



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Urdimbres de la locura: rehabilitación y apuestas por la desmanicomialización.

Ensayo académico sobre salud mental, locura y rehabilitación en clave antimanicomial en

Uruguay

Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología

Modalidad: Ensayo Académico

Jhustina Emanuelle Dutruel García

C.I: 4.824.711-7

Docente Tutora: Dra. María Estefanía Pagano Artigas

Docente Revisor: Mag. Fernando Texeira

Octubre 2025

Presentación: algunas pautas antes de comenzar la lectura.....	3
Introducción.....	5
Capítulo 1: Transformaciones y continuidades en las políticas de salud mental: entre manicomio, ley y reforma.....	8
1.1 Brasil: Rehabilitación como praxis antimanicomial.....	9
1.2 Argentina: Habilitar la voz, disputar el encierro.....	11
1.3 Uruguay: Reforma, disputa y persistencias manicomiales.....	13
Capítulo 2: Imprecisa: salud mental y locuras.....	20
2.1 Locura.....	22
2.2 Del encierro al control: la salud mental contemporánea.....	27
2.3 Desplazada: la locura entra en la salud mental.....	30
2.4 Nudos.....	32
Capítulo 3: Rehabilitación: entre el control y el encuentro.....	34
3.1 Rehabilitación como dispositivo.....	34
3.2 Rehabilitar desde los afectos: hacia una práctica antimanicomial.....	36
A modo de concluir: reparar los tejidos, encontrarse en la trama.....	40
ANEXOS.....	48

Presentación: algunas pautas antes de comenzar la lectura

Me detengo a pensar en lo que suele darse por supuesto: qué entiendo por cuidar, qué busco cuando hablo de rehabilitar, qué vidas quedan dentro y cuáles fuera de aquello que llamamos salud mental. En ese gesto de pensar, también se abre la escritura como una forma de elaboración y como un modo de resistencia. El texto que sigue no pretende ofrecer respuestas cerradas ni soluciones técnicas. Lo construyo como un ensayo académico que se mueve entre la reflexión teórica, la crítica política y la experiencia cotidiana.

En este escrito encuentran expresiones destacadas en negrita señalan ideas fuerza, conceptos que atraviesan el recorrido y funcionan como hilos conductores entre los capítulos. Esa elección responde a una intención estética y política: subrayar los puntos de tensión, las nociones que invitan a detenerme, a pensar y a incomodar la lectura lineal.

Busco hacer visible lo que se escapa a los discursos oficiales, recuperar las voces que habitan los márgenes y tejer desde allí una reflexión que no solo analice, sino que también interpele. La escritura se vuelve, para mí, una forma de intervención: un intento por pensar la salud mental no como diagnóstico o técnica, sino como campo de disputa y posibilidad.

A lo largo del texto, el uso de la **x** (por ejemplo, *locxs*, *todxs*) es una decisión simbólica. No busca únicamente incluir la diversidad de identidades de género, sino también interrogar las formas en que el lenguaje delimita lo decible y lo escuchable. Como plantea Foucault (1970), todo régimen de verdad produce sus exclusiones; y, como recuerda Butler (1990), el lenguaje no refleja pasivamente la realidad, sino que la produce, definiendo qué cuerpos y qué vidas resultan

reconocibles. Elegir escribir con **x** es, entonces, un gesto de apertura: una forma de desobedecer suavemente el lenguaje para permitir que en él habiten otras experiencias.

En algunos pasajes opto por un tono más coloquial o afectivo, que convive con otros de mayor densidad teórica. Esta mezcla no busca perder rigurosidad, sino escribir desde un lugar situado, donde la teoría y la experiencia dialogan. Escribir con una voz próxima es resistir la distancia del discurso técnico y afirmar que lo académico también puede habitar lo sensible y lo cotidiano.

Más que una presentación formal, esta nota es una invitación a leer con apertura, como quien se adentra en una trama de hilos que se cruzan y a veces se rompen. Porque de eso se trata esta escritura: de leer los tejidos, reconocer nudos y ensayar nuevas urdimbres. Entre la necesidad de entender y el deseo de dejarme afectar fui hilando estos párrafos, entre los **IN** y los **IM** —inhibiciones e impulsos—. Esta escritura también sostiene mi propio proceso.

Introducción

Este ensayo corresponde al cierre de mi recorrido de grado por la Facultad de Psicología. En él pretendo plasmar algunos de mis saberes (en el entendido de hacer un recorte dentro de lo que es mi formación), construir y aportar a las diferentes nociones de *rehabilitación* en torno a la *locura* y a la *salud mental*, temática que me atraviesa. Una rehabilitación que muchas veces reproduce lógicas normalizadoras y de control, en lugar de habilitar horizontes de emancipación.

El título **Urdimbres de la locura: rehabilitación y apuestas por la desmanicomialización**, surge de una imagen que atraviesa toda esta escritura: la del tejido como metáfora de los vínculos, los afectos y las prácticas que sostienen la vida en común. Hablar de *urdimbres* es pensar en los hilos visibles e invisibles que conforman el campo de la salud mental: aquellos que enlazan, tensan, se rompen o se rehacen. La locura, en este sentido, no aparece como un objeto a corregir, sino como una hebra viva dentro de esa trama, que desafía el orden y abre otras formas de encuentro.

La intención de este trabajo surge de mi propio tránsito por espacios académicos e institucionales, de las experiencias que me interpelaron dentro y fuera de la formación. Escribir este ensayo es, también, una forma de posicionarme frente a lo evidente, frente a aquello que suele quedar oculto bajo los manuales. La cercanía con prácticas institucionales, con cuerpos que han sido encerrados, me empujaron a querer pensar lo que muchas veces se da por sentado.

Me pregunto: ¿cómo comenzar a escribir sobre un campo tan cargado de tensiones y sentidos en disputa? Siguiendo a Jean-Luc Nancy (2016), escribir es una forma de **partir**: dejar lo familiar, abrirme a un trayecto incierto, aceptar la incompletud que acompaña toda experiencia de

pensamiento y de locura. Este ensayo puede leerse como un modo de partir: no busco certezas, sino desplegar preguntas, habilitar desvíos y abrir posibles.

Desde ese gesto, resulta necesario ensayar otros modos de pensar y escribir, por eso recupero la noción **rizomática** de Deleuze y Guattari (1994), que me permite pensar este recorrido no como una línea ordenada, sino como una trama con múltiples entradas y conexiones. Esta escritura, es un rizoma, no parte de un centro ni se dirige a un único lugar, se teje con saberes situados, prácticas vividas y afectos en movimiento hecha de experiencias que brotan, se expanden y mutan.

Hablar de salud mental, de locura y de rehabilitación implica hablar de derechos, de cuerpos, de vínculos y de emancipación: no como destino prometido, sino como apuesta ética y política por formas de vida posibles. Este ensayo se inscribe en esa búsqueda, asumiendo que toda intervención —académica, clínica o institucional— está atravesada por disputas y posiciones.

Escribo desde una apuesta política por la **desmanicomialización**, en clave de derechos humanos, con la convicción de que otro trato con la locura es posible. Mi mirada se posiciona críticamente frente al modelo biomédico hegemónico¹ y a la patologización de las diferencias. Me interesa tensionar esas narrativas dominantes y abrir preguntas sobre cómo se nombra y se interviene en aquello que se llama «salud mental». No busco hablar de la locura desde afuera: intento **pensar con ella**, abrir una conversación crítica desde un lugar en movimiento.

En ese recorrido, el texto se organiza en tres capítulos: el primero reconstruye antecedentes históricos y legislativos de los procesos de desmanicomialización, con énfasis en Uruguay y

¹ El Modelo Médico Hegemónico se ha constituido históricamente como la forma dominante de intervención en salud, al privilegiar una mirada centrada en la enfermedad, la monodisciplina biomédica y la autoridad del profesional médico como figura central. Bajo esta lógica, otras dimensiones del sufrimiento —sociales, subjetivas y comunitarias— quedan subordinadas o invisibilizadas. (Menéndez E.L., 1988)

referencias a Italia, Argentina y Brasil; el segundo problematiza las nociones de **locura** y **salud mental** en sus dimensiones éticas, políticas y epistemológicas; el tercero aborda críticamente la **rehabilitación**, indagando en sus sentidos históricos, sus usos institucionales y sus posibilidades transformadoras, especialmente en relación con los derechos humanos y la emancipación de quienes transitan experiencias de sufrimiento psíquico.

Capítulo 1: Transformaciones y continuidades en las políticas de salud mental: entre manicomio, ley y reforma.

En este capítulo propongo recorrer los antecedentes históricos que preceden los actuales debates acerca de la locura y la salud mental en torno a la Ley de Salud Mental N° 19.529 de 2017 en Uruguay². Uno de los tantos cambios que propone es: el cierre definitivo de las instituciones asilares y prohíbe que se interne a personas en los establecimientos ya existentes (Ley 19.529, art 38, 2017). Pensar la desmanicomialización exige reconocer desde qué lugares se intenta desarmar la trama que envuelve a la rehabilitación, para poder interrogar sus sentidos y contradicciones. El objetivo no es sólo narrar cronológicamente ciertos hitos, si no comprender cómo se han construido —y disputado— nociones que aún atraviesan nuestras prácticas y discursos como corpus social.

La Ley N°19.529 de 2017, que deroga la histórica Ley del Psicópata N° 9.581 de 1936³, se inscribe en un movimiento regional e internacional de reforma en salud mental. La influencia de la Ley N° 180 de 1978 de Italia —conocida como *Ley Basaglia*— se desarrolla en detalle en los Anexos por su relevancia histórica en el cierre de los manicomios y en la reconfiguración de los servicios desde una perspectiva antimanicomial. A nivel latinoamericano, dos antecedentes fundamentales orientan la lectura del contexto regional de transformación: Brasil con la Ley de Salud Mental N° 10.216 de 2001 y Argentina con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de 2010, las cuales promueven transformaciones que interpelan las concepciones de salud, cuidado y subjetividad.

² Véase: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

³ Véase: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/9581-1936>

1.1 Brasil: Rehabilitación como praxis antimanicomial

El proceso de la reforma psiquiátrica brasileña constituye uno de los desarrollos más significativos de América Latina. Al igual que en otros países de la región el modelo asistencial hegemónico durante gran parte del siglo XX se organizó en torno al hospital psiquiátrico. Un ejemplo de ello fue el *Hospício Pedro II* —posteriormente denominado *Hospital Nacional de Alienados* y, más tarde, *Instituto Nise Da Silveira*—, el cual dejó de realizar internaciones psiquiátricas de larga estadía en 2021, como parte del proceso de transición hacia residencias terapéuticas (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2021). El hospital, concebido como dispositivo privilegiado para el tratamiento de la locura, con una impronta higienista y disciplinadora, catalogaba como alienadxs a quienes se apartaban de la norma (Rossana Maria Seabra Sade et al., 2022).

A partir de la década de 1970 comenzaron a configurarse fuertes cuestionamientos a la lógica manicomial, en estrecha relación con un contexto sociopolítico marcado por la dictadura militar, el auge de los movimientos sociales y el debate en torno a la democratización de la vida pública. Uno de los referentes centrales fue el psiquiatra e investigador Paulo Amarante, quien en *Locos por la vida* (2006) reconstruye la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Allí señala que un punto de inflexión fue la crisis de la *División Nacional de Salud Mental* (DINSAM), órgano responsable de las políticas de salud del subsector de salud mental. En abril de 1978 esta crisis derivó en una huelga que denunció las condiciones infrahumanas que vivían las personas internadas: «Trabajaban en condiciones precarias, en clima de amenazas y violencia contra ellos y los pacientes de esas instituciones. Son frecuentes las denuncias de agresión, estupro, trabajo de esclavo y muertes no esclarecidas» (Amarante, 2006, p.60). En este escenario, envuelto además por la dictadura militar, el autor da cuenta de la creación del *Movimiento de la Reforma*

Psiquiátrica, acompañado por el Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental, que planteaban la necesidad de transformar radicalmente las formas de atención. Inspirados fuertemente en la experiencia italiana—particularmente por la propuesta de Basaglia cuya influencia se extendió tras ser recomendada por la OMS en 1973— estos movimientos propusieron sustituir la lógica de encierro por dispositivos no asilares y comunitarios (Ministerio de Salud de Brasil, 2021).

La aprobación de la Ley N° 10.216 conocida como *Ley de Salud Mental* o *Lei Delgado*⁴ fue un acontecimiento relevante en este proceso. La normativa reconoció los derechos fundamentales de las personas con sufrimiento psíquico y orientó las políticas hacia la construcción de una red de servicios alternativos, en particular a través de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), creados en la década de 1980 junto con los Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS). En 2002, el Ministerio de Salud de Brasil determinó la creación de los CAPS en todo el país, como alternativa a los hospitales psiquiátricos (Ministerio de salud de Brasil, 2021), según datos del mismo actualmente hay cerca de 2600 Centros en todo Brasil, con un enfoque comunitario.

No obstante, la experiencia brasileña muestra con claridad las tensiones inherentes a los procesos de reforma. Por un lado, se la ha considerado un referente regional en la consolidación de un modelo de atención comunitaria; por otro, ha debido enfrentar resistencias institucionales, limitaciones en los recursos y vaivenes políticos que condicionan su implementación. La reflexión sobre el caso brasileño permite situar el debate en torno a la salud mental en clave regional, señalando los avances alcanzados en la superación del paradigma manicomial, pero también los desafíos pendientes para articular derechos humanos, políticas públicas y de cuidado en el territorio.

⁴ El proyecto de ley fue ingresado en 1989, presentado por el diputado Paulo Delgado. En abril de 2001, tras doce años de discusión, finalmente fue aprobado

1.2 Argentina: Habilitar la voz, disputar el encierro.

En Argentina, el modelo asilar comenzó a consolidarse en el siglo XIX, en paralelo a la formación del Estado Nación. Desde entonces, la lógica de ciudadanía restringida habilitó la creación de dispositivos de encierro para sectores considerados «anormales»: mujeres, pobres, infancias, pueblos originarios y personas «locas» (Stolkiner, 2018). En este contexto, nacen instituciones como el Hospital Moyano (1854) y el Borda (1863), pilares del sistema manicomial argentino.

A lo largo del siglo XX, se sucedieron intentos reformistas —como los impulsados por Ramón Carrillo⁵ desde 1949— que no lograron revertir la hegemonía del encierro. Incluso planes nacionales como el de 1967, que proponían la externación, terminaron reproduciendo nuevas formas de institucionalización (Stolkiner, 2018).

Alicia Stolkiner (2015) menciona que las experiencias comunitarias que emergieron en los años 70 fueron desarticuladas violentamente durante la dictadura (1976–1983). Sin embargo, la recuperación democrática trajo nuevos impulsos: la reforma provincial de Río Negro⁶, los movimientos de usuarios, y el compromiso de colectivos de derechos humanos que denunciaron la violencia manicomial (Quercetti et al., 2015)

El origen de *La Colifata*⁷, radio creada en el Hospital Borda en los años 90, muestra el potencial de las voces históricamente excluidas, y es ejemplo de prácticas emancipatorias desde los márgenes del sistema. Considero pertinente en este ensayo académico resaltar la experiencia de

⁵ Ramón Carrillo fue un médico que impulsó la reforma sanitaria argentina bajo el gobierno de Perón.

⁶ Reforma iniciada en la Provincia de Río Negro, que finalizó en 1991 con la Ley Provincial N°2440. En la misma se planteaba los cierres de las instituciones de internación, la misma fue sustituida en su totalidad por la Ley N°5349 de 2019. véase <https://web.legisrn.gov.ar/legislativa/legislacion/ver?id=10019>

⁷ Véase: <https://lacolifata.com.ar/historia-reconocimientos/>

la *Radio La Colifata*, no sólo por su carácter pionero, sino por su potencia política y cultural, marcando un hito histórico para la lucha antimanicomial al plantear dispositivos alternativos, siendo un canal para ubicar y visibilizar la voz de la locura en el espacio público y las prácticas emancipatorias. Su creación fue fundamental además para generar influencia a nivel internacional y regional, inspiró la creación de múltiples radios comunitarias en el mundo, particularmente en nuestro país: Radio Vilardevoz.

El informe *Vidas arrasadas* del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2007) visibilizó el estado crítico de las instituciones y habilitó un debate profundo sobre el paradigma vigente. Como resultado se sancionó la Ley 26.657 en 2010, una normativa de avanzada que estableció el cierre definitivo de los manicomios para 2020 y promovió un modelo de atención basado en el respeto, la inclusión y la comunidad (Stolkiner, 2018).

A pesar de este marco legal, las tensiones persisten: la sobre medicalización, el rol del mercado farmacéutico y la falta de dispositivos alternativos siguen siendo obstáculos para una verdadera transformación.

1.3 Uruguay: Reforma, disputa y persistencias manicomiales.

La promulgación de la Ley N.º 19.529 en 2017 y la derogación de la Ley N.º 9.581 o Ley de Asistencia al Psicópata de 1936 marcan un punto de inflexión en la salud mental en Uruguay. Esta normativa materializó años de lucha antimanicomial y proyectó un horizonte comunitario en la atención.

El campo de la salud mental en Uruguay está atravesado por múltiples dimensiones —políticas, éticas, epistemológicas— que complejizan el diseño de políticas públicas. Siguiendo a Barembly (1998), es posible pensarlo como un «campo de fuerzas» donde se entrecruzan líneas heterogéneas, muchas veces en tensión: la lógica biomédica, los derechos humanos, la gestión estatal, las demandas comunitarias (Techera, Andrés; de León, Nelson; et al. 2013 p. 18).

La institucionalización comenzó formalmente con la apertura del Manicomio Nacional en 1880, luego Hospital Vilardebó, acompañado por la creación de la Colonia Etchepare en 1912 como medida ante el hacinamiento. Estas instituciones fueron concebidas como centros de «contención de las capas sociales más vulnerables» (Techera, Andrés; de León, Nelson; et al. 2013 p. 19)

Históricamente, el modelo de atención en Uruguay ha sido dominado por una lógica manicomial, consolidada desde finales del siglo XIX y jurídicamente sostenida por la Ley de Asistencia a psicópatas —se aborda en las próximas páginas.— Este modelo, basado en el encierro, marcó las formas institucionales de cuidado hasta por lo menos finales de los años 60. El Informe Chanoit (1966) ya denunciaba las condiciones inhumanas, y posteriormente el Programa Nacional de Salud Mental (1986) intentaría promover un enfoque más territorial y comunitario.

El sistema se sostuvo durante décadas sobre prácticas de encierro, abandono y medicalización. Según datos aportados por Apud, Techera y Borges (2010), hacia mediados del siglo XX el país registraba «una tasa de internados de 18 pacientes cada diez mil habitantes, una de las más altas del mundo» (Techera, Andrés; de León, Nelson; et al. 2013 p. 19). Recién con el retorno democrático se abrió un nuevo ciclo en las políticas públicas. La elaboración del Programa Nacional de Salud Mental (1986) marcó un cambio discursivo, proponiendo una descentralización del modelo, la incorporación de equipos interdisciplinarios, y el desarrollo de estrategias de atención primaria. No obstante, ya en su diagnóstico inicial, el Programa señalaba que la asistencia psiquiátrica se encontraba «fragmentada, pauperizada y con escasos recursos humanos calificados» (Techera, Andrés; de León, Nelson; et al. 2013 p. 18).

Sin embargo, muchos de estos avances fueron parciales. La psiquiatría biologicista, la centralización institucional y el encierro persistieron como formas dominantes. Informes internacionales, como el de Mental Disability Rights International (1995), denunciaron prácticas abusivas, señalando la necesidad urgente de reformas estructurales, por un lado, constató: el uso de psicofármacos y electroshocks, maltrato hacia lxs internxs, ausencia de personal capacitado y por el otro: recomendó el desarrollo de estrategias alternativas basadas en la comunidad y los derechos humanos. (Techera, Andrés; de León, Nelson; et al. 2013)

Aún con los avances normativos, las prácticas institucionales han seguido reproduciendo lógicas de exclusión. Otros autores alertaron sobre los efectos nocivos de ciertas formas de desmanicomialización, señalando que muchas veces estas responden más a criterios de ajuste fiscal que a una convicción ética. De León y Fernández (1996) denuncian una «desmanicomialización forzada», promovida en nombre del ahorro presupuestal, que terminó en

el cierre de hospitales y la reclusión de usuarios en colonias o directamente en la calle (Techera, Andrés; de León, Nelson; et al. 2013)

Baroni en Una Cartografía Antimanicomial (2024) retoma la denuncia de De León y Fernandez y agrega que el hecho de haber pronunciado «desmanicomialización» y no «desinstitucionalización» fue punta de lanza para visibilizar la situación que externaba a las personas del manicomio y no de otra institución. A su vez, la autora añade el efecto *puerta giratoria* dónde los usuarios realizan un circuito entre internaciones, refugios y la calle, esto devela que el modelo médico-psiquiátrico centrado en la administración de psicofármacos, sin el complemento de intervenciones sociales e integrales, no contribuye a verdaderas mejoras en los procesos de salud. Por el contrario, tiende a reforzar el estigma y la cristalización de la locura como sinónimo de enfermedad, disfunción o peligrosidad, reproduciendo así dispositivos de control y exclusión (Baroni 2024).

En los últimos años la salud mental en Uruguay se ha visto atravesada por un complejo proceso de disputas, entre distintos modelos de abordaje y en el que persisten prácticas manicomializantes sostenidas históricamente por el Estado. En este escenario, el debate en torno a la Ley N° 19.529 constituyó un punto de inflexión, que dejó al descubierto las limitaciones, ambigüedades y contradicciones que continúan presentes en el campo.

En este contexto, la Asamblea Instituyente por la Desmanicomialización y la Vida Digna (AI) emerge en 2012 como un colectivo plural, compuesto por usuarios y usuarias de servicios de salud mental, familiares, profesionales, estudiantes y activistas vinculados al área de los derechos humanos. La AI se organizaba desde una lógica horizontal, privilegiando los espacios de encuentro, escucha y producción colectiva de saberes. Entre 2012 y 2017, impulsaron seis

marchas por la desmanicomialización, organizando desde 2013 los Encuentros Antimanicomiales, que funcionaron como espacios de reflexión crítica, intercambio de experiencias y construcción de alternativas al encierro.

Una escena emblemática que visibilizó las condiciones infrahumanas de encierro en las instituciones psiquiátricas fue el asesinato de Carlos Grecco, un usuario de la Colonia Etchepare, ocurrido en el año 2015 a causa del ataque de una jauría de perros. Este hecho que atentó contra los derechos humanos no sólo evidenció la negligencia estatal, sino que también generó una profunda indignación colectiva al poner de manifiesto la precariedad estructural y el abandono sistemático de los usuarios internados. A partir de entonces, las condiciones de vida dentro de los hospitales psiquiátricos pasaron a ocupar un lugar central en la agenda pública y en la lucha por la desmanicomialización en Uruguay (Rayadx estamos todxs, 2018).

Durante el tercer encuentro antimanicomial en 2015 comenzaron las primeras discusiones en torno a la necesidad de una nueva legislación en salud mental con perspectiva de derechos humanos. Ese mismo año, la AI lanza una campaña de recolección de firmas para promover un proyecto de ley alternativo, inspirado en documentos elaborados por el Ministerio de Salud Pública, los anteproyectos discutidos en otros países de la región y, especialmente, en la Ley 26.657 de Argentina.

En 2016, la AI junto con el colectivo Radio Vilardevoz convocan a conformar la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental, que logra nuclear a más de 50 organizaciones. Sin embargo, el proceso legislativo no estuvo exento de tensiones. A la interna del Parlamento ingresaron dos proyectos distintos: uno elaborado por la AI y otro redactado por el Ministerio de Salud Pública junto con la Sociedad de Psiquiatría. Esta disputa expresa claramente los modelos

en pugna: uno orientado a la abolición del manicomio y a la consolidación de una red comunitaria de cuidados; y otro más vinculado a una perspectiva médica—tradicional, centrada en el diagnóstico, la medicación y el control (Rayadx estamos todxs, 2018).

Organismos internacionales como las Naciones Unidas recomendaron a Uruguay revisar aspectos clave del proyecto oficial, señalando el uso de terminología peyorativa y la falta de un abordaje interdisciplinario acorde a los estándares internacionales. Pese a estas advertencias, la Ley N° 19.529 fue aprobada en agosto de 2017, generando posiciones encontradas: para algunos fue un avance significativo, para otros una oportunidad perdida frente a la posibilidad de un cambio más estructural (Rayadx estamos todxs, 2018).

Tras la aprobación, la Comisión Nacional se disolvió, marcando un cierre de ciclo para muchas de las organizaciones que habían acompañado el proceso. No obstante, la lucha por una salud mental comunitaria, democrática y desmanicomializante continúa activa en diversos espacios: colectivos de usuarios y usuarias, radios comunitarias, redes de familiares, experiencias autogestionadas y algunos dispositivos públicos que sostienen apuestas por fuera del modelo hegemónico.

Para comprender las persistencias que aún atraviesan la plena implementación de la Ley N° 19.529, resulta necesario volver sobre los hilos históricos que la preceden. Ninguna reforma emerge en el vacío: toda transformación hereda lenguajes y estructuras. En el caso de Uruguay, la Ley N° 9.581 de 1936, denominada Asistencia al Psicópata, organizó el campo bajo una mirada biomédica y tutelar. Revisar su contenido permite comprender las continuidades que aún dejan huellas dentro del sistema de salud mental.

La Ley N° 9.581 consolidó un enfoque biomédico y asistencialista, centrado en la identificación,

clasificación y encierro de aquellos considerados *psicópatas* o *locxs*. El lenguaje utilizado era explícitamente estigmatizante y patologizante, cómo se enuncia a continuación:

«Todo enfermo mental indigente o de escasos medios de fortuna o que carezca de protección familiar, y cuya psicosis exija por su peligrosidad un rápido ingreso en un establecimiento psiquiátrico, será admitido sin dilación alguna en los Departamentos de observación, y será considerado como un caso de urgencia, con arreglo al artículo 17.»
(Ley N° 9.581, 1936, Artículo 21)

La internación obligatoria era la principal estrategia de contención y otorgaba a las instituciones un rol de control. La participación de las personas afectadas era nula y los derechos de lxs internadxs eran prácticamente inexistentes. Ese modelo habilitó prácticas que naturalizaron la exclusión, la medicalización intensiva y los abusos institucionales.

La Ley N° 19.529, por el contrario, surge como producto de décadas de lucha antimanicomial, movilización social y experiencias regionales inspiradas en modelos comunitarios como los de Brasil y Argentina. Su enfoque se centra en los derechos humanos, la desmanicomialización y la construcción de dispositivos comunitarios que promueven la autonomía, la inclusión y la participación activa de lxs usuarixs. Esta normativa reconoce la necesidad de un cambio, desplaza la centralidad del encierro hacia estrategias que consideren el contexto de cada persona.

«(Objeto).- La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias

de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.»

(Ley N°19.529, 2017, Artículo 1)

Lo que se enuncia en los párrafos anteriores permite comprender no sólo un cambio formal en la normativa, sino también en la continuidad de ciertas problemáticas: mientras que la Ley N° 9.581 consolidó las lógicas que mencionamos anteriormente, la Ley N° 19.529 intenta desarmarlas, mientras convive con experiencias y estructuras que obstaculizan su plena implementación. Aún persiste una distancia entre el marco legal y el ejercicio de la vida cotidiana. La desmanicomialización es un proceso dinámico, disruptivo y reformador, el cual exige recursos adecuados, compromiso de los entes que regulan la normativa y articulación de prácticas comunitarias, participación activa y cuestionamiento constante de los dispositivos de poder que atraviesan el campo de la salud mental.

Sin embargo, a casi una década de su elaboración, **la Ley N° 19.529 no ha sido implementada de manera integral**, Dotti (2024) señala que aún subsisten estructuras institucionales heredadas del modelo manicomial, y que la escasez de recursos materiales y humanos obstaculiza la creación de dispositivos territoriales. En el mismo sentido se planteó en la conferencia inaugural de 2025 de la Facultad de Psicología, dictada por los docentes Ana Luz Protesoni y Fernando Texeira bajo el título: *Otros mundos posibles: aportes para la elucidación sobre el campo de la salud mental* (Protesoni y Texeira, 2025), la distancia entre lo establecido en el texto de la Ley N° 19.529 y las condiciones materiales de vida de las personas con sufrimiento psíquico continúa siendo abismal. Persisten los encierros prolongados, la falta de dispositivos comunitarios de calidad y la escasa participación de los usuarios en la construcción de políticas públicas.

Asimismo, la formulación dominante de la noción de *salud mental tiende* a homogeneizar experiencias muy diversas, invisibilizando los factores sociales, económicos y culturales que producen y sostienen el malestar.

Desde este recorrido, se propone repensar el campo no solo desde el lugar del síntoma o la enfermedad, sino **desde las condiciones estructurales que reproducen el padecimiento psíquico**, reconociendo las violencias institucionales que aún se ejercen sobre los cuerpos que no encajan en los márgenes de la normalidad. La desmanicomialización, en este sentido, no puede entenderse como un simple cierre de instituciones, sino como un proceso político, ético y afectivo de transformación de los modos de habitar, de cuidar y de vincularse en la diferencia.

Capítulo 2: Imprecisa: salud mental y locuras

Este capítulo propone un recorrido por los modos en que, a lo largo del tiempo, la sociedad ha comprendido, gestionado y nombrado la llamada *locura*, así como las transformaciones que dieron lugar a la noción moderna de *salud mental*.

Transitar esas disputas conceptuales, supone dialogar con distintos autores para situar cómo se ha pensado la *locura*, qué implicancias ha tenido la construcción de la categoría de *salud mental* y de qué manera estos discursos han incidido en la conformación de prácticas, saberes y formas de vivenciar el mundo, que lejos de constituir un reemplazo lineal, ambas categorías conviven en la actualidad —entrelazadas, convergentes y sustituidas una a la otra—

Este apartado está organizado en tres secciones. En primer lugar, se abordan los modos históricos de comprensión de la *locura*, siguiendo el recorrido de autores como Foucault, Castel y Goffman. A su vez en esta lectura, la locura se piensa como experiencia singular y como caso ejemplo, retomo la figura poética de Alcira Soust Scaffo, para enunciar los límites del discurso psíquico. En segundo lugar se examina la emergencia del concepto de salud mental, que se consolida en el siglo XX como un nuevo marco de intervención y cuidado, pero también como una forma de reorganizar la normalidad. Finalmente se examina el cruce entre ambas nociones, observando como la salud mental puede silenciar la locura dentro de su propio discurso, convirtiéndola en objeto de tratamiento o de gestión institucional.

El propósito de este capítulo no es oponer *salud mental* y *locura*, sino mostrar su continuidad: cómo la segunda sobrevive, transformada, dentro del lenguaje de la primera. En ese entramado, se busca interrogar qué lugar ocupa hoy la locura en las prácticas contemporáneas, y que posibilidades existen de pensar una salud mental que no se construya sobre su exclusión.

2.1 Locura

Se podría escribir infinitas páginas sobre ella, miles de producciones académicas han intentado definirla, comprenderla y en muchos casos, controlarla. Entre nosotros, mis lectores y quién escribe, propongo una pregunta —bastante simple, pero compleja en su alcance:—**¿qué entendemos cuándo enunciamos la palabra locura?** Sé que cada uno de ustedes tendrá su propia respuesta. A continuación, me gustaría compartir la mía. Tal vez no haya una sola definición posible: ¿es una experiencia, una diferencia, una amenaza, una enfermedad, una condición, que incomoda porque no encaja en el orden social? Estas preguntas, lejos de buscar una respuesta única, nos invitan a recorrer los modos en que distintas épocas conceptualizaron la locura, desde adorarla hasta temerla, desde escucharla hasta intentar domesticarla.

El recorrido histórico y teórico que sigue busca mostrar que la locura no es un hecho natural ni un simple diagnóstico clínico, sino que es una **construcción histórica y social**, atravesada por discursos, instituciones y relaciones de poder.

Si la locura fue objeto de encierro, medicalización y exclusión, ¿qué lugar ocupa hoy la salud mental en esta ecuación? ¿podemos pensarla como un avance hacia el bienestar, o como un nuevo dispositivo de normalización? Para abordar estas preguntas, intento dialogar con Foucault, Goffman y Castel—no para repetirlos, ya que son bastante clásicos, sino para traer sus ideas al presente y confrontarlas con las prácticas actuales—.

La locura ha sido entendida a lo largo de la historia, de múltiples formas, interpretaciones y abordajes. En los discursos hegemónicos se la ha vinculado con la alteridad, la peligrosidad o la desviación social, ubicándola como aquello que debía ser excluido, normalizado o curado.

Sin embargo, la locura no puede entenderse como un fenómeno estático: es una construcción histórica, cultural y política, que revela tanto sobre el corpus que la definen como sobre las

personas que la encarnan. Es este un camino sinuoso, donde se entrecruzan representaciones sociales, prácticas de exclusión y formas de saber—poder.

Foucault (1967) mostró cómo a partir del siglo XVII, la sociedad europea desarrolló un régimen de encierro que confinó a los alienados —así se los llamaba en aquel entonces— junto con otros considerados desviados, inaugurando un modelo de exclusión que se consolidó con el manicomio. En este sentido, la locura no se define sólo como una condición del sujeto, sino como una categoría social, que permite controlar y dividir a quienes no se ajustan a la norma.

En la Edad Media, el loco ocupaba un lugar ambivalente: objeto de burla, superstición y miedo, pero también mediador entre lo humano y lo divino. Foucault (1967) en *Historia de la locura en la época clásica*, muestra cómo, tras la desaparición de la lepra, la sociedad europea, desplazó el lugar del excluido hacia la figura del loco. La segregación de la mente desviada.

«La lepra se retira, abandonando lugares y ritos que no estaban destinados a suprimirla, sino a mantenerla a una distancia, sagrada, a fijarla en una exaltación inversa....permanecerá el sentido de su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se puede apartar sin haber trazado antes alrededor de ella un círculo de exclusión» (Foucault, 1967 p. 16-17)

Podría pensarse que, al desaparecer la lepra, su vacío dejó un espacio simbólico libre, una especie de territorio del miedo que exigía ser habitado nuevamente. La locura ocupa ese lugar. Allí donde antes se confinaba el cuerpo leproso, ahora se aísla la mente desviada. El manicomio hereda la función simbólica del leproso: no tanto curar, sino separar; no tanto sanar sino marcar una frontera entre lo puro e impuro, entre lo normal y lo anómalo. En este pasaje histórico, la exclusión se racionaliza: lo que antes era un gesto religioso de purificación, se convierte en un gesto médico de protección y control. Así el loco sucede al leproso como figura

del límite social. Ya no es portador de una enfermedad contagiosa, sino de una alteridad peligrosa; ya no se trata de aislar un cuerpo, sino una palabra que desborda. En ambos casos, sin embargo, la operación es la misma: **mantener la diferencia en un afuera regulado**, una exterioridad necesaria para afirmar la identidad del orden.

En los albores de la Modernidad, esta nueva figura del excluido comienza a ocupar también el imaginario cultural. La locura se convierte en metáfora del desvío y del exilio pero también un espejo que devuelve a la sociedad a su propio límite. En el Renacimiento, esta ambigüedad se condensa en la imagen de *La nave de los locos*⁸: eran expulsados de la ciudad y lanzados al río, sin lugar fijo, convertidos en figura errante del límite entre razón y sinrazón.

Con la llegada de la Modernidad, la razón se erigió como principio rector y la locura pasó a definirse por contraste con ella. Foucault muestra cómo los locos heredaron la exclusión que antes recaía sobre los leprosos: donde antes se separaba el cuerpo enfermo, ahora se aislaba la mente desviada. El encierro se justificó bajo el discurso de la protección, pero en realidad funcionó como mecanismo de control social: **proteger y vigilar** se volvieron acciones inseparables.

Durante los siglos XVII y XVIII, el llamado gran encierro reunió en instituciones a pobres, vagabundos, prostitutas y locos bajo un mismo régimen. El objetivo no era curar, sino moralizar, corregir, controlar. El manicomio, más que institución sanitaria, se consolidó como **dispositivo disciplinario** (Foucault 2005), donde la vigilancia y la obediencia reemplazaron a la escucha.

En el siglo XIX, la psiquiatría se erigió como saber científico y la locura se medicalizó: dejó de ser *pecado o delirio* para convertirse en *enfermedad mental*. Robert Castel (2009) advierte que

⁸ Durante el final de la Edad Media, se difundió en Europa la figura de la «Nave de los locos» (*stultifera navis*), emblema de la exclusión de quienes eran considerados insanos. Tal como describe Follari (2020), las ciudades se deshacían de los «locos» embarcándolos y dejándolos a la deriva, bajo la idea de preservar el orden y la tranquilidad social. Foucault (1967) retomará esta imagen como metáfora inaugural del exilio y la marginación de la locura en la modernidad.

esta medicalización no se limitó al hospital, sino que se expandió como forma de gestión de poblaciones y administración del riesgo social, el lenguaje de la ciencia legitimó la exclusión, bajo la apariencia del cuidado.

El siglo XX, sin embargo, abrió fisuras. Recordemos que en el anterior capítulo el movimiento de la antipsiquiatría denunció la violencia institucional y Basaglia impulsó el cierre de los hospitales psiquiátricos en Italia (ver anexo), promoviendo prácticas comunitarias. Erving Goffman (1988) en su ensayo *Internados* estudió las instituciones totales, describiendo los procesos de despersonalización y estigmatización que padecen los internos, caracterizando al manicomio como una *institución total*: un espacio que despoja a los individuos de su identidad, regimentando cada aspecto de su vida.

El manicomio, entonces, se presentó como un lugar de cura, como de degradación subjetiva: **una maquinaria que producía obediencia bajo la máscara del tratamiento**. La locura, entonces, se construye también en la interacción social, a través de etiquetas y prácticas que reducen a la persona a su condición de paciente.

La conferencia «*La relación entre locura y literatura: propuesta para un lectura crítica*» dictada por Estefanía Pagano en 2025 propone pensar la locura como una experiencia del límite del lenguaje: allí plantea que la locura es la experiencia del desgarramiento de la lengua, es decir, el punto donde el discurso se rompe, donde el sujeto hablante ya no encuentra mediación posible entre sí mismo y el ideal simbólico. Pero ese desgarramiento no implica vacío sino una forma singular de verdad. Esa lectura rescata la dimensión creadora de la locura: no como negación del sentido, sino como posibilidad de inventarlo.

El psicoanálisis, en concreto la lectura de Lacan (1953), propone una mirada distinta a la planteada desde términos hegemónicos: un modo singular de existencia, ligado al lenguaje y a la

relación con el Otro cuándo los lazos simbólicos se fracturan. **La locura no es una falla, sino una forma particular de habitar el mundo cuando las coordenadas comunes ya no alcanzan.**

Esta mirada invita a pensar que la locura no sólo irrumpe en el lenguaje, sino que es lenguaje; un modo singular de decir, de existir, de sostenerse frente a un mundo que muchas veces expulsa.

En este sentido, experiencias como la poeta Alcira Soust Scaffo⁹, recuperadas en la tesis doctoral de Estefanía Pagano (2023), permiten entrever la potencia política y poética de la locura: un gesto de resistencia ante un orden que pretende domesticar la palabra. Alcira encarna la locura no como enfermedad sino como acto de escritura que desborda toda norma. Como señala Pagano (2023), su palabra se vuelve lugar de existencia, una forma de habitar el exilio desde el lenguaje, la locura como soporte de vida.

Pensar la locura desde Alcira es también pensar la posibilidad de una ética del lenguaje: una ética que busca alojar; que no traduce el delirio, sino que lo escucha en su potencia de sentido. Así la salud mental—enunciada en las próximas páginas—, en tanto campo de prácticas y discursos se enfrenta a una pregunta ineludible: ¿Estamos dispuestxs a escuchar esos otros modos de hablar y de vivir que desafían nuestra idea de cotidianeidad? Responder a esa pregunta implica reconocer que la locura desde el caso de Alcira, más que un desvío a corregir, es una experiencia que interpela las fronteras mismas de lo humano. Si el psicoanálisis en su lectura más radical, busca alojar lo singular del sujeto, entonces su desafío ético reside en no suturar esa diferencia, sino en sostenerla.

Alcira, con su gesto poético y su palabra desbordante, nos recuerda que hay modos de existir que no caben en los moldes de la razón ni de la salud mental institucionalizada. Escuchar la

⁹ Alcira Soust Scaffo: Poeta y maestra uruguaya radicada en México. Nació en Durazno en 1924. Atravesó el encierro y la exclusión, transformó la palabra en espacio de existencia.

locura—en su dimensión de lenguaje y de verdad—no es solo un acto clínico, sino también político: un modo de abrir espacio a aquello que la norma calla, de afirmar la potencia de la palabra allí donde el discurso social ve un vacío o un exceso.

En definitiva, la locura no puede pensarse como un estado individual ni como un mero objeto de saber. Es una experiencia que se produce en la relación entre los cuerpos, los discursos y las instituciones. En cada época adopta un nuevo rostro, pero conserva su potencia de interpelar lo que puede entenderse por razón, orden o humanidad.

Para comprender cómo esta experiencia fue adquiriendo distintos rostros y significados, resulta necesario volver sobre su genealogía: revisar los momentos en que la locura fue expulsada, silenciada o traducida en enfermedad. Ese recorrido histórico —el cual se narra a continuación— permitirá entender cómo la locura, lejos de desaparecer, se transformó bajo nuevas formas de control y de discurso.

2.2 Del encierro al control: la salud mental contemporánea

La noción de *salud mental* emerge tras la Segunda Guerra Mundial, impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define a la salud mental como: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1950). Esta formulación promueve una visión más integral del bienestar, que incluye las dimensiones psicológicas, sociales y comunitarias. Sin embargo, en su aparente neutralidad, también introduce un ideal de normalidad difícil de sostener: las campañas globales que hablan de cuidar la mente, suelen ir acompañadas de una exigencia de sostenerse individualmente en contextos de precariedad social. **El bienestar se convierte en obligación y mandato.**

En América Latina, y particularmente en Uruguay, el término *salud mental* se incorpora a mediados del siglo XX, en políticas públicas y discursos profesionales.

No obstante, el cambio de términos no garantiza una verdadera transformación. Si no es acompañada de cambios estructurales y comunitarios, hablar de salud mental puede encubrir la persistencia de prácticas asociadas al manicomio y a la medicalización. La categoría de salud mental más que un campo clínico puede leerse como un dispositivo social, que define los límites entre lo normal y lo anómalo. Al establecer parámetros de equilibrio, adaptación y funcionalidad cualquier conducta que se aparte de esos parámetros corre el riesgo de ser patologizada.

En las últimas décadas, el paradigma de la *salud mental* se presenta como superación del modelo asilar. Sustituye el encierro por la atención comunitaria, el castigo por el acompañamiento, la exclusión por la inclusión. Sin embargo esta noción no está exenta de ambigüedades: por un lado, promueve el bienestar y los derechos; por otro, puede **funcionar como un nuevo rostro del control**, donde la libertad se regula a través del lenguaje de la prevención y la autorregulación.

Castel y Foucault coinciden en que los dispositivos de poder se transforman, pero no desaparecen. Allí donde antes había muros, hoy hay protocolos; donde había encierro, hay seguimiento; donde había castigo hay *tratamiento*. La salud mental se inscribe así en una lógica biopolítica: define estándares de normalidad, productividad y resiliencia que se convierten en imperativos morales.

En Uruguay, la Ley N. 19.529 —como se mencionó en el anterior capítulo—, reconoce la salud mental como derecho humano y orienta hacia la desmanicomialización. Sin embargo, entre el texto legal y la práctica cotidiana persiste una brecha profunda. Las instituciones psiquiátricas continúan operando bajo lógicas de encierro y tutela, mientras que los dispositivos comunitarios—aunque vitales—sobreviven con recursos escasos y marcos inestables.

Hasta hace poco, el país mantenía un modelo fuertemente asilar, donde el encierro seguía siendo la respuesta frente a la diferencia, sin embargo éste modelo, se configuró.

Siguiendo a Foucault (1976) y la noción del control de los cuerpos, no se trata de encerrar a unos pocos considerados *locxs*, sino de intervenir sobre la población en general, regulando los cuerpos y modos de vivir.

En el contexto uruguayo, la coexistencia de discursos y prácticas evidencia estas tensiones. Si bien el marco normativo promueve la inclusión y la rehabilitación psicosocial, en la práctica persisten residuos manicomiales y discursos psiquiatrizantes que limitan la autonomía de los usuarios. Esto nos permite plantear interrogantes centrales: ¿la noción de salud mental habilita realmente nuevas prácticas emancipadoras o se limita a reproducir viejas lógicas bajo un nombre diferente? ¿cómo evitar disfrazar estos dispositivos de control y estigma bajo un lenguaje de derechos? y ¿qué lugar ocupa la rehabilitación psicosocial frente a estas discrepancias?

Aunque el camino hacia la desmanicomialización es lento y lleno de contradicciones, existen experiencias que abren grietas en el modelo hegemónico. Una de ellas es el programa impulsado por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República en articulación con Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias Sociales, coordinado por Ana Luz Protesoni y Fernando Texeira (Facultad de Psicología, 2024). Este proyecto propone integrar la atención en salud mental dentro del hospital, reconociendo que el cuidado no debe circunscribirse a espacios cerrados, sino articularse con la vida cotidiana. El programa articula distintos niveles de atención—desde la urgencia hasta el hospital de día y la atención ambulatoria—, generando una red que evita la fragmentación del cuidado. En este modelo, el hospital de día se configura como un espacio intermedio, un puente entre la internación y la comunidad. Allí la rehabilitación no se reduce a estabilizar síntomas sino a reconstruir lazos, recuperar proyectos y fortalecer la autonomía.

Además la propuesta incorpora una dimensión participativa y horizontal: los usuarios, familiares y equipos interdisciplinarios se integran activamente, desplazando el eje del control hacia el encuentro. Estas experiencias no sustituyen las políticas estructurales, pero hacen apertura de otros espacios dentro de las instituciones tradicionales, así se convierte en un modo de **habitar la salud mental en compañía de la locura**.

2.3 Desplazada: la locura entra en la salud mental

Si la historia de la locura puede pensarse como una genealogía de exclusiones, la salud mental puede representar el intento moderno por domesticarla. Durante siglos, la locura habló en diversos lenguajes —teológicos, morales, poéticos— pero el discurso psiquiátrico tradujo esa multiplicidad en una gramática del síntoma. La salud mental, como paradigma contemporáneo, reorganizó el campo semántico: ya no hay *locxs*, sino *usuarios*, *pacientes*, *personas con padecimientos mentales*. Este cambio terminológico, aunque busca desterrar el estigma, también desplaza la locura del lenguaje: la hace indecible bajo su propio nombre.

En Uruguay, este desplazamiento conceptual tuvo su propio recorrido. A mediados del siglo XIX, el término *salud mental* comenzó a reemplazar progresivamente al de *higiene mental*, en consonancia con las recomendaciones de la OMS (Pagano, 2025). Ese cambio de nomenclatura instaló una nueva retórica: se pasó de la corrección moral y el aislamiento a la idea de prevención y equilibrio psíquico. Sin embargo, las estructuras de poder sobre los cuerpos permanecieron casi intactas.

El reemplazo no fue sólo lingüístico, sino simbólico: implicó un silenciamiento. La locura fue absorbida por un lenguaje técnico que prometía cuidado, pero mantuvo la función de control. En palabras de Pagano (2025) «La locura es ante todo un fenómeno social, con distintos

atravesamientos. Un modo de habitar la vida, un modo de hacer con el dolor, un modo de ser con el dolor y una posible resolución, un modo de existencia»

Hablar de Salud Mental supone hablar desde un punto de vista institucional, donde las experiencias de desborde se traducen a categorías diagnósticas. lo que antes encerraba, ahora se gestiona; lo que antes se castigaba, ahora se normaliza.

¿Qué se pierde en ese tránsito? Quizás la posibilidad de nombrar la experiencia sin domesticarla. de reconocer la locura como potencia, como modo singular de decir lo indecible, como territorio donde la razón se quiebra, pero también se reinventa.

En este punto resulta ineludible retomar la figura poética de Alcira Soust Scaffo (Pagano, 2023), quién encarna esa forma de existencia que desborda toda norma. Su palabra, atravesada por la falta y la lucidez, no busca comunicar sino sostener: escribir para no desaparecer. Allí donde el discurso de la salud mental busca coherencia, Alcira produce exceso; donde el discurso institucional pretende ordenar, su poesía irrumpe. Su gesto poético recuerda que hay modos de existir que no caben en los moldes de la razón ni en las taxonomías del saber psi. Escuchar la locura —en su dimensión de lenguaje y de verdad— cómo escribí anteriormente: no es sólo un acto clínico, sino también político: abrir espacio a lo que la norma calla, afirmar la potencia del decir allí donde el discurso hegemónico, sólo ve un síntoma. ¿Estamos dispuestos a escuchar esos modos de hablar y de vivir que desafían nuestra idea de normalidad? Responder esa pregunta exige reconocer que la locura más que un desvío a corregir es una experiencia que interpela las fronteras mismas de lo humano.

Así la salud mental, se enfrenta su propio límite: aquello que no puede nombrar sin reducirlo. La locura, en cambio nombra ese resto irreductible, esa zona del humano que resiste ser traducida. Y

es justamente allí donde reside su potencia: en recordarnos que toda razón se define a partir de su sombra (que deviene luz), que todo orden necesita de su margen.

2.4 Nudos

El recorrido histórico y teórico no ofrece respuestas cerradas, sino preguntas que invitan a pensar.

¿La salud mental habilita realmente prácticas emancipadoras o puede encubrir viejas formas de control bajo un nuevo lenguaje?

¿Cómo evitar que el discurso de los derechos se vuelva un disfraz del estigma?

¿Qué lugar ocupa la rehabilitación psicosocial en este escenario de tensiones?

Estas interrogantes se enredan entre sí, como hilos que no pueden separarse del todo. La locura, la salud mental, el cuidado, el control: cada concepto lleva consigo una trama de sentidos que se entrecruzan y a veces se contradicen.

Pensar los nudos es reconocer que, incluso cuando el lenguaje cambia, ciertas lógicas persisten. El encierro se disfraza de acompañamiento, la tutela se reviste de cuidado, la obediencia se traduce en «adhesión al tratamiento». La salud mental, en su voluntad de inclusión, corre el riesgo de repetir aquello que buscaba superar. Lo que antes se hacía con muros, hoy se hace con protocolos; lo que antes se imponía con rejas, hoy se regula con discursos del bienestar. Sin embargo, en esos pliegues donde el control intenta sostenerse, también emergen fisuras. En las prácticas comunitarias, en los espacios intermedios —como el hospital de día o las iniciativas colectivas de rehabilitación psicosocial— aparecen otros modos de hacer y de decir. Allí la locura no es objeto de tratamiento, sino presencia que interpela.

Tal vez la tarea no consista en eliminar la locura, sino en aprender a hospedarla; dejar que su palabra irrumpa y transforme el modo en que la entendemos.

Quizás los nudos no estén para desatarse, sino para pensarse. Porque en ese enredo mismo, se juega la posibilidad de una ética del cuidado que no tema al desborde, y que haga de la escucha un gesto político.

Capítulo 3: Rehabilitación: entre el control y el encuentro

Desde esta perspectiva, me interesa pensar la rehabilitación no como un conjunto de técnicas o protocolos, sino como una práctica social que produce subjetividad y vínculos. A lo largo de este capítulo, propongo recorrer sus sentidos históricos y políticos, atendiendo a la tensión entre control y posibilidad, y ensayando una lectura que recupere su dimensión afectiva, comunitaria y desmanicomial.

3.1 Rehabilitación como dispositivo.

La palabra rehabilitación resuena en el campo de la salud mental como una promesa. Promesa de reintegración, de mejora, de volver a un supuesto orden. Sin embargo, cuando se la observa detenidamente, esa promesa puede desdibujarse: ¿rehabilitar para qué, para quién, bajo qué criterios de normalidad? Estas preguntas nos conducen a revisar los sentidos históricos y las prácticas que este término convoca, comprendiendo que toda forma de intervención en la locura produce subjetividad, delimita modos de ser y define los contornos de lo que se considera una vida posible.

La rehabilitación, aunque bajo un ropaje distinto, emerge como heredera del manicomio. Si antes se confinaba en nombre de la protección y el orden, hoy se habilitan programas y evaluaciones que prometen una suerte de inclusión. Sin embargo, muchas veces se sostienen las mismas lógicas de control, solo que desplazadas hacia nuevos escenarios. Pensada desde Foucault (1975), la rehabilitación puede leerse como un dispositivo: organiza tiempos, distribuye cuerpos, moldea comportamientos. Sus técnicas no se reducen a encerrar, sino a administrar vidas bajo la consigna de la integración social. El lenguaje del cuidado convive con el de la vigilancia. El sujeto que se

rehabilita es aquel que aprende a ajustarse, a volverse funcional dentro de un tejido social que lo había expulsado.

Entre la tensión de la emancipación y la normalización habitan las prácticas concretas. Hay espacios de encuentro y de red que posibilitan resistencias y vínculos comunitarios; hay intentos de sostener la vida más allá del encierro manicomial. Pero también se despliega la exigencia de la adaptación: rehabilitarse se vuelve sinónimo de obedecer, de regular emociones, de aceptar un orden. Como si la salud mental se midiera en la capacidad de volverse dócil.

La Ley N° 19.529 inscribe la rehabilitación como horizonte de derechos. Sin embargo, su implementación revela fisuras: falta de recursos, precariedad en los dispositivos comunitarios, permanencia de prácticas institucionales que reproducen el aislamiento (Del Castillo, Villar, Dogmanas, 2011). En muchos casos, la rehabilitación aparece más como discurso que como transformación, como si lo manicomial hubiese aprendido a esconderse detrás de nuevas palabras. Más que una alternativa cerrada, la rehabilitación se vuelve un territorio ambiguo donde el deseo de transformar convive con la inercia de repetir lo mismo bajo otros nombres. En esa encrucijada, las experiencias situadas —como el Espacio de Formación Integral: «Taller abierto de lectura, interpretación y creación en torno a literaturas no realistas, insólitas y fantásticas en el Hospital Vilardebó» desarrollado en el 2016, 2017, 2018 y 2019 — ensayan otra orientación: una práctica de derechos, de escucha y de vínculo que desborda la readaptación y reconfigura la investigación, la enseñanza y el cuidado (Cabrera Rodríguez, Pagano Artigas y Vázquez, 2019).

Desde la mirada de Guattari y Rolnik (2006), podríamos decir que la rehabilitación se juega entre dos pulsiones: la del control, que captura y normaliza los modos de vida, y la del deseo, que inventa nuevas formas de existencia. En esa tensión se define su potencia política. Tal vez la

cuestión no sea «rehabilitar sí o no», sino cómo desarmar los hilos que atan la rehabilitación al control y cómo tejer otros que habiliten diferencias, multiplicidades, vidas posibles.

Reconocer la ambigüedad que atraviesa la noción de rehabilitación es necesaria para no romantizarla como salvación pero tampoco para desecharla como simple mecanismo de dominación.

3.2 Rehabilitar desde los afectos: hacia una práctica antimanicomial

Desde una perspectiva crítica y antimanicomial, la rehabilitación no puede limitarse a restaurar un orden previo. Se concibe, más bien, como un proceso de reconstrucción de la subjetividad y de los lazos sociales, orientado a posibilitar que las personas ejerzan su autonomía y participen en la comunidad de manera plena y singular. En lugar de centrar en el déficit, este enfoque parte del reconocimiento de las potencialidades, deseos y derechos de quienes atraviesan experiencias de padecimiento psíquico.

La definición de la OMS sostiene que la rehabilitación busca «optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con condiciones de salud en interacción con su entorno» (OMS, 2024). Aunque esta formulación introduce una mirada más amplia que la meramente clínica, sigue anclada en la idea de *recuperar* o *restaurar* una funcionalidad medida en términos de productividad y ajuste social.

En su sentido más clásico, la rehabilitación psicosocial fue definida desde un marco técnico, vinculado al paradigma biopsicosocial y al horizonte de la normalización. Florit-Robles (2006) la describe como un proceso integral destinado a ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial. El

objetivo, señala, es alcanzar condiciones de vida «lo más normalizadas e independientes posibles» (p. 227), mediante la participación activa del sujeto y el trabajo coordinado de distintos dispositivos y redes institucionales. Desde este enfoque, rehabilitar implica desarrollar habilidades, fortalecer la autonomía y facilitar la inclusión social dentro de la comunidad.

Pensada desde una mirada genealógica, la rehabilitación se presenta como un campo atravesado por tensiones. Deleuze y Guattari (1994) plantean que los procesos sociales no se organizan de manera lineal, sino como rizomas: múltiples, entrelazados, cambiantes. En ese sentido, hablar de rehabilitación es también hablar de relaciones de poder, de instituciones, de discursos que moldean cuerpos y deseos. Pero es, a la vez, una oportunidad para trazar otras cartografías, para pensar en modos de acompañar que no se reduzcan al control ni a la mera adaptación.

Franca Ongaro Basaglia, en diálogo con el movimiento de la antipsiquiatría, subrayó que la locura debía ser comprendida en su dimensión existencial y no como una falla individual. Su obra, muchas veces eclipsada por la figura de Franco Basaglia, amplió el horizonte del pensamiento desmanicomial al visibilizar el lugar de las mujeres dentro de la psiquiatría y la doble opresión que sufrían: por el diagnóstico y por el patriarcado. Para Ongaro y Kanoussi (1985), la verdadera transformación no consistía en sustituir instituciones, sino en poner en crisis las estructuras de poder que las sostienen. Desde esta perspectiva, la rehabilitación no debería aspirar a normalizar, sino a abrir espacios donde las diferencias puedan sostenerse. Como señala Luzardo (2024), en los procesos de rehabilitación psicosocial cuando se utiliza «el arte como herramienta terapéutica, los objetivos se centran en el reencuentro con el bienestar, el desarrollo de la espontaneidad y la autonomía.» (p.11). Esa afirmación invita a pensar la rehabilitación

como una práctica de encuentro, donde los vínculos, los afectos y las creaciones colectivas se transforman en gestos de resistencia frente a las lógicas de homogeneización.

Natalia Laino (2024) propone una *cartografía afectiva* como forma de aproximarse a los territorios del encierro y sus fronteras. En su investigación sobre lo carcelario, plantea que «la vida-cuerpo-tesis se entremezclan, se pliegan, se continúan» (p. 13). Esta idea puede trasladarse al campo de la salud mental: las fronteras entre la rehabilitación, el cuidado y la vida cotidiana no son fijas, sino que se mueven, se tocan, se contaminan. La rehabilitación, entonces, puede pensarse como un territorio intermedio, un pliegue donde se entrelazan los intentos por reparar y las potencias por reinventar.

Las experiencias que emergen de los espacios comunitarios muestran que la rehabilitación puede convertirse en un gesto creativo. En lugar de reinsertar a alguien en un orden previo, se trata de componer un orden nuevo, donde lo diverso no sea excepción sino principio. Como sugiere Laino (2024), «cartografiar es ampliar la mirada, la escucha y las fronteras» (p. 16). Rehabilitar, desde esta clave, sería cartografiar: trazar recorridos que no buscan corregir, sino acompañar los desvíos, dar lugar a lo inesperado, a lo que se escapa.

En los dispositivos comunitarios de Uruguay —como los Centros Diurnos o los talleres artísticos descritos por Luzardo— la rehabilitación se construye cotidianamente entre cuerpos y vínculos. Allí la palabra, el gesto y la creación comparten el mismo espacio. Las prácticas artísticas, los grupos y las asambleas funcionan como modos de habitar la locura sin reducirla. «El taller de Hilorama actúa como conexión entre los talleres, desplegando varios hilos que ofrecen una mirada múltiple» (Luzardo, 2024, p. 5). Esos hilos, metáfora del tejido común, permiten pensar la rehabilitación como una red que se trama y destrama constantemente.

Foucault (1984) advertía que el poder no solo reprime, también produce realidades. La rehabilitación, en tanto dispositivo, produce modos de existencia, define qué es lo recuperable y qué queda fuera de los márgenes de lo posible. Reconocerlo implica asumir que no existe una práctica neutral. Pero esa conciencia no es parálisis, sino condición de apertura. Rehabilitar puede ser, entonces, una forma de acompañar sin clausurar, de sostener sin domesticar.

El desafío consiste en desarmar las categorías cerradas que han colonizado el campo de la salud mental. Cuando se reemplaza la palabra locura por salud mental, muchas veces se neutraliza su potencia. Como mencioné anteriormente: hablar de rehabilitación es para mí hablar de locura, de derechos, de cuerpos, de instituciones, de vínculos. Esa afirmación condensa el espíritu de esta búsqueda: comprender que lo que está en juego no es solo una técnica, sino una forma de pensar la vida.

Quizá la rehabilitación, lejos de ser un proceso lineal, sea una forma de lenguaje. Un lenguaje que se teje con silencios, gestos, palabras y presencias. Un lenguaje que, como el arte, se rehace a sí mismo en cada encuentro. En ese sentido, las cartografías de la rehabilitación no buscan trazar caminos seguros, sino acompañar las derivas del deseo, las pequeñas fugas que permiten imaginar otras formas de habitar el mundo.

A modo de concluir: reparar los tejidos, encontrarse en la trama.

El título de este apartado tiene la función de cerrar o sintetizar las preguntas que bordean la rehabilitación, pero no se detiene en ella. Se adentra en las zonas donde la locura y el cuidado se encuentran, donde la vida insiste incluso cuando los lenguajes del sistema no alcanzan para nombrarla. Desde allí, reconoce la necesidad de disputar los sentidos que atraviesan el campo de la salud mental: de un dispositivo que históricamente normalizó y silenció a las locuras, hacia una práctica que contribuya a recomponer lazos y sostener existencias singulares en comunidad.

Este ensayo académico está escrito desde una preocupación ética y política: ¿qué lugar se le da a *la locura* cuando hablamos de *rehabilitación*? A través de un recorrido histórico conceptual se puede decir que la *locura* no desapareció con la llegada del paradigma de *salud mental*, sino que fue re semantizada, traducida y muchas veces silenciada, bajo categorías que prometen inclusión, cuidados y participación, pero que también pueden transformar la singularidad en una forma de adaptación obligatoria. La salud mental constituye hoy un territorio ambivalente: sostiene marcos de derechos indispensables, pero a la vez, puede producir dispositivos de regulación que administran la vida bajo la consigna del bienestar. En esta tensión se juega la posibilidad de una **desmanicomialización afectiva**: la pregunta no es si sólo se debe abandonar el manicomio como institución, sino si podemos renunciar a las lógicas que lo hicieron posible. La rehabilitación psicosocial como parte central de este campo, se encuentra atravesada por la misma disputa: puede funcionar como una herramienta de control cuando busca ajustar la subjetividad a parámetros de normalidad; o puede convertirse en una práctica política de acompañamiento, que reconoce al *desborde como posibilidad* y no como déficit. Siguiendo la perspectiva de la política afectiva (Teles, 2009), rehabilitar implica atender a los afectos y no sólo a las afecciones:

recomponer lazos, sostener presencias, generar tramas. Se trata de tejer con otrxs, aquello que la exclusión ha roto, su potencia radica en sostener.

Este TFG sostiene que *las tramas indóciles* no son un error a corregir: cuando la locura insiste, lo hace como forma de existencia que revela los límites del orden, sus puntos ciegos y sus injusticias. Nombrarla, alojarla, acompañarla sin domesticarla constituye un desafío ético que interpela tanto las instituciones como a quienes trabajan en el campo de la salud mental. Tal vez la pregunta no sea cómo reinsertar la locura en la sociedad sino cómo permitir que su presencia transforme la trama social. Una rehabilitación verdaderamente antimanicomial no consiste en enseñar a vivir obedeciendo sino en habilitar a que cada vida encuentre sus propios hilos: los que la sostienen, los que la conectan, los que la inventan.

En Uruguay, dónde la Ley N° 19.529 continúa luchando por materializarse en territorios concretos, pensar la rehabilitación como política afectiva es urgente y necesario. Las transformaciones se juegan en los encuentros que reponen a cada persona un lugar en el mundo. Si la rehabilitación no interroga sus propios supuestos, si no desplaza la lógica manicomial que aún persiste en las prácticas e instituciones, sólo reproducirá el control con otro nombre. Apostar por una rehabilitación emancipadora, exige sostener la esencia de la singularidad y hacer del cuidado una trama compartida. Tal vez el desafío sea que la rehabilitación no se convierta en la nueva cara del encierro.

Referencias

Amarante, Paulo. (2006). *Locos por la vida: Historia de la reforma psiquiátrica en Brasil*.

Río de Janeiro: Editorial.

Argentina (1991, Octubre 10) *La Ley Provincial 2440 de Río Negro*. Recuperado de:

<https://web.legisrn.gov.ar/legislativa/legislacion/documento?id=2441> f

Argentina (2010, Diciembre 3) *Ley N° 26.657, Ley Nacional de Salud Mental*. Recuperado

de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2018): *Rayados*

Estamos Todxs, narrativas de una lucha. Montevideo: Pez en el hielo

Baroni, Cecilia. (2023). *Una cartografía manicomial*. Montevideo: Editorial

Basaglia, Franco. (2008). *La condena de ser loco y pobre, alternativas al manicomio*.

Buenos Aires: Editorial Topia

Brasil (2001, Abril 6) Lei N° 10.216, Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Recuperado de: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Cabrera Rodriguez, L.P.; Pagano Artigas, M.E., y Vázquez, A. (2019). Salud mental y literaturas no realistas: aportes de la extensión a la investigación. +E: Revista de Extensión Universitaria, 9(10), 137-150. doi: 10.14409/extension.v9i10. Ene-Jun.8297.

Cano, A. (2013). Algunos desafíos para la desmanicomialización en Uruguay. En: De León, N., *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*, 107-122. Montevideo: Levy.

Castel, R. (2009). *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. -1ª ed.- Buenos Aires: Nueva Visión, 2009.

- Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83-96.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1994). *Rizoma*. Ed. Diálogo Abierto, Ciudad de México.
- Evaristo, P. (2013) La desinstitucionalización de la Psiquiatría en Trieste y en Italia. En: De León, N., *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*, 14-22. Montevideo: Levy.
- Facultad de Psicología (Septiembre 2024). *Programa de Udelar avanza en la atención a la salud mental en hospitales generales*. <https://www.psico.edu.uy/node/18568>
- Follari, R., (2021). Foucault y la psicología: la ventana indiscreta . *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 26(92), 45-53.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*, vol I. México DF: Fondo de Cultura económica.
- Foucault, M. (2005). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Goffman E. (1988). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Dotti, G. (2024). Salud mental en Uruguay: Ley 19.529 desde su implementación hasta la actualidad. *Revista Uruguaya De Enfermería*, 19(1). Recuperado a partir de <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/427>
- Lacan, J. (1953). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*.

Laino, N. (2024). *En la frontera. Una cartografía afectiva de lo carcelario*. Tesis de doctorado. Universidad de la República. Montevideo: Udelar. FP, 2024.

Luzardo Martinez, M. (2024) *Experiencia con los talleres artísticos en el Centro diurno Sayago una genealogía posible*. Trabajo final de grado. Montevideo: Udelar. FP, 2024.

Menéndez, Eduardo, L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451–464.

Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (2021). *20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial*. 17 de mayo de 2021 Recuperado de: <https://bvsmms.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-a-ntimanicomial/>

Nancy, J. L. (2016). *¿ Qué significa partir?* Trad. Gabriel Entin. Buenos Aires: Capital Intelectual.

Olivera Alfredo (2025). *La Colifata, radio terapia des-estigmatizante*. Revista FINTECO (Fundación para la Investigación interdisciplinaria de la Comunicación- Sección de Mass media y Salud Mental). Buenos Aires, Abril 2005. Recuperado de: <https://lacolifata.com.ar/historia-reconocimientos/>

OMS. (1950) Informe del Comité de Expertos en Higiene Mental. Serie de Informes Técnicos, n°. 31. OMS, Ginebra.

OMS. (2024). *Rehabilitación*. 22 de abril de 2024. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Ongaro Basaglia, F. (2022). Introducción a La salud mental en China de Gregorio Bermann. *Salud Colectiva*, 18, e4062. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4062>

Ongaro, Basaglia, F., Kanoussi, D. (1985). *Mujer, locura y sociedad* (Vol. 1). Universidad Autónoma de Puebla.

Pagano, Estefanía (2023). Los papeles de Alcira. Tesis doctoral. Universidad Federal de Santa Catarina. Disponible en: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/247801>

Pagano, Estefanía. (2025, octubre). *La relación entre locura y literatura: propuesta para una lectura crítica*. [Discurso principal], Conferencia dictada en la Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile.

Prefeitura do Rio de Janeiro. (2021, 27 de octubre). *Instituto Municipal Nise da Silveira encerra hospitalização de pacientes psiquiátricos*. Recuperado de: <https://es.prefeitura.rio/saude/instituto-municipal-nise-da-silveira-encerra-hospitalizacao-de-pacientes-psiquiatricos/>

Protesoni, A. Texeira, F. (1 de abril de 2025). *Otros mundos posibles: aportes para la elucidación sobre el campo de la salud mental*. [Discurso principal]. Conferencia Inaugural, Facultad de Psicología, UdelaR. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=uOCIMt65xiE&t=3370s>

Quercetti, Florencia, Parenti, Mariana y Stolkiner, Alicia (2015). *Desafíos en el campo de la salud mental Argentina: un análisis a la luz de los actuales procesos de globalización y las políticas regionales*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

Stolkiner, Alicia. (2018). *Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental* – Revista Soberanía Sanitaria Vol 2. <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

Techera A., De León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J.,...y Sánchez, C. (2013). *Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. En De León, N., Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental 15-24. Montevideo: Psicolibros Waslala.

Teles, A.L. (2009). *Política afectiva, Apuntes para la vida comunitaria*, Editorial, Fundación La Hendija, Paraná, 2009.

Uruguay (2017, septiembre 19). Ley N° 19.529: Ley de salud mental. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Uruguay (1936, agosto 24). Ley N° 9.581. Ley de Asistencia al psicópata. <https://www.impo.co.m.uy/bases/leyes-originales/9581-1936>

ANEXOS

1. Italia: la Ley Basaglia y el nacimiento de la desmanicomialización

La Ley N° 180 de 1978, impulsada por Franco Basaglia, psiquiatra italiano y figura central de este movimiento, marcó un hito en la historia de la desmanicomialización, trabajó en el manicomio de Gorizia desde 1961, donde visibilizó las condiciones inhumanas de encierro e impulsó transformaciones profundas en la lógica del tratamiento (Evaristo, 2013). Esta norma legisló el cierre de los hospitales psiquiátricos en Italia e impulsó el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, garantizando los derechos humanos de las personas diagnosticadas. Esta ley no sólo reformó el sistema de atención, sino que colocó en el centro del debate la noción de dignidad, ciudadanía y derechos humanos de las personas diagnosticadas con sufrimiento psíquico. Basaglia entendió el manicomio como una institución total, donde el encierro operaba no como cuidado, sino como mecanismo de exclusión social.

Basaglia, realizó una crítica profunda a las instituciones totales, retomando —de forma convergente con Michel Foucault— la idea del manicomio como espacio de control y exclusión social (Cano, 2013). En sus conferencias —dictadas en Brasil en 1979, plasmadas en el libro: *La condena de ser loco y pobre*— advertía que uno de los grandes temores sociales era que el cierre de los manicomios implicaba «*dejar la locura en la calle*» es decir, poner en crisis una concepción del orden basada en la reclusión de lo diverso. En este sentido, señalaba que el problema no era la locura en sí, sino el modo en que la sociedad decide gestionarla (Basaglia, 2008).

En el libro *La condena de ser loco y pobre* (2008), Basaglia plantea un paralelismo estructural entre el manicomio y la cárcel, identificando en ambas instituciones funciones similares de control, disciplinamiento y exclusión. Desde su perspectiva, sostener el manicomio es sostener una estructura social que necesita excluir; por lo tanto, la lucha no podía ser reformista, sino abolicionista. El cierre de estas instituciones no se entendía como una simple medida administrativa, si no como un acto político radical que cuestionaba el propio orden social que las sostenía (Basaglia 2008).

Este proceso no fue ni individual ni unívoco. Es indispensable reconocer el papel de Franca Ongaro Basaglia¹⁰, compañera de militancia y coautora de muchas de las producciones teóricas del movimiento. Sus aportes feministas complejizaron la crítica al manicomio al denunciar el **doble encierro que vivían las mujeres**: por un lado, institucionalizadas como «locas», y por otro, subordinadas dentro de las propias lógicas patriarcales que operaban tanto en el afuera como en el adentro del encierro. Ongaro Basaglia visibilizó cómo la intersección entre género y locura colocaba a las mujeres en una situación aún más vulnerada, lo que enriqueció y amplió los horizontes del movimiento desmanicomializador (Ongaro Basaglia, 2022).

La Ley Basaglia no sólo transformó el sistema italiano, sino que inspiró movimientos en América Latina, incluyendo Argentina, Brasil y Uruguay. En cada país, esta influencia se tradujo en tensiones propias, en disputas entre saberes biomédicos y comunitarios, y en el esfuerzo por pensar a la salud mental como un derecho humano, desde una lógica participativa y horizontal.

¹⁰ Franca Ongaro Basaglia: Su pensamiento en la intersección entre antipsiquiatría y feminismo, ofrece un legado poco reconocido que aborda los malestares de las mujeres frente a los modos de ser «para otrxs», junto con críticas a la psiquiatría y propuestas comunitarias de cuidado.

Este antecedente continúa siendo un punto de partida ineludible para pensar la rehabilitación desde una clave emancipatoria.