siglo XXI y más cerca de nuestro territorio, Ardila (2011) refiere que la ley de 1838 se sostuvo en pilares del dispositivo psiquiátrico

(...) transgrediendo la Declaración de los derechos del Hombre, alterando el orden jurídico según el cual nadie puede ser privado de su libertad sino por medios de un proceso judicial, con derecho a la defensa en juicio y bajo sentencia de un juez, esta ley otorga esta función judicial a los directores de asilos de alienados, que pueden sin proceso, sin derecho a defensa y sin sentencia que fije un tiempo para la reclusión, disponer bajo certificado médico la privación de libertad del diagnosticado enfermo mental. (p.21)

A partir de la nueva ley del año 1838 y de procesos tanto socio-históricos y culturales, se comienzan a abrir nuevas dimensiones en el complejo entramado de la locura y sus modalidades de relacionamiento, tanto a nivel judicial como sanitario. De a poco se comienza a dibujar cómo los sistemas jurídicos sanitarios y la instituciones de encierro transgreden los Derechos Humanos.

En nuestra región y en nuestro país en particular, influenciados por la cultura europea, el estatuto jurídico sanitario se consolida con la Ley de “Asistencia al Psicópata” N° 9.581, la cual está vigente desde el año 1936. Dicha ley establece “cuatro formas de internación involuntaria, y según lo establece en su Artículo 15 “ (...) sólo podrá ser un medio de tratamiento y nunca de privación correccional de la libertad “. (Ley de Asistencia al Psicópatas, N° 9.581, 1936)

En este artículo de la ley particularmente se hace mención a formas de intervención involuntaria, como se ha establecido anteriormente, desde la época clásica el encierro era algo que se disponía porque al loco se lo veía como un disturbio para el orden social. Por lo cual, el encierro fue dispuesto por otros (familia, rey, médico, juez, entre otros); en determinado tiempo sin tener fines terapéuticos, sino fundamentalmente para mantener el orden social. Vislumbrando nuevos horizontes y épocas, la situación se ha querido cambiar, en algunas dimensiones con éxito y en otras aún se sigue batallando.

Siguiendo a la ley N° 9.581, la misma se proclama y ajusta para un nuevo modelo de contrato social en vías de desarrollo y consolidación para el Uruguay. Por lo cual, la misma hace énfasis en términos de peligrosidad y temor que se le antecede al loco, es un mero reflejo de ello la redacción de los artículos de dicha ley.

2. Del Paradigma de la enfermedad mental a la salud mental.

2.1. CONSOLIDACIÓN DE LA MODERNIDAD: LA ENFERMEDAD MENTAL

El nuevo estatuto que fue adquiriendo la locura, la aparición de un contrato social en vías de desarrollo y la transversalización del pensamiento moderno, más específicamente la modernidad, hace que la locura produzca nuevas preguntas y nuevas respuestas hacia ella.

Para Najmanovich (1995) con la Modernidad comienzan a flaquear viejas verdades que dan paso a nuevas cosmovisiones. Uno de los sucesos más importantes de la modernidad se vio en relación a la cuantificación del tiempo. El tiempo y el espacio se fueron naturalizando cada vez más. El hombre moderno creía tener un punto de vista exterior al mundo, absoluto y universal, digno de separar la naturaleza para poder dominarla, toma al saber como un poder, donde se ve fuera, no como partícipe del mismo. Se pensaba radicalmente separado de la naturaleza, la relación como observador y observado se encontraban separadas, y en este mundo en el que el sujeto se situaba externo al mundo de variables constantes y estables, el único proyecto posible era el conocer para dominar.

La modernidad se creyó propietaria de la razón absoluta que se mantenía en base a determinados supuestos. “Para controlar la naturaleza hay que generar condiciones de aislamiento que admiten ser regulados por el hombre”(Najmanovich, 1995, p.13), siendo los entornos artificiales lo que llevaron al desarrollo de la ilusión de contextos estables e independientes. Es posible visualizar en los entornos artificiales al manicomio, como una institución de poder disciplinar y control social sobre otros.

En este “proyecto” moderno de conocer para dominar, hace su aparición la medicina en las prácticas sociales, en donde se van a conquistar diversos territorios de la locura que hasta ahora no habían sido totalmente transitados. Según Castel (1980) medicalizar no significó sólo la confiscación de la locura por un enfoque médico, sino que se definió un nuevo estatuto, jurídico, social, civil del loco alienado. De esta forma se desarrolló una nueva tecnología hospitalaria, formándose un nuevo tipo de poder institucional, con prácticas sociales centradas en el “bastión manicomial”.

Así es que comienzan a aparecer nuevos tratados médicos, insistiéndose en el encauzamiento a la locura, a través de una intencionalidad sanitarista que fue diferenciando el encierro de los locos de otros “disidentes” de la época; llevándose al tratamiento del loco como “enfermo mental”. El rol de experto dominado por el médico hizo que se convierta en un personaje central de “una problemática indisolublemente médica y social” (Castel, 1980, p 65).

El encierro diferenciado, permitió observar los signos de las enfermedades, por lo cual el loco se debía mantener encerrado para observar sus comportamientos y ver si su locura era encauzable o no. Por lo tanto, ahora el encierro pasa a tener fines médicos y terapéuticos. Pinel y Esquirol, inician una nosografía psiquiátrica, siendo los primeros quienes para Castel (1980) diagrama la práctica Manicomial, en una serie de imposiciones las cuales son: “*Aislar del mundo exterior*”, “*La constitución del orden asilar*”, y “*la relación de Autoridad*”. Para ambos, la locura es desorden y nada más que desorden, por lo cual la vuelta a la razón debe hacerse desde la interiorización del manicomio. Considerando al manicomio “un laboratorio donde reprogramar la existencia humana” (Castel, 1980, p.98), vinculando aquí el nuevo pensamiento moderno de entornos artificiales, que pretende regir tiempos y espacios, disciplinar y controlar el hombre para establecer el orden.

Para Galende (2008) toda esta introspección que se va desarrollando, lo que hace es construir la “anormalidad” como enfermedad y se define su tratamiento. El loco pasa a ser

un “enfermo mental”, ya no se trata de comprenderlo como ser humano en su experiencia, de abrir interrogantes acerca de la locura y el desvío de la razón, sino ““curarlo” (...) disciplinar su conducta, retornarlo a la razón normalizando su pensamiento” (Galende, 2008, p. 33).

Es de suma pertinencia visibilizar el cambio brusco que tuvo la locura, el nuevo estatuto sanitario adquirido conlleva a que hablemos de “alienados” o “enfermos mentales”. Como también, considerar que el manicomio es su nuevo lugar, no otro y así naturalizarlo, fundamentándose bajo el curar. Ya no se habla explícitamente del loco a quien se encierra porque rompe el orden social, sino que se debe encerrar porque es enfermo y se debe curar. La modernidad entiende al loco como enfermo mental, el cual debe ser curado a través de diversos tratamientos (en su mayoría invasivos), no obstante siendo el encierro y el aislamiento la forma de ello. Producto de la modernidad también surge el apoderarse del conocer para producir saber y la razón como única posibilidad del conocimiento, es así tal que la psiquiatría se hace cargo como disciplina hegemónica del postulado “enfermo mental”.

La psiquiatría como disciplina en el campo médico se da en el siglo XIX en un momento de auge, hegemonía y prestigio social.

La psiquiatría logró ser considerada naturalmente como una legalidad del pensamiento sobre lo psíquico anormal, a la vez que se aceptó la nominación como “enfermedad mental” del malestar o trastorno mental. Ingreso así al conocimiento común y al lenguaje cotidiano de la gente, la enfermedad como categoría de la anormalidad, que también naturalmente debe responder al saber médico. (Galende, 2008, p. 31).

La psiquiatría se funda en una hegemonía médica, se entreteje entre modelos de control disciplinar a través del encierro, de la medicalización y del sobre uso de métodos invasivos. Se transforma en una red global en la que ha podido tratar conductas y emociones de formas patológicas.

2.2 DE LA CRÍTICA DE LA PSIQUIATRÍA A LA SALUD MENTAL

En este entramado que es partícipe la psiquiatría en la década de los sesenta, surge el movimiento llamado antipsiquiatría, tanto en Europa como en EEUU, poniendo en debate a nivel social la cuestión de los “manicomios, la legislación sobre enfermos mentales que los legitimaba y las políticas de salud que los incluían administrativamente, a la vez que se mantiene la atención psiquiátrica en un espacio diferencial no integrada a la red de servicios de salud” (Galende, 2008, p. 26). La crítica a la psiquiatría ha variado según contextos históricos, culturales, económicos y prácticas sociales.

En cuanto a enfermedad mental y locura, siguiendo la línea crítica de Amarante (2015), resulta necesario hacer una diferenciación ética en cuanto a ellas y considerar; a la locura como una expresión que opera desde una ruptura con los patrones éticos, morales, sociales, culturales, de una determinada estructura aceptada en tanto norma ideal; y a la enfermedad mental como la construcción en el ámbito del saber médico, que busca aprender aquellos mismos fenómenos en tanto disturbios, trastornos o lesiones, como etiologías definidas o por definir, con desarrollos y terminaciones más o menos precisos o pasibles de ser precisados.

Es de considerar, cómo a través de distintos autores se logra advertir cómo la enfermedad mental es una cuestión médica en la que se busca el diagnóstico y etiología de enfermedades, tratando así a la gran mayoría como enfermos mentales. Cabría preguntarse si en esta búsqueda de la cura y producción de la enfermedad, no se pierde la singularidad de la persona, la heterogeneidad y la diversidad.

Con respecto a la institucionalización de la persona, diversos autores han estudiado los efectos contraproducentes que ésta produce de los cuales se puede señalar la estigmatización y la iatrogenia. En cuanto a la estigmatización se visibiliza como un “mecanismo por el cual el conjunto social marca negativamente a las personas que no se adecuan a los preceptos” (Techera, et.al, 2010, p.26). Por otro lado, la iatrogenia refiere a diversos sucesos que provocan en la persona un “deterioro progresivo en las capacidades cognitivas y sociales de las personas internadas, en tanto son encerradas en una institución que las aísla del entorno social y las lleva a un sedentarismo y pasividad que las estancan, perdiendo cualquier posibilidad de salir adelante”. (Techera, et.al, 2010, p.25). Cabe agregar, que estos son tan sólo dos de los efectos que puede producir el encierro.

Para Goffman (1986) el hospital psiquiátrico es una institución total, donde se oprime a las persona a regímenes severos. Por tanto, el sistema y los funcionarios son quienes controlan las diversas necesidades humanas.

Estas perspectivas críticas en el campo de la salud mental, llevan a que se abran nuevas dimensiones para pensar la locura, la enfermedad y la salud mental.

Aportes, como los de Baremlitt (1988) han ubicado al “campo de lo mental”, como campo de fuerzas, como un “lugar de entrecruzamiento de múltiples determinaciones que configuran líneas de fuerza, materialidades diferentes y articuladas o mezcladas, o completamente intercurrentes entre sí. Siempre pensamos que existe una determinación sociopolítica, económica, ideológica, es decir histórica en lo que llamamos campo de lo mental”. (Baremlitt, 1988, p.14-15). Este campo reconfigura las fuerzas y transversaliza, componiendo nuevas perspectivas y lineamientos. En éstas, adquiere relevancia la perspectiva de derechos y los procesos de reforma de atención en la salud mental, que han ido consolidando de alguna manera el paradigma de la salud mental.

Para Galende (2008), la salud mental se sostiene en una ética que considera al sujeto en su sufrimiento mental, su historia, su sensibilidad, su experiencia y su memoria, la dimensión conflictiva de toda su existencia humana, y propone al sujeto una comprensión conjunta del malestar psíquico. En esta mirada, se incluye a la persona y su contexto; mientras que para la psiquiatría positivista, según el autor, se prescinde del sujeto y sus conflictos y lo trata sólo como signo y síntoma de un “efectivo” diagnóstico. La psiquiatría intenta acallar el síntoma sin posibilidades de escucha, resolución y conocimiento del mismo.

La posición en la cual se ubica el paradigma de la salud mental, expresado por el autor, toma a la persona desprendiéndose de las lógicas de disciplinamiento, como fue planteado anteriormente en el encierro y evidenciando las lógicas del control, a través de la farmacología.

En lo referente a salud mental, es de considerar fundamental el posicionamiento de Galende (2008) para pensar a la locura desde otra perspectiva, alejada de la psiquiatría tradicional y de sus fundamentos del siglo pasado. Este nuevo paradigma, que incluye a la perspectiva de derechos, se ha desarrollado en nuestro país, desde los movimientos en pro de una Ley de salud mental desde la salida de la dictadura cívico militar (Gines, 2013).

Si bien, aún no se ha logrado una Ley de salud mental desde esta perspectiva en nuestro país y un cambio de modelo de atención, se ha renovado la lucha en tal sentido desde el ascenso del gobierno progresista en nuestro país (De León, 2013). Ya en el año 2009 se trabajó en una propuesta de Anteproyecto de Ley que entendía la salud mental como:

la capacidad de participar en las manifestaciones del entorno, promoviendo el desarrollo físico, intelectual, afectivo y social y el de una serie de capacidades actuales o potenciales como la solidaridad, la creatividad y la responsabilidad, la capacidad de amar, trabajar disfrutar y tolerar. Y está vinculada a la concreción a los derechos al bienestar, al trabajo, a la seguridad social, a la vivienda, a la educación, a la cultura, a todas las expresiones artísticas, a la capacitación y a un medio ambiente saludable, entre otros, inherentes a todas las personas, teniendo en cuenta la equidad entre los géneros y las generaciones y la no discriminación.” (Anteproyecto de Ley de Salud Mental, 2009)

Esta perspectiva en relación a la salud mental, incluye a la persona tomándola como sujeto de derechos, ubicando su centralidad en las decisiones y construcción de autonomía.

2.3 PROCESOS DE REFORMAS CON INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS.

Para situar las reformas de salud mental desde la perspectiva de derechos, es necesaria la articulación de orientaciones y normativas en salud mental con tratados de derechos civiles y garantías individuales.

En lo referente a las normativas internacionales desde la Declaración Universal de Derechos Humanos del año 1948, se explicita en su artículo número 25 que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (...)” (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948).

Asimismo, a través de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), se orienta como propósito asegurar, promover y proteger el pleno acceso y disfrute a los derechos de la persona que se encuentre en situación de Discapacidad. Tomando esta orientación, se puede entender a la Discapacidad como una “situación dinámica, no necesariamente permanente del sujeto, resultado de la relación negativa entre una condición de salud de la persona y su entorno” (CIF-OMS, 2011).

En el Artículo 12 de la CDPD se explicita el “Igual reconocimiento como persona ante la ley”, teniendo en cuenta el centramiento y protagonismo a través de la capacidad jurídica, reconociendo y propiciando la accesibilidad, apoyo en todo lo que concierne a su autonomía. En tanto en el Artículo 19 se hace referencia al “Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad”, dimensión fundamental para la reforma en salud mental y su cambio de paradigma. El mismo artículo alude a que los estados partes, deberán adoptar medidas donde se facilite el derecho a la persona para su inclusión y participación, teniendo la oportunidad de elegir dónde y con quien vivir, asimismo otorgar “asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta” (CDPD, 2006, p.15). Ambos artículos mencionados de la presente Convención, son fundamentales para el nuevo paradigma en salud mental, que se ha desarrollado en algunos países, habiendo sido ratificada por nuestro país en el año 2008.

En lo que se refiere a las normativas especialmente centradas en el cambio de paradigma de atención en salud mental, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han contribuido a la misma a partir de la Declaración de Caracas de 1990, siendo la misma un hito histórico para los países de América del Sur y el Caribe, los cuales participaron de la misma y se inscribieron al cambio, para ésta fueron considerados aportes de las reformas Europeas. Siguiendo a Caldas de Almeida (2007) los objetivos centrales promovidos fueron

(...) la superación del modelo manicomial y la lucha contra los abusos y discriminación de las personas con problemas de salud mental, se enfatizó en que los recursos, tipos de cuidados y tratamientos en salud mental debían preservar la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados así como promover la permanencia del usuario en su medio comunitario. (Caldas de Almeida, 2007, p.21).

Declaración Caracas, 1990(1990) establece que “la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios” (Declaración Caracas, 1990). En algunos países como Brasil, Argentina, Cuba, Perú, han llevado a cabo sus procesos de reformas,

lo han hecho de distintas maneras, dependiendo los procesos socio-históricos, políticos, culturales y económicos de cada país.

A continuación se abordará brevemente las reformas de Argentina y Brasil consolidadas, asimismo se visualizará la situación del Uruguay desde sus ratificaciones en distintas declaraciones y convenciones.

2.3 a) Reforma en Argentina:

Las reformas en dicho país avanzaron en la “creación de servicios de salud mental, en la conformación de equipos interdisciplinarios, el trabajo intersectorial y la inclusión de la palabra como instrumento de recuperación del lazo social” (López, 2011, p. 79).

El primer proceso de reforma producido en la Argentina fue en la provincia de Río Negro, comenzando en el año 1983, donde se llevó a cabo la “desactivación del hospital psiquiátrico y su substitución por una red que cubre un extenso territorio y asegura a las poblaciones el acceso a un conjunto diversificado de programas y dispositivos de salud mental en la comunidad”. (Caldas de Almeida, 2007, p. 30).

Aún en la provincia de Buenos Aires existen tres “neuropsiquiátricos”, donde se puede observar la transformación del sistema asilar al sistema comunitario. La reforma se plasma en el año 1987, con la creación del Centro de salud mental Comunitaria (CSMC). “El CSMC sale de la lógica manicomial centrada en la figura del psiquiatra y toma en cambio el trabajo interdisciplinario e intersectorial como nuevo paradigma el trabajo se realiza con la inclusión de los usuarios quienes participan activamente de la propuesta” (López, 2011, p. 81).

No obstante esto, se reglamenta y promulga, en el año 2013 la “Ley nacional de salud mental 26.657”, para Gorbacz (2011) la ley es una herramienta para avanzar en el cambio y desmontar un sistema represivo instaurado por mucho tiempo, que tuvo como ejes principales, el encierro, la judicialización y la medicalización. De igual manera, expresa que el cierre de los hospitales no es un punto de partida sino uno de llegada, ya que, en caso de haber sido un punto de partida “hubiese sido una bomba de tiempo contra la propia ley y la reforma, porque hubiese puesto a las personas internadas en una situación de salida impuesta y apresurada, sin un plan ni alternativas para su atención psico-social” (Gorbacz, 2011, p.115). Esta crítica a la perspectiva de desinstitucionalización sin dispositivos psicosociales comunitarios, coincide con lo advertido en nuestro país acerca de la desmanicomialización forzada, producida a mitad de la década de los 90 (De León, 1996). Para López (2011) los años transcurridos y los logros que se alcanzaron en el proceso de

desinstitucionalización le permite “afirmar que el trabajo en comunidad dejó de ser una “experiencia nueva” para convertirse en un derecho de las personas con TMS y una obligación del estado, como garante de los derechos de todo ciudadano (...)” (López, 2011, p. 84).

2.3 b) Reforma en Brasil:

Según Amarante (2007) un momento decisivo para este país fue la promulgación de la ley 10.216 en el año 2001. Si bien el proyecto inicial fue rechazado, se aprobó un sustituto el cual tuvo un gran avance del modelo asistencial, en el que se incluyó al ministerio público estatal. Brasil centró su estrategia de reforma en la creación de una “red de centros de atención psicosocial (CAPS), la cual ya cubre actualmente una parte significativa del territorio nacional. Los CAPS hicieron posible una mejoría significativa en la atención comunitaria, sobre todo la prestada a personas con trastornos mentales severos. (Caldas de Almeida, 2007, p.30).

Para Amarante (2007) la construcción de ciudadanía y derecho no es suficiente con leyes que determinen que la persona es un sujeto de derecho, sino que “la construcción de ciudadanía se refiere a un proceso social y tal cual hacemos referencia en el campo de la salud mental y atención psicosocial, un proceso social complejo. Es necesario cambiar mentalidades, actitudes, relaciones sociales” (Amarante, 2007, p.70)

En tanto para la reforma brasileña no sólo se pone en juego la implementación de las leyes en la construcción de ciudadanía, sino que también debe hacerse desde la participación de usuarios, familiares, trabajadores. Siendo así que dicha reforma se construyó desde los usuarios y trabajadores haciendo posible la implementación de dispositivos, tanto de los Centros de Atención Psicosociales, como del Programa Vuelta a Casa (Amarante, 2007).

2.3 c) Reforma en Uruguay

La salud mental en relación a los países de la región, se encuentra rezagada en términos de legislación específica y adecuación a los estándares de derechos. Si bien Uruguay por ejemplo, ha participado en la Declaración de Caracas de 1990, la cual marca su objetivo claramente en superar el modelo asilar para pasar a un modelo comunitario, sigue siendo un desafío avanzar en la transformación del modelo de atención.

Siguiendo a Ottonelli (2013) y haciendo un breve recorrido de lo que ha sido la salud mental y su legislación en el país, se puede observar como aún se mantienen leyes que van a cumplir 80 años. Ya que desde el año 1936 se encuentra en vigencia la ley 9.581 de “Asistencia al psicópata”, estableciendo que los hospitales psiquiátricos deben estar dirigidos por un médico psiquiatra autorizado por el M.S.P, a la vez que presentan un organismo de contralor el cual será la inspección general de psicópatas.

En el año 1948 se crea por ley (11.139) el Patronato del Psicópata, el cual va funcionar como un medio rehabilitador de la persona a la sociedad, a través de talleres de capacitación para un futuro trabajo e inserción laboral.

Pasado el período dictatorial, en el año 1986 surge el Plan Nacional de salud mental (PNSM), iniciado desde una resolución del Ministerio de Salud Pública siendo éste partícipe, junto a grupos de familiares, profesionales, organizaciones sociales y académicas, conformándose así la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP). Este Plan, si bien no se desarrolló por motivos económicos (entre otros), sirvió como documento y antecedente para trabajar hacia la transformación de la atención en salud mental. Rudolf (1996) señala que a 10 años del PNSM, comenzaron a surgir inquietudes en cuanto a la implementación del mismo, siendo así que cuando la CATP solicitó información, obtuvo como respuesta “el Plan Nacional de Salud Mental no existe más” (Rudolf, 1996, p. 104). Este autor alega que el MSP no contaba con la implementación del plan y mucho menos en la contemplación de la promoción de salud, la desmedicalización y la participación comunitaria. Pese a esto, se logró la creación de Unidades de Salud Mental en los Hospitales Generales, siendo éste un objetivo marcado por el Plan. Cabe admitir, si bien el PNSM no se implementó, se generó un gran movimiento por parte de organizaciones sociales que apoyaban y asistían al cambio de atención en salud mental, siendo algo clave para el porvenir.

Así es, que a 10 años de aquel Plan, se exigió la reestructura y el cambio de atención que no fue efectivizada. Por lo que, en el año 1995 se lleva a cabo la “Declaratoria Montevideo” la cual solicita “La atención actualizada de la enfermedad mental exige una reestructura efectuada sobre la base de la asistencia familiar y comunitaria reservando la internación para los casos estrictamente necesarios e implementando programas de rehabilitación de amplio alcance y accesible a todos”. (Ottonelli, 2013, 64).

Con la llegada del gobierno progresista al Uruguay, se instaura un nuevo sistema de salud en el año 2007, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) basado en los principios (según el artículo 3 de la ley 18.211) de promoción, intersectorialidad, universalidad, accesibilidad, equidad, oportunidad, respeto al derecho, participación, eficacia, sustentabilidad de la salud. En el año 2011 se incorpora al mismo, el “Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental”, haciendo énfasis en las intervenciones psicosociales y los abordajes terapéuticos como necesario para los prestadores de salud. Si bien este avance no significó el cambio de modelo, fue un progreso en la atención, planteado como “problema histórico no resuelto”, como se enuncia en el documento de emergencia social y salud mental en el año 2005. Donde se señala como problemas principales la marginación masiva de enfermos mentales, así como el retraso en incorporar recursos de psicoterapia y psicosociales a los servicios públicos y a las IAMC.

Baroni (2016) refiere que en el año 2012, un mojón importante en toda esta historia fue la creación, de la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, como forma de nuclear a varias organizaciones relacionadas con la temática.

No obstante estos avances, “se está lejos todavía de operarse un cambio radical en la atención de la salud mental. A pesar de diversos esfuerzos, la internación por períodos extensos e incluso de por vida se sigue practicando” (IELSUR, CAINFO, AI, 2016, p.4). Usando como herramienta la ley de acceso a la información pública (18.381), el Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR), Centro de Archivos y acceso a la información Pública (CAINFO) y la Asamblea Instituyente por Salud Mental Desmanicomialización y Vida Digna (AI), realiza una solicitud de informe en materia de políticas públicas en salud mental. De la interacción de estas organizaciones se plantean diversas problemáticas, las cuales se agrupan en seis dimensiones¹ conceptuales distintas, las que utilizando preguntas como disparadores, interpelan a distintas organizaciones estatales, tales como: Banco Previsión Social, Ministerio de Salud Pública, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Ministerio Desarrollo, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. A modo de ejemplo una de las preguntas realizadas fue: “¿Cuáles son los protocolos de aplicación de fuerza de electrochoques y otras medidas de fuerza?, a lo que ASSE no

¹ 1-Cantidad de Centros, Dependencias, Infraestructura y recurso existentes en el área de Salud Mental del Uruguay; 2-Perfil y características sociodemográficas de las personas con padecimiento psiquiátrico en el Uruguay; 3- Calidad del acceso a la Atención a la salud y características generales de la interacción de personas con padecimiento psiquiátrico; 4- Políticas normativa en materia de Salud Mental; 5- Acceso a vivienda, trabajo y centros/refugios; 6- Acceso a trabajo.

brinda información sobre protocolos de utilización de medidas de fuerza ni la existencia de registros del uso de electrochoques.”

Como resultado se obtiene de manera global que la mayoría de las organizaciones estatales no cuenta con la información requerida, como al mismo tiempo no la brinda, “parte de las respuestas brindadas por BPS, MSP, ASSE; se constata un alto grado de ausencia de información relativa a su carpeta y/o competencia” (IELSUR, CAINFO, AI, 2016, p.49). Por otra parte “del conjunto de solicitudes realizadas a MVOTMA, MIDES e INAU se constata un alto grado de respuesta a cada uno de los puntos solicitados. No obstante ello, muchas de las respuestas declaran la inexistencia de acciones/políticas” (IELSUR, CAINFO, AI, 2016, p.49).

Esta solicitud de informe en lo relativo a las políticas públicas en salud mental, vuelve a evidenciar la necesidad del cambio de paradigma en la atención en salud mental, siendo éste un aporte fundamental para su transformación.

La historia del Uruguay en lo que refiere a la locura -enfermedad mental- salud mental, es más ardua y compleja, esto es un simple y breve recorrido que ha hecho el país en materia de salud mental y derechos humanos. No obstante Kakuk (2013) alude a que los derechos humanos no deben “restringirse, ni ser percibidos, como meras categorías enunciativas. Para su respeto y ejercicio pleno, los derechos humanos requieren la ratificación de los instrumentos internacionales en la materia, así como su adecuada incorporación y armonización en el orden jurídico de cada país”. (Kakuk, 2013, 82).

Como bien refiere esta autora, los derechos no deben ser meras categorías enunciativas, al igual que las leyes, son una herramienta fundamental pero no la única, la participación de la comunidad, usuarios, trabajadores, familiares es lo esencial hacia el cambio de paradigma.

Actualmente nuestro país cuenta con dos Anteproyectos de Ley² que dan cuenta de las tensiones y las concepciones existentes en lo que refiere a los aspectos fundamentales para el cambio de modelo de atención. Si bien estas dos propuestas se plantean como iniciativas de transformación existen diferencias entre ellas, éstas se han expresado en diferentes instancias públicas, tanto académicas, como en el ámbito de la comisión de salud del senado. Quedando explicitadas en el comunicado de “Declaración sobre el proyecto de ley en Salud Mental enviado por el Poder Ejecutivo al Poder Legislativo”

² Propuesta de anteproyecto Asamblea Instituyente por Salud Mental Desmanicomialización y Vida Digna presentado el 16 de septiembre de 2015. Propuesta de proyecto de ley de Salud Mental del Poder Ejecutivo presentada el 14 de diciembre 2015

realizada por la AI, el 21 de diciembre de 2015. A modo de síntesis de lo expuesto, resulta relevante mencionar que la AI (2015) considera necesario que se tome en cuenta: que desde el discurso y exposición de motivos del Anteproyecto del Poder Ejecutivo, apunta a un cambio del modelo de atención desde un nuevo paradigma en salud mental. Sin embargo, no se mencionan disposiciones fundamentales para concretar el cambio de modelo. Así como también en lo referente a las denominaciones de los términos “trastorno mental” o “trastorno mental severo” reafirma un concepto por demás controvertido, estigmatizante y patologizante, propio de un paradigma que se quiere superar. Entendiéndose que se contrapone a la concepción social de la discapacidad, presente en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por nuestro país. Se presentan también diferencias con el Anteproyecto, fundamentalmente en lo que refiere a los capítulos de “Abordajes”, “Órgano de Contralor” y en la insuficiencia de propuestas específicas en cuanto a las estructuras y/o dispositivos de atención sustitutivos. (Asamblea Instituyente por Salud Mental Desmanicomialización y Vida Digna, 2015).

Este proceso de participación social y lucha por la transformación de una ley de salud mental, ha llevado a la conformación de la “Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental” (CNSM), siendo “un espacio político no partidario conformado por diversas y heterogéneas organizaciones sociales, sindicales, estudiantiles, instituciones universitarias y personas que luchan por los derechos de las personas con padecimiento psíquico en nuestro país” (citado por Baroni, 2016). La misma agrupa 11 puntos, los cuales resumen la gran importancia del cambio de atención. Explicitando como fundamental el cierre de todas las instituciones asilares y hospitales monovalentes públicos y privados a nivel nacional, con un cronograma y plan de cierre; creación de unidades de salud mental en Hospitales Generales y de dispositivos sustitutivos y alternativos a los abordajes tradicionales; participación de usuarios y familiares en el diseño, aplicación y seguimiento de las políticas en salud mental y del nuevo Plan Nacional de Salud Mental; la creación de un órgano de revisión y supervisión independiente y autónomo que vele y garantice los DDHH; un modelo no sanitarista de abordaje integral e interdisciplinario. Estos son algunos de los puntos que caracterizan la lucha hacia el cambio de paradigma en la atención de la salud mental de la CNSM. Cabe mencionar que ésta se conforma por más de 50 organizaciones sociales del Uruguay.

2.3 d) Un desafío por delante:

Como ha sido expuesto anteriormente existen tratados, convenciones, declaraciones, movimientos colectivos, que luchan por los derechos de las personas y el cambio de paradigma en salud mental, se evidencia que es posible y necesario.

Para que estos nuevos paradigmas y derechos no sólo sean utopías de las personas que luchan por cambiar las condiciones de atención de la salud mental, es necesario que se hagan partícipes diversos actores, como familiares, amigos, vecinos, organizaciones sociales, para promover que la salud mental y la locura es una problemática que nos afecta de todos. Para Amarante (2015) la locura debe dejar de ser tema de especialistas y comenzar a impregnar las discusiones de la sociedad civil. Intentando así superar las prácticas y presupuestos de la psiquiatría tradicional, poniendo en el tapete la posibilidad de rescatar historias, biografías y subjetividades de sujetos portadores de sufrimiento psíquico, trayendo al debate la ciudadanía y los derechos humanos del enfermo, el derecho a un verdadero y digno tratamiento.

Se debe dejar de pensar a la locura y el encierro como cuestiones indisociables, para pasar a pensar y trabajar con la locura desde una perspectiva inclusiva a nivel comunitario. Cuestión que se abordará a continuación.

3. Salud Mental en Comunidad

3.1 SURGIMIENTO Y CONCEPCIONES DE COMUNIDAD.

Es primordial para el despliegue de este capítulo comprender qué es una comunidad, el sentido, el lugar y las “modificaciones” que han tenido en relación con la salud mental.

El concepto de comunidad aparece en el siglo XIX bajo el contexto de las Revoluciones (Francesa e Industrial), las que luego dieron paso al Modernismo y Liberalismo. La noción de comunidad se enmarca en el desarrollo del liberalismo, como oposición a las formas de relación que este propiciaba y que a su vez se hacían posibles. Para finales de dicho siglo la sociedad y la vida comunitaria estaban palpitando serias modificaciones “el desarrollo de la industria arroja a grandes masas de obreros rurales, artesanos y cuentapropistas del espacio rural al anonimato de la vida en las grandes urbes” (Ardila & Galende, 2011, p.43).

Parafraseando a Ardila (2011) el liberalismo avanzó como ideología pero también como imposición del individualismo y en oposición a la vida comunitaria.

Como se ha planteado hasta aquí, la noción de comunidad surge en oposición al liberalismo. Lo que resulta complejo es llegar a una definición única y acabada de lo que es la comunidad, numerosos autores han trabajado en ello y no han logrado referirse a la misma de manera única.

Autores clásicos coinciden en que las concepciones de comunidad y sociedad se contraponen “siendo la primera el espacio de las relaciones interpersonales cara a cara, los afectos, la cercanía, mientras que la sociedad sería lo racional, la modernidad, las relaciones formales.”(Eito & Gómez, 2013 p.11).

En cuanto a esto Ardila (2011) concuerda y refiere que las relaciones de la sociedad se caracterizan por un “alto grado de individualismo, impersonalidad, contractualismo, competencia, egoísmo, interés, racionalidad y cálculo” (Ardila, 2011 p.41-42). Y en referencia a la forma de las relaciones en comunidad se vincula más a “la familia, incluyendo también los amigos y vecinos, siendo sus elementos constitutivos los de sangre, lugar, mentalidad, es decir, de relaciones inmediatas” (Ardila, 2011, p.42)

Según Nisbet (citado por Ardila, 2011) “los conceptos de “comunidad” y “sociedad” abarcan muchas cosas: aspectos legales, económicos, culturales e intelectuales, aunque lo central de ellos los constituye el tipo de relación social al que hacen referencia y los elementos mentales afectivos que llevan implícitos”.

Para este capítulo, lo esencial no es enmarcar las diferencias existentes entre la sociedad y la comunidad, no obstante ello, resulta oportuno poder advertir que las modalidades de relacionamientos sociales son distintas en ambas, siendo ésto lo que conlleva a las condiciones de producción de subjetividad y las relaciones de implicación con la locura, la enfermedad y la salud mental.

Diversos autores (citados por Montero, 2004) en distintos tiempos históricos señalan que:

la comunidad supone relaciones, interacciones tanto de hacer y conocer como de sentir, por el hecho de compartir esos aspectos comunes. Y esas relaciones no son a distancia, se dan un ámbito social en el cual se han desarrollado histórica y culturalmente determinados intereses o ciertas necesidades; un ámbito determinado por circunstancias específicas que, para bien o para mal, afectan en mayor o menor grado a un conjunto de personas que se reconocen como partícipes, que desarrollan una forma de identidad social debido a esa historia compartida y que construyen un sentido de comunidad.

Según Sánchez (citado por AMARES, 2006) la comunidad: “es un grupo social diferenciado del resto de la sociedad, cuya conformación puede ser heterogénea o no: comparte una interrelación permanente viviendo en una misma localidad y presenta algunas características e intereses comunes a sus miembros”. Sumándole a esto características como el sentido de comunidad, la historia de la misma y su capacidad de autogestión.

Acercándonos a nuestro territorio Montero (2004) refiere a la comunidad como:

(...) un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los inventores sociales, que comparte, intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines (Montero, 2004, p. 200).

Montero (2004) no hace referencia explícitamente a las modalidades de relacionamiento, ya que los implica desde un grupo social, este grupo social que se conforma como comunidad. Donde lo primordial es el desarrollo del vínculo y la relación de cercanía con un otro que lleva a construir identidad, sentido de pertenencia que es capaz de afrontar las necesidades y objetivos planteados. Sería fundamental para la construcción de una comunidad tangible, en términos de funcionamiento, la solidaridad y la cercanía de los vínculos.

Los autores citados hasta aquí aluden a los momentos históricos, culturales, intereses y necesidades entre otros, teniendo también presente que la comunidad tiene un aspecto dinámico, está en constante movimiento y transformación en un proceso de ser, como también sucede con las personas que las integran.

Por otro lado Gurrutxaga (2010) expone que la comunidad es la expresión de la voluntad, es la forma de socialidad natural. Siendo los valores dominantes la unidad y la totalidad, en la solidaridad, el desinterés y la sinceridad. Esta es una concepción algo distinta de las anteriores, pero que resulta fundamental a la hora de comprender por qué cuando se hace alusión al cambio de paradigma, en relación a la salud mental, se explicita a la comunidad como una nueva forma de asistencia.

Es importante tener presente, como dice Heller (citado por Montero, 2004) “la necesidad de enfocar la comunidad como “sentimiento” y no la comunidad como “escena o lugar”. Esto hace que lo primordial en la comunidad sea el vínculo y las modalidades de relacionamiento y no un territorio determinado.

Se acentúa en lo descrito con anterioridad, la relación entre comunidad y los diferentes momentos históricos, económicos, sociales y culturales, así como necesidades en común que hacen que se conforme un sentido colectivo, en el cual también se pueden lograr objetivos de manera conjunta. Este aspecto, es fundamental a la hora de pensar la relación entre comunidad y salud mental. Galende (1997), y Stolkiner (1994) han estudiado, por ejemplo la relación entre las políticas neoliberales, el desarrollo del capitalismo, los efectos en la comunidad y la salud mental.

3.2. RELACIONES DE LA COMUNIDAD

A partir del siglo XIX los procesos de industrialización y modernización coadyuvaron al declive de los lazos comunitarios y las capacidades de sostén comunitario. Desde entonces, el desarrollo del capitalismo y su globalización en la cultura occidental, ha sido definido por diversos autores como determinante en la calidad de los vínculos y en la producción de subjetividad. El Estado ha sido formador, parte y uno de los principales protagonistas de este resquebrajamiento de los lazos comunitarios, a través de las modificaciones de los ámbitos públicos y privados. Esto se debe a que los espacios de organización del Estado no sólo afectan la economía y la política, sino que atraviesan la cultura, produciendo significaciones en la subjetividad propia de cada persona, modificándose a nuevas conductas, en las que prima el individualismo de la persona.

Existen escritos producidos por múltiples autores, que refieren a esta temática, en esta oportunidad se seleccionará autores como Galende (1997) y Stolkiner (1994). Ambos han

llegado a caracterizar que, debido a las crisis y a los modelos neoliberales se recrudece el debilitamiento de las redes sociales, las comunidades, fragmentándose así los vínculos más cercanos como es el caso de las propias familias.

Para Stolkiner (1994) el capitalismo hizo que se produjera un individuo sin sentido, de consumo y en el que sus placeres fueran complacidos de forma inmediata. Donde "(...) se le propone que sea "individualista", pero bajo la forma de ser exactamente igual a los otros, portador y sujeto de discurso homogeneizados por los medios de comunicación omnipresentes, con deseo enlazados a fantasías suntuarias (...)" (Stolkiner, 1994, p. 7). Así como también refiere a que los vínculos tanto "barriales y de vecindad, los familiares extensos, así como los gremiales y de participación política se labilizan. Es en ellos que pesa la sustitución de relaciones interpersonales por relaciones con máquinas y objetos." (Stolkiner, 1994, p. 7).

En cuanto a esto, Galende (citado por Bang & Wajnerman, 2010) infiere que "bajo estas condiciones de empobrecimiento del espacio social los sujetos tienden a des-investir la realidad exterior, volcándose crecientemente sobre sí mismos, vuelco que es facilitado por la adquisición de objetos de utilización personal que sustituyen el encuentro con otros".

Parafraseando al mismo autor (Galende, 1997) actualmente se vive en un mundo y en una época en la que las escenas, los escenarios, la teatralización y otras formas de representaciones, han invadido nuestra experiencia cotidiana de la realidad. Se vive en una nueva cultura, en la que se producen cambios profundos en las formas de trato y vínculo entre los individuos. En donde las formas de participación social dependen del éxito individual y no tanto de la inclusión en los diversos colectivos, generando cambios profundos en el imaginario social.

En cuanto a este declive que se viene visualizando, Guattari (1988) hace su análisis y alude que:

(...) los modos de vida humanos individuales y colectivos evolucionan en el sentido de un progresivo deterioro. Las redes de parentesco tienden a reducirse al mínimo (...) por una especie de estandarización de los comportamientos, las relaciones de vecindad quedan generalmente reducidas a su más pobre expresión... (Guattari, 1988, p.7).

Este proceso que se va perpetrando a nivel global (económico, cultural, social) tiene gran repercusión en las relaciones sociales, como lo han señalado los autores mencionados. Se va produciendo un deterioro progresivo en cuanto a la modalidades de relacionamiento, primando la individualización y el desvanecimiento del otro, los cuales coadyuvan al declive de la comunidad y los lazos comunitarios.

Así como en el siglo XIX se dio inicio a la noción de comunidad por oponerse al liberalismo que se estaba instaurando en dicha época, -hoy día- autores como Bauman (2008) plantean un resurgir de la comunidad, dado por el deterioro y retroceso del estado de bienestar, donde comienzan aminorar las funciones de protección social.

En tanto Ardila (2011) refiere que para este siglo la idea de comunidad se ve asociada a la búsqueda de seguridad, que en la “ausencia de las relaciones inmediatas, de amistad, vecindad, pareja y familia, compañeros, la idea de comunidad se ve progresivamente asociada a la búsqueda de seguridad, concomitante con el dominio y desconfianza con los otros” (Ardila, 2011, p.45). Ya que la seguridad constituyó un problema y un anhelo a la vez. Por lo cual estas formas de comunidad se orientaran a la búsqueda de seguridad.

Por su parte, Bauman (2008) refiere que la nueva idea de lo comunitario se debe más a la reacción previsible de la acelerada vida moderna, que a responder a la necesidad de un encuentro confortable con otro.

Sin dudas que en este nuevo resurgir la comunidad ha perdido la esencia que diversos autores le habían concedido a la comunidad en sí misma. A lo que Bauman (citado por Ardila, 2011) plantea que “el reto de lo comunitario en la comunidad en la actualidad está puesto de lograr que la comunidad que se entreteje, atienda y se responsabilice de la igualdad del derecho a ser humano y la igualdad de posibilidades para ejercer derecho”.

Como plantea Bauman, la comunidad para esta época es un reto y un desafío, en el cual la solidaridad y presencia visible es esencial. Que sea un reto no implica que sea imposible, para que el cambio de paradigma en salud mental se efectivice se hace necesario la participación micropolítica de colectivos que luchan por sus derechos. Esto es parte de la comunidad y la construcción propia en busca de fines y objetivos.

3.3 SALUD MENTAL EN COMUNIDAD

El encierro ha sido por muchos años una manera en la cual se silenció la locura, además de suprimir sus vínculos sociales. Para Ardila (2011) el centro de la ideología asilar ha sido, y sigue siendo la separación del paciente de su comunidad. Por tanto, la desinstitucionalización conforma una alternativa comunitaria, donde las personas puedan ser capaces de volver a construir sus lazos sociales. Para lo cual se vuelve necesario deconstruir lo instituido, desde nuevos dispositivos sustitutos al encierro, siendo la Salud Mental Comunitaria (SMC) quien va a aportar una nueva visión y estrategia.

Para la construcción de la SMC, normativas internacionales como la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata) realizada en el año 1978, organizada por la OPS/OMS, han contribuido desde un marco orientativo a su construcción. Tomando como estrategia la Atención Primaria en Salud (APS), la cual se explicita en la declaración como:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. (...) (OPS/OMS, 1978, p.2)

La APS en conjunto con el cambio de paradigma en la atención en salud mental, permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad, dentro de las redes y lazos comunitarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) alude que los servicios comunitarios en salud mental

(...) no solo son más accesibles para los que viven con una discapacidad mental grave, sino que también atienden sus necesidades de manera más eficaz que los hospitales psiquiátricos. Además, los servicios comunitarios en salud mental son menos propensos a cometer descuidos y violaciones en derechos humanos, demasiado frecuentes en los hospitales psiquiátricos (OMS, 2007, p.1).

3.3 a ¿Cómo se entiende por Salud Mental Comunitaria?

Para Ardila (2011) la SMC toma como “eje central de la atención y rehabilitación (...) preservar o recuperar en el sufriente mental su capacidad en relación con los otros de la comunidad, la vida en común con sus semejantes, en la sociedad que le tocó habitar”. (Ardila, 2011, p.46).

Esta misma autora refiere que SMC es un proyecto, en el que se busca darle un giro a la atención psiquiátrica, para lo cual hace hincapié en tres dimensiones, superando la hospitalización psiquiátrica, asilar a servicios de la comunidad de la persona; la práctica de la prescripción basada en la autoridad del profesional, a una consideración del sujeto en toda su dimensión y complejidad; al enfermo como sujeto pasivo de su tratamiento, a un sujeto activo, partícipe y protagonista de su tratamiento.

Está en el núcleo de la reforma de atención que la persona pueda permanecer con su familia y comunidad en el proceso de atención, implicando que la intervención se lleve a cabo de manera intersectorial.

Por otra parte el programa AMARES (2006) entiende que la SMC consiste en el mejoramiento de las condiciones de vida comunal, mediante distintas actividades de protección y promoción de la salud mental, de prevención de malestares y problemas psicosociales, de recuperación y reparación de los vínculos personales, familiares y comunales dañados.

La SMC en esencia busca la recuperación del lazo social perdido a causa del encierro, de la patologización y de la falta de socialización. Busca que la persona pueda tener una mejor calidad de vida y pueda vivir de manera digna, siendo incluida. Abordando los problemas de salud mental de una manera integral e intersectorial, siendo el centro de su atención las condiciones emocionales y sociales en las que se encuentran las personas, familias y comunidades. Todo esto implica la reforma de la atención de la salud mental.

La SMC se caracteriza por intervenciones, donde se busca promover cambios en la comunidad a niveles de: condiciones sociales de vida, vínculos y relaciones. Plantea que el trabajo en salud mental vea a la comunidad como sujeto de intervención y no como objeto de la misma, planteando así que la población sea coautora de futuros proyectos a desarrollarse. (AMARES 2006).

Para la construcción de la SMC un apoyo fundamental y al mismo tiempo un pilar es la familia. Ardila (2009) acentúa al apoyo familiar como un proceso psicosocial. Considerándose una pieza nuclear para brindar apoyo a los cambios, constituyendo a la vez la primera institución que se recurre en situaciones de crisis “conforma un espacio de acción donde se definen las dimensiones más básicas de la seguridad humana, las cuales corresponden a los procesos de integración social de las personas” (Ardila, 2009, p.117).

Hasta aquí se ha hecho un paneo general de las cuestiones principales que abordan a salud mental en comunidad, como es su concepción, su caracterización. Sin dudas que la Salud Mental en Comunidad es un proceso de construcción que le da un giro a lo que han sido los tratamientos de la psiquiatría tradicional. Haciendo énfasis en el centramiento de la persona en sus distintas dimensiones, necesidades, así como también haciéndola participe de su propio en decisiones promoviendo autonomía participación tratamiento. La comunidad teje redes en donde lo primordial será la solidaridad y las relaciones de los vínculos, lo cual esto también implica el cambio de una nueva mirada hacia el otro.

3.4 DISPOSITIVOS DE TRANSFORMACIÓN HACIA LA DESMANICOMIALIZACIÓN

Para que la transformación hacia la desmanicomialización y el cambio de modelo sea posible se necesita generar condiciones, en lo que respecta a los dispositivos de intervención que apuntan hacia la desmanicomialización y la “reconstrucción” de los lazos comunitarios perdidos a causa del encierro. Existen diversas experiencia que se vienen desarrollando, tanto desde adentro del manicomio hacia afuera, como insertas en la comunidad.

En cuanto a esto Cano (2013) refiere a la importancia del abordaje integral en las estrategias de dispositivos, este mismo autor cita a Buleo (1992) quien propone que se trabaje en círculos donde “el centro sería desterritorializando dinámicamente en la dialéctica de las acciones de apertura del manicomio, lo cual involucra diferentes dimensiones (...) como la comunicación con la comunidad, la creación de estructuras territoriales, y la transformación de los programas de formación” (Cano, 2013, p.112)

Solo a los efectos de mencionar dos experiencias en Argentina, se tomará la descrita por Moffat (1990) que se llevó a cabo en la década de los setenta bajo la antigua ley. Por

otra lado se tomará una experiencia contemporánea que se implementó con la aplicación de la ley 26. 657.

En la década de los setenta, en la ciudad de Buenos Aires, en el Hospital Borda, nace La Comunidad popular peña Carlos Gardel, esta se implementa desde dentro del manicomio, para los porteños “depósito psicológico de la locura”. Moffat (1990) detalla que para su construcción se aunaron esfuerzos de dos grupos uno desde adentro (compañeros del Club “El Fogón”), y otros desde afuera, con ayuda de familiares que hicieron posible la comunidad. Este hecho se produce sin conocimiento del hospital, cuando este da cuenta de la situación, la comunidad es un hecho consumado. “La Comunidad se organiza alrededor de un gran árbol y cada sábado debemos entrar, colgar las decoraciones, carteles, etc. y luego, al terminar, descolgarlas y sacarlas del hospital, para volver a traer todo el sábado siguiente” (Moffat, 1990, p.109). Siguiendo al autor, la estructura comunitaria estaba determinada por una integración de modelos comunitarios populares: de baile campero con guitarra y canto, con asado, con organización de sociedad de fomento, con simultaneidad de actividades de cafetín porteño y algo de romería con teatro, con fogones de “materos” y costumbres de pulpería (las peleas). Pero fundamentalmente por un sentimiento de hermandad y de compromiso afectivo con la “peña”. Esta es “un área de demostración de que es posible el cambio, que un nuevo planteo desde la cultura popular crea una alternativa nueva respecto a la locura” (Moffat, 1990, p.110).

Contemporáneamente, en la ciudad de San Carlos Bariloche surge el “Centro Cultural Comunitario”, este se implementa desde fuera del Manicomio, en la ciudad de San Carlos de Bariloche. Tomando a Elvira (2011) este centro se estableció como un espacio abierto a la comunidad, llevando a cabo talleres culturales y laborales para usuarios de la salud mental. Funcionando como dispositivo abierto a todas las personas de la comunidad, con o sin padecimiento. Se enmarca en la integralidad de saberes populares como académicos. Algunas de las intervenciones en materias artísticas producidas en este centro, han sido “Compañía del Mate” (grupo de teatro y literatura), “Murga Salto de Alegría”, “Mostrando la Hilacha y Grupo Arte-Sano” (grupo de emprendimiento laborales), como así también talleres de música, máscaras, circo, plásticas, comunicación.

En nuestro país y también solo a efectos de mencionar, se incluirán experiencias que provienen de la Universidad de la República (UdelaR) en coordinación con proyectos de extensión de intervenciones psicosociales a nivel institucional hospitalarios. Siendo

llevados a cabo dentro del Hospital Vilardebó, allí se desarrollan proyectos como Radio Vilardevoz, Sueños de Libertad, Talleres de Arte, entre otros. (De León 2013) A pesar de que estos dispositivos se inscriben dentro de una institución, son dispositivos Instituyentes.

En lo que respecta a dispositivos instituyentes desde adentro del manicomio hacia afuera, se encuentra Radio Vilardevoz (entre otros), la cual surge en la década de los noventa, funcionando dentro del Hospital Vilardebó, actúa desde dentro del manicomio hacia afuera. Se sostiene en tres pilares fundamentales “la Participación, la Comunicación, y la Salud Mental” (Jiménez, Baroni, Giordano, Cresci, Planchesteiner, 2013, p.165). Trabajando desde talleres centrales, talleres de producción radial, digitalización, escritura, salidas al aire con fonoplatea. Vilardevoz transmite y comparte problemáticas singulares en relación a la locura, permitiendo un diálogo con otros y hacerles llegar discursos que se consideran históricamente silenciados (Jiménez, et.al, 2013).

Otros dispositivos instituyentes desde adentro del manicomio, solo a forma de nombrar algunos han sido, Espacio “Sueños de Libertad”, “Taller de Teatro la Claraboya”, Centro diurno “la Huerta”, “Locos por el Arte”.

Uno de los dispositivos insertos en la comunidad, en nuestro país es “Bibliobarrio” surge en el 2005 en el barrio Reducto de Montevideo. Bibliobarrio es un colectivo que gestiona: una Biblioteca Popular, un Centro Cultural y una Editorial artesanal. Se basa en tres pilares fundamentales, la lucha por la desmanicomialización, por proyectos autogestionados, cooperativos y de economía, por espacios culturales y locales.

Se realizan actividades de cine, café literarios, peñas culturales con participación de músicos, escritores, colectivos sociales (bibliobarrio.blogspot.com.uy).

Por otra parte Desde dispositivos institucionales de ASSE en lo referente a la rehabilitación coexisten Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial integrados por el Centro Diurno del Hospital Vilardebó, Centro Diurno Sayago y Centro de Rehabilitación de Pando de Montevideo y Área Metropolitana (Del Castillo, Villar, Dogmanas, 2012, p.74).

Desde el año 2012 se han continuado abriendo casas de medio camino en Paysandú, en Minas un Centro Psicosocial, entre otros.

A través de estos dispositivos de transformación hacia la desmanicomialización, se genera empoderamiento en la persona, lo que permite el mayor desarrollo de su

autonomía, para volver a conectarse y construir nuevos vínculos comunitarios, a través de la solidaridad.

Reflexión:

Para ir finalizando el trabajo, y dar comienzo a la reflexión tomaré una cita de Guattari, la que permite otorgar visibilidad a la locura; "es mejor hablar de locos. Es mejor hablar de locos, porque ese término es muy transversalita. Uno puede estar loco de amor, de ira, de mil maneras y eso pone la marca de la locura también en las personas supuestamente "normales"" Félix Guattari (1998)

Encanto, desencanto, religión, demonización, desvíos, persecución, encierro, conexiones divinas, saber, exclusión, purificación, navegación, animalidad, bestialidad, loco, locura, sinrazón, pobres, borrachos, locos de remate, cabeza de pájaro, insensatos, alienados, enfermos mentales, manicomios, hospitales, temor, peligrosidad, nuevos estatutos, bufones, desorden social, éstos entre otro sinfín de adjetivos, formas denominaciones, de relacionamiento e instituciones que se han construido en relación a la locura y su historia.

Las modalidades de relacionamiento con la locura han dependido principalmente de los contextos sociohistóricos, culturales, económicos y políticos, entre otros. Culturas occidentales lo dejaron al loco a merced de su suerte ya fuera desde la navegación, la liberación en los campo, o simplemente se lo dejaba rondar por las calles de la ciudades. Cada comunidad hizo lo suyo con respecto a la locura, la religión la demonizó y persiguió a través de la inquisición, pero también la incluyó en los cultos religiosos.

Un mojón importante en la construcción de la historia de la locura, fue la llegada del gran encierro, la locura va perdiendo significaciones, para quedar sometida en el confinamiento. el loco pasara a ser enfermo mental consolidándose el modelo manicomial.

Desde el siglo XVII hasta aún hoy, la problemática de la locura y el encierro son indisociables, naturalización esta relación: el loco y el manicomio

El encierro manicomial produce violación de los derechos humanos, iatrogenia, estigmatización, pérdida de vínculos, de afectividad, soledad, angustia, animalidad, tortura entre otras cosas. Como plantea Ardila (2011) la lógica asilar lo que busca es alejar a la persona de su entorno y sus vínculos. Por cual, el encierro manicomial produce una pérdida de relacionamiento con la comunidad.

Con el creciente proceso del cambio de paradigma de atención en salud mental comunitaria, en países de la región se viene modificando esta problemática intentando poner fin al sistema manicomial abriendo al atención comunitaria.

A través de la atención en salud mental comunitaria, se busca darle un giro a la atención psiquiátrica ortodoxa. Mediante ésta se espera el mejoramiento de las condiciones de vida comunal, mediante distintas actividades de protección y promoción de la salud mental, de prevención de malestares y problemas psicosociales, de recuperación y reparación de los vínculos personales, familiares y comunales dañados.

Se busca que la persona pueda tener una mejor calidad de vida y pueda vivir de manera digna, siendo incluida. Abordando los problemas de salud mental de una manera integral e intersectorial, siendo el centro de su atención las condiciones emocionales y sociales en las que se encuentran las personas, familias y comunidades.

Una vez transversalizado todo lo expuesto, resulta oportuno y necesario problematizar y reflexionar acerca de qué tan lejos o tan cerca estamos como sociedad, de vernos implicados en el proceso del cambio de paradigma de la salud mental. En relación a esto, resulta relevante mencionar lo que plantea Amarante (2007) y en concordancia con él, respecto de que la legislaciones y normativas son herramientas que otorgan visibilidad y tangibilidad, en cuanto al cambio de paradigma, pero sin dejar de tener presente que lo fundamental reside en el cambio de mentalidad de la sociedad, sus actores y su implicación con la locura, tratando de concebirla desde la inclusión.

Siguiendo esta línea, en respuesta a lo mencionado y estudiado, se puede decir que quizás en nuestro país, el debe presente en materia de legislación, que actualmente está intentando corregirse esté influenciada, por las formas de relacionamiento que ha producido el capitalismo, el neoliberalismo pudiendo provocar falta de solidaridad hacia la comunidad.

Cabría preguntarse si el fortalecimiento de la comunidad a través de la solidaridad posibilite que se le otorgue mayor contención al loco para que pueda vivir de manera digna autónoma e independiente

**“Me imagino un mundo donde el amor sea una forma de vivir,
donde las pastillas sean caramelos de miel,
donde las rejas y los muros sean de chocolates”**

Gustavo Bautista, 2015.

Bibliografía

1. Amarante, P. (2009). Superar el manicomio: Salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topía
2. Amarante, P. (2015) Teoria e Critica em Saúde Mental. Brasil: Zafodoni.
3. Amares, P. (2006). Salud mental comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones. In *Salud mental comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/08_Salud_Mental_Comunitaria_Per%C3%BA.pdf
4. Ardila, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (1) pp.114-125. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615419009>
5. Ardila, S. & Galende, E. (2011). El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 39-50.
6. Asamblea Constituyente. Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. (2015). Anteproyecto de ley de Salud Mental. Recuperado de: http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/p/blog-page_25.html
7. Asamblea Constituyente. Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. (2015). Declaración sobre el proyecto de ley en Salud Mental enviado por el Poder Ejecutivo al Poder Legislativo. Recuperado de: <http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/p/institucionnacional-de-derechos-humanos.htm>.
8. Asamblea Constituyente. Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública & Institutos de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (2016). Aportes para la Transformación del Modelo

- de Atención en Salud Mental del Uruguay. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B7RID-7XOIUkaXJ1QkJoenIYOFk/view>.
9. Bang, C., & Wajnerman, C. (2010). Arte y transformación social: la importancia de la creación colectiva en intervenciones comunitarias. *Revista argentina de psicología*, 48, 89-103..
 10. Baremblytt G, (1988). Saber, poder, quehacer y deseo. Buenos Aires:Ed. Nueva Visión.
 11. Baroni, C. (2016). Un movimiento contra el olvido. Aportes para pensar el proceso de desmanicomialización en el Uruguay de 1985 en adelante. Recuperado de: <http://www.hemisferioizquierdo.uy/#!Un-movimiento-contra-el-olvido-Aportes-para-pensar-el-proceso-de-desmanicomializaci%C3%B3n-en-el-Uruguay-de-1985-en-adelante/nnsaa/57712f130cf2c8c6f2c49a76>.
 12. Barrán, J.P. (1994). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos. La ortopedia de los pobres*. Montevideo:Ed. Banda Oriental.
 13. Bauman, Z. (2008). Comunidad. España. Ed: Siglo XXI.
 14. Bibliobarrio. Biblioteca Popular y Centro Cultural. (web.blogspot) Recuperado de: <http://bibliobarrio.blogspot.com.uy/p/acerca-de-nosotros.html>.
 15. Caldas de Almeida, JM (2007). Marco general. Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América latina y el Caribe. Después de la Declaración de Caracas. En OPS (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20sald%20mental.pdf>
 16. Carro, S; & De la Cuesta P (2010). *Introducción a las Teorías Psicológicas*. Montevideo: Ed.Psicolibros Universitarios.

17. Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico: La edad de oro del alienismo*. Buenos Aires:Ed.Nueva Visión.
18. Coll, O (2008). *Un siglo de pensamiento psiquiátrico Nacional*. Montevideo:Ed. Artemisa Editores.
19. De León, N & Fernández, J. (1996). *La locura y sus instituciones*. En: III Jornadas de Psicología Universitaria. Historia, violencia y subjetividad (157-162) .Montevideo: Ed. Multiplicidades.
20. De León, N (1998). *Institucionalización de la locura: La enfermedad mental*. En: IV jornadas de Psicología Universitaria. A diez años del Plan de Estudios (363-368).
21. De León, N. Davyt, F & Rial, V. (2001). *Crónica de un Proceso de Investigación: una experiencia interdisciplinaria*. Recuperado de: http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro3/nelson_de_leon_y_otros.ht
22. De León, N (2009). *La intervención psicológica desde la psicología social: análisis y perspectivas con relación a la locura y la enfermedad mental*. En Etcheverry, G & Protesoni, A. *Derivas de la Psicología Social Universitaria*. (351-370). Montevideo: Ed. Levy.
23. De León, N. (2013) Procesos de Reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario. En N. De León (Coord.) (2013) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala.
24. Del Castillo, R., Villar, D, & Dogmanas, D. (2012, Noviembre) Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 1 (4) pp.67-79.
25. Elvira, M. S (2011). Participación en la salud mental comunitaria. *Salud mental en comunidad*. (2), p.105-109.

26. Eito, A. & Gómez, J. (2013). El concepto de comunidad y trabajo social. *Espacios Transnacionales* (1). Recuperado de: <http://www.espaciostransnacionales.org/conceptos/conceptotrabajosocial/>
27. Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la Época Clásica*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
28. Foucault, M (1976). *Castigar y Vigilar. Nacimiento de la prisión*. México: Ed. Siglo Veintiuno.
29. Galende, E (1997). *De un horizonte Incierto*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
30. Galende, E (2008). *Psicofármacos y salud mental*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
31. Gines, A. M (2013) Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud. En N. De León (Coord) (2013) Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala.
32. Goffman, E (1986). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires. Ed: Amorrortu
33. Gorbacz, A. L (2011). Ley 26.657: el desmontaje represivo en salud mental. *Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 112-118.
34. Guattari, F. (1988). *Las tres ecologías*. Valencia. Ed: Pre-textos.
35. Gurrutxaga, A (2010) La innovación de la comunidad: Hogar, Santuario y Vínculo Social. En: de Mrinis, P. Gatti, G. & Irazuzta, I. (Ed.) *La Comunidad como pretexto* (pp. 51-86). España: Anthropos.
36. Jiménez, A., Baroni, C., Giordano, M., Cresci, L., Planchesteiner, D. (2013) Locos por la Radio...15 años de Comunicación Participativa. En: De León (Ed.), *Abrazos: Experiencias y Narrativas acerca de la Locura y Salud Mental*. (pp.165-195). Montevideo: Levy.

37. Kakuk, J.(2013). Aspectos jurídicos en el campo de la salud mental, Derechos Humanos: un tránsito necesario. En De León, N. (Coord.) (2013) Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala
38. López, M. C. (2011). Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 77-84.
39. Ley N° 9.581 Asistencia al Psicópata. Recuperado de: <https://sip21-webext.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5941318.htm>
40. Ley N° 18.211 Creación del Sistema nacional integrado de Salud. Recuperado de:http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-18211-sistema-nacional-integrado-de-salud_-creacion.pdf
41. Moffatt, A. (1990). Psicoterapia del oprimido. Recuperado de: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32285965/Psicoterapia_del_oprimido.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1469800630&Signature=CVZD7a%2BK3M4UAP2tqwVNAP4hqyl%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPsicoterapia_del_oprimido.pdf
42. Montero, M (2004). Comunidad y sentido de comunidad. En introducción a la psicología comunitaria. desarrollo, conceptos y procesos (pp. 197- 223) Buenos Aires. Ed. Paidós.
43. Najmanovich, D. (1995). *El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
44. Ordorika, T. (2009). ¿Herejes o locos?. México. *Revista Cuicuilco* 16(45) (137-161). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100007&lng=es&nrm=iso.

45. O.M.S (2001). C.I.F: "Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud".
46. O.N.U. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, United Nations. Recuperada de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
47. O.N.U. (2006) Convención sobre los derechos de personas con discapacidad. Recuperado de: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
48. OPS/ OMS (1990) Declaración de Caracas, Venezuela. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
49. Ottaviano, L. (2011). La Institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la Salud mental. *Revista Electrónica de Psicología Política*.26 (44-52).
50. Ottonelli, F. (2013). Marco jurídico: Salud Mental y Derechos Humano. En De León, N. (Coord.) (2013) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala
51. Peñalta, R. (2008). Locos y locura a finales de la Edad Media: representaciones literarias y artísticas. *Revista de Filología Románica*. 25 (127-138). Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/RFRM/article/view/10394>
52. Rudolf, S. (1998) *A diez años del Programa Nacional de Salud Mental*. En: III Jornadas de Psicología Universitaria. Historia, violencia y subjetividad (102-109) .Montevideo:Ed. Multiplicidades.
53. Romero, S. Cabella,W. Davyt, F .(1992). *Lugares de producción de sentido en la frontera Rivera-Livramento*. Montevideo.En Ediciones del V Centenario. Estudios Antropológicos. UDELAR (161-180).

54. Stolkiner, A (1988). Prevención en salud mental: normativización o desanudamiento de situaciones problema. Ponencia presentada en el IV congreso metropolitano de psicología. Buenos Aires, Argentina.
55. Stolkiner, A. (1994). Tiempos "posmodernos" ajuste y salud mental. En Saidón,O, Troianovsky, P (Comp) (1994). Políticas en Salud Mental. Buenos Aires: Lugar.
56. Techera, A. Apud, I & Borges C. (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en uruguay.* Montevideo:Ed.Central de impresiones.
57. Trope, H. (2010) La Inquisición frente a la locura en la España de los siglos XVI y XVII: Manifestaciones, tratamientos y hospitales. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*,30(2),Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000200007&lng=es&nrm=iso
58. Vilardevoz. Vilardevoz, locos por la Radio. (web.blogspot). Recuperado de: <http://www.vilardevoz.org/p/que-es-vilardevoz.html>