



**Universidad de la República
Facultad de Psicología**

**Trabajo final de grado
Monografía**

**Dispositivos alternativos en Salud Mental :
una aproximación**

Estudiante: Melanie Montes

C.I: 4.655.152-4

Tutor: Dr. Jorge Chávez.

Revisora: Dra. Adriana Molas

Montevideo, Uruguay

Febrero, 2022

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Categorías teóricas específicas	4
Definición de salud	4
Salud mental	6
Reforma de Salud Mental América Latina	7
Argentina	8
Brasil	11
Colombia	13
Chile	15
Uruguay	17
Del manicomio a los dispositivos alternativos	20
Desmanicomialización	23
Definición de dispositivos	25
Dispositivos alternativos	27
Programas alternativos en salud mental	27
Salud mental comunitario	28
Rehabilitación psicosocial	29
Experiencias en programas alternativos en Salud Mental	29
Talleres trabajados dentro de los dispositivos alternativos	42
Conclusiones	47
Referencias	50

Resumen

El presente trabajo de carácter monográfico se ubica en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Tiene como objetivo sistematizar la bibliografía relativa al campo de la salud mental, especialmente aquella referida a legislaciones que regulen este campo a nivel regional y aquellas que abordan posibles intervenciones en salud mental, alternativas al modelo hegemónico de atención. En la primera parte del trabajo se presenta una contextualización socio-histórica sobre la salud – enfermedad para luego recorrer paradigmas, contextos y condiciones de origen de la salud mental, así como la posición de derechos humanos que los sustenta. Luego se ingresa a las reformas regionales en salud mental, para finalmente profundizar en la reforma de nuestro país y en la presentación de modalidades alternativas de intervención tratando de esclarecer la idea de ‘dispositivos alternativos’.

Desde este análisis emergen preguntas acerca de: ¿Qué ofrecen los dispositivos como lógica contraria a la manicomialización? ¿Cuáles son las estrategias que guían las acciones de estos dispositivos? De esta forma, surgió la idea de orientar el desarrollo del proyecto de fin de curso hacia la compilación de una bibliografía que dé respuesta a estas interrogantes.

En los últimos capítulos de este trabajo, se recopilan artículos, investigaciones y reseñas de una variedad de fuentes para proporcionar una visión general actualizada del estado actual de la salud mental.

Palabras claves: Salud Mental - Dispositivo Alternativo - Desmanicomialización - Rehabilitación psicosocial

Introducción

El presente trabajo final de grado en modalidad monografía, desde una perspectiva de derechos humanos aborda el campo de la salud mental y los procesos de reforma de la salud mental en la región y principalmente en Uruguay. Su objetivo es describir el estado normativo de cada país en materia de salud mental y sistematizar las diferentes modalidades de intervención que pueden situarse en lo que se denomina como ‘dispositivos alternativos’. Mediante este trabajo, se espera acercar a los lectores la diversidad de propuestas denominadas como ‘alternativas’ frente a clásicas modalidades de tratamiento ligadas a lógicas manicomiales.

Se busca realizar una sistematización bibliográfica que permita acercarnos al campo de intervenciones posibles en salud mental y a su vez a las alternativas existentes frente a los modelos hegemónicos de atención. En la primera parte del trabajo se presentan referencias teóricas que funcionan para pensar las concepciones de salud- enfermedad, para luego desarrollar un recorrido hacia el paradigma en salud mental, el contexto y sus condiciones de surgimiento, así como la perspectiva en derechos humanos que lo sustenta como tal.

Posteriormente se inicia un recorrido sobre las reformas regionales en salud mental, para concluir profundizando en la reforma que corresponde a nuestro país a través de la aprobación de la Ley de Salud Mental 19.529, promulgada en 2017 desde una perspectiva de Derechos Humanos, y que tiene como propósito garantizar el derecho a la salud mental para todos/as, así como el reconocimiento de los derechos ciudadanos de las personas con padecimientos mentales.

Para finalizar el trabajo, abordaremos la idea de ‘dispositivo alternativo’. Este término, de uso frecuente en el campo de la salud y las políticas públicas, encierra cierta ambigüedad, por lo que resulta de interés esclarecer su significación, acercándonos a diferentes propuestas de intervención que pueden ser entendidas desde esta ‘idea’ y que de alguna manera proponen un diferencial frente a dispositivos que operan desde lógicas manicomiales. Esta visión facilitará comprender cómo se han ido experimentando los cambios y transformación en lo que refiere a las formas de atención y abordaje en salud mental, pasando de un modelo centrado en el espacio manicomial a un modelo basado en los derechos humanos.

El método para la elaboración del trabajo se basó en una búsqueda y revisión en plataformas digitales Timbó, Scielo y Google Académico, enfocada en artículos de investigación, utilizando como términos claves: desmanicomialización, dispositivos alternativos, rehabilitación psicosocial. A su vez, se realizó una revisión de producciones académicas con objetivo de aproximarse al terreno de la Salud Mental, reuniendo antecedentes regionales, avances legislativos y movimientos de reformas. Apunto a la presentación y descripción de algunos programas abocados a los dispositivos alternativos dentro de la red de salud mental en la región.

Categorías teóricas específicas: Breve definición de salud

El objetivo de este capítulo es avanzar sobre el tema de estudio, acercándonos a ciertas nociones fundamentales del campo de la salud mental, realizando un breve paneo sobre las ideas de salud- enfermedad y de salud mental. Nos acercamos a dicha tarea, comprendiendo que contando con ciertas referencias teóricas se podrá entender el porqué de determinadas prácticas dentro del campo de la salud- enfermedad en distintas culturas y a lo largo de la historia.

El concepto de salud que utilizaré en este trabajo involucra una perspectiva integral, entendiendo al sujeto desde sus distintas dimensiones, y de esta manera, pensar más allá de ciertas limitantes como pueden ser las estructuras tanto físicas como orgánicas. Concebir la integralidad de la salud, posibilita un mayor equilibrio en relación a diferentes dimensiones como lo subjetivo, lo social, cognitiva, psicológicas, etc.

Si vamos a la historia del concepto de salud, encontramos que en el siglo XX la definición de salud emerge de disciplinas y sus corporaciones, e instituciones ligadas al saber médico, donde seguramente la más relevante haya sido la formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) que plantea a la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 100). Pese a que fue oficializada desde hace tiempo, esta definición es pertinente por su institucionalidad y es la que ha sido utilizada como base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, ya que mundialmente es reconocido como el máximo organismo gubernamental internacional en lo que refiere a materia de salud y uno de los actores primordiales en dicha materia.

Según Alcántara (2008), la definición de salud de la OMS tiene dentro de las principales ventajas que superó el enfoque asistencialista sanitario influyente en gran parte de los países. Este enfoque tiene un sesgo negativo sobre el concepto de salud, dado que se sostiene sobre la ausencia de enfermedad. Su importancia radica en que se aborda una definición holística y progresista que toma en consideración a la salud, ya no sólo como un fenómeno únicamente psicológico y somático, sino que también considera lo social. La salud, se piensa así como un fenómeno complejo, el cual debe ser planteado por medio de la interdisciplinariedad y por consiguiente representa una evolución del paradigma biologicista.

Ahora, pese a que la definición brindada por la OMS a nivel global es la más extendida, igualmente ha encontrado sus críticas. En este sentido, Navarro (1998) expresa que el problema de la definición es del orden de lo epistemológico, asume que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, a saber, «salud», «bienestar» y «población», por lo que se trata de una definición ahistórica y apolítica. Según el autor, en cierto modo la OMS se estaría librando de la responsabilidad de clarificar “de quién define lo que es bienestar, salud y población y presupone que «salud» es un concepto apolítico, conceptuado científicamente, que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual.” (p.01), el cual el autor manifiesta de que más bien es una construcción que está estrechamente ligada con el contexto histórico en el que surge. En referencia a esto, Alcántara (2008) dice que lo cierto es que la definición de salud “está impregnada de un fuerte componente cultural, que en las épocas de globalidad es multicultural, lo que no le permite escapar de las presiones de los intereses políticos y económicos de cualquier época y lugar determinado” (p.97).

En referencia a esto, Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007) mencionan: “La construcción del concepto salud no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad” (p.272). Queda en evidencia entonces la relación de dependencia recíproca entre el hombre y su entorno en el proceso salud-enfermedad, en el proceso de comprenderla y definir el fenómeno, y la indisociabilidad de aquellas prácticas entendidas como externas al organismo, ya sean éstas sociales, físicas, económicas, culturales o políticas.

Por esta razón, Stolkiner (1988) opta por definir la salud como “el máximo bienestar posible de cada sujeto en un contexto histórico, circunstancia determinada y producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto (sujeto social) y su realidad” (p.51). Es decir, la salud no puede definirse en forma de una categoría absoluta,

objetiva e inmutable, sino más bien como una construcción que se elabora paralelamente junto con sus prácticas.

Salud Mental

A través de distintas definiciones se comprende la salud como una, esto quiere decir que tanto la salud mental como la física no están dissociadas la una de la otra, y por esta razón no se sostiene la idea del dualismo mente-cuerpo, concepción contenida en los orígenes del pensamiento occidental desde los primeros sistemas filosóficos (Stolkiner, 1988).

Aunque el concepto de higiene mental aparece por primera vez en 1843 en Inglaterra, en un libro titulado *Mental hygiene or an examination of the intellect and passions designed to illustrate their influence on health and duration of life* (1), fue recién en 1948, a partir de la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Mental Health Association dos años después, que se definió la higiene mental como: “todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental” (Bertolote, 2008, p.114). Según el autor, desde este concepto con raíces en una plataforma política que luchaba por lograr mejorar las condiciones hospitalarias de los enfermos mentales, se transita hacia el concepto de salud mental, que surge en un contexto en el que se busca bajar la importancia a la hospitalización psiquiátrica (Bertolote, 2008). Es así que se vuelve interesante la definición, visto que reúne dentro de un solo concepto la salud física y mental. En consecuencia de ese movimiento ligado a la Mental Health Association, surge el concepto de salud mental como un instrumento para enfocar la atención en las personas que sufrían padecimientos mentales y para realizar diagnósticos sobre ese fenómeno.

Avanzando en las diferentes concepciones sobre salud mental, encontramos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM IV-* (1995), la distinción entre trastorno mental y enfermedad médica, se afirma que: “sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales”. Por lo tanto, desde el DSM se pone en duda la indisolubilidad de lo mental y lo físico, entendiendo la importancia de ambos componentes en la emergencia de los padecimientos mentales, lo que implica que la salud física y mental deben ser entendidas interrelacionadamente.

Se vuelve necesario retomar la definición de salud proporcionada por la OMS (1948) dada la compleja tarea de conceptualizar la salud mental, por encima de las críticas que pueda encontrar, lo que resulta relevante es su encuadre multidimensional, ya que comprender la

salud en sus dimensiones bio-psico-social es un salto crítico tanto en el concepto como en el enfoque. El concepto de salud mental emitido por la OMS dispone una tendencia política en el sentido de que se preocupa por el bienestar de las sociedades a nivel general, y de acuerdo a esa óptica, la relación con el aspecto político se determina inmediatamente debido a que esa disciplina se encarga, justamente, de pensar las relaciones entre el Estado y la sociedad, y en ese aspecto, de favorecer el establecimiento de parámetros generales (establecimiento de leyes, por ejemplo) que repercuten en el bienestar social.

Siguiendo con la idea, la importancia del factor social como determinante de la salud mental se enfatiza cada vez más, ya que para la OMS, lo saludable para una sociedad, en algún momento, depende de la ubicación geográfica, cultural y el momento histórico en que se sitúa el individuo; por lo tanto es un tema que no solo concierne a lo político, sino a todo el espectro que involucra a la cultura, a la sociedad, y al individuo mismo. Debe pensarse que si la salud mental tiene una estrecha relación con la cultura, y por tanto con la sociedad en la que se insertan los individuos, debe poseer parámetros generales que se apliquen a todos ellos. En otros términos, puede decirse que la procura de un bienestar general para todos los miembros de una sociedad, debe establecerse a partir de la creación de normas que lo posibiliten.

En esta línea, la práctica de salud mental debe verse como un conjunto heterogéneo dentro del campo más amplio de la práctica de la salud (Stolkiner & Solitario, 2007). Desde este punto de vista, no es posible separar la salud mental de la salud general, con la excepción por finalidades operativas de desempeño o acción. La singularidad de la salud mental radica en la importancia de integrar aspectos subjetivos en la práctica de salud y la promoción de la salud.

Reforma en el campo de la salud mental en América Latina

El desarrollo de la reforma en atención psiquiátrica conforma un fenómeno global en Latinoamérica, tal como expone Rodríguez (2011), la salud mental tiene en 1990 un punto de inflexión al lanzarse la iniciativa Regional para la Reestructuración de Atención Psiquiátrica en América Latina impulsada por la Declaración de Caracas (1990). Dicho declaración pone en cuestión el modelo asilar de atención psiquiátrica y el hospital psiquiátrico, las colonias, los asilos, llamados en general manicomio, como única modalidad de atención y ratifica que estas formas de atención no logran objetivos compatibles con los enfoques comunitarios y de derechos humanos, ya que el modelo convencional practica el encierro sin ningún fin terapéutico, con el único objetivo de separar, marginar y aislar.

Tal como se expresa en la Declaración de Caracas (1990), es necesaria “una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva” (p.02). A partir de esta declaración surgen inquietudes en países Latinoamericanos, principalmente Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú, Cuba, Uruguay, de estas inquietudes nace un objetivo en común, el cual refiere a apostar al crecimiento de procesos de desmanicomialización, pudiendo abordar la protección de los derechos humanos de las personas con padecimientos de salud mental.

El cambio conlleva en disminuir en forma progresiva los dispositivos de internación e incorporar la atención de salud mental en los servicios de salud generales, según el informe de la OMS del año 2001.

Asimismo, se evidencia la influencia de la OMS en las definiciones de salud mental en el marco de las reformas de los países de la región. La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de Salud, 2013, p.14).

Todas estas reformas han dado paso a políticas alternativas de salud mental destinadas a transformar la relación social de la psiquiatría y sus instituciones construidas: el manicomio, un modelo médico de control/tratamiento con estancias de internación prolongadas. En cambio, desde la implementación de las reformas, se ha anunciado una relación social más humana, dando paso a la participación de los usuarios y la comunidad.

En el siguiente apartado me abocaré a presentar el estado actual de las reformas en salud mental de la región, de modo que caracterizar estos procesos, destacar sus propósitos e identificar las propuestas de intervención alternativas a los modelos que se pretenden superar. Se buscaron artículos de investigación entre el año 2010 a la actualidad, esta reconstrucción histórica será analizada críticamente a partir de una articulación con los distintos autores que forman parte de este capítulo.

Argentina

En Argentina se promulgó la Ley n.º26.657, Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental en diciembre de 2010, la primera Ley que da un marco nacional a las políticas en el área de salud mental. La misma inaugura un período de cambios, de revisión de prácticas y

concepciones que hasta el momento habían sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental (Hermosilla & Cataldo, 2012).

En su primer artículo da un claro enunciado de lo que la Ley pretende como objetivo, su adecuación para el ámbito público como privado y su extensión territorial. Dice:

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Ley n.º26.657, artículo 1; Argentina, 2010).

En su artículo n.º3, define a la salud mental destacando su composición histórica, económica, cultural, social, biológica y psicológica, “cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley n.º26.657, artículo 3; Argentina, 2010), en este mismo artículo incluye una dimensión significativa desde la perspectiva de los derechos humanos, ya que afirma que: “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas” (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, p.10), siendo esta idea, el eje primordial de la Ley, ya que busca garantizar el derecho a la salud mental para todos/as, el reconocimiento de los derechos ciudadanos de las personas con padecimientos mentales y establece como principio rector la necesidad de evitar la internación de los usuarios en institutos psiquiátricos. La Ley utiliza los términos “enfermedad mental” y “padecimiento mental” de diferente modo, y omite el uso del término “trastorno”.

Otro de los puntos destacados de la ley es su artículo nº8, donde se establece que el eje de tratamiento en salud mental ya no es el psiquiatra, sino que, tal como queda establecido en la Ley:

Debe promoverse que la atención en Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (Ley n.º26.657, artículo 8; Argentina, 2010).

Reafirmando el carácter desmanicomializador, la nueva Ley establece en su artículo 27 lo siguiente: "Queda prohibida por la presente Ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes, se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos" (Ley n.º26.657, artículo 27; Argentina, 2010).

A partir de esta definición, la Ley afirma que el proceso de atención debe llevarse a cabo preferentemente dentro de los principios de la Atención Primaria de la Salud, fuera del ámbito de internación hospitalario y en el contexto de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, sin perjuicio de los vínculos familiares, comunitarios y sociales. Por lo cual, la prescripción del medicamento sólo debe atender a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental, siendo administrada únicamente con fines terapéuticos. De esta manera, se apunta hacia la autonomía e inserción social y laboral de los usuarios del sistema de salud en la sociedad, con el fin de propiciar el cambio en las prácticas manicomiales que aún conviven en dichos espacios, prohibiendo la creación de nuevas instituciones de internación monovalentes.

La implementación de esta ley provocó un cambio respecto a las concepciones anteriores del tratamiento de las personas con enfermedad mental en el sistema de salud de la República Argentina (Zaldúa et al, 2011), ya que propone innovaciones en una nueva perspectiva incidiendo en el cambio de paradigma y sobre esta base, modifica aquellos procedimientos y prácticas en las instituciones situando en el centro de la escena la discusión sobre los cuidados de la salud mental, sin embargo la factibilidad de su aplicación afronta una serie de desafíos.

Entre ellos, Rosendo (2013) señala la lucha entre diferentes actores: "en base a intereses corporativos diferenciales; la formación de los actuales y futuros profesionales de la salud mental; las características infraestructurales y organizativas de los servicios de salud mental, en particular los referentes a los hospitales generales (p.133). A esto se podría añadir la petición de transformaciones en las prácticas de actores políticos que se encuentran obstaculizando la efectiva garantía de dicho derecho y las medidas ejecutivas y presupuestarias por parte del Estado (Observatorio de Derechos Humanos de la UC, 2014).

Spinelli (2010) plantea que para conformar otras estructuras, desde las cuales puedan generarse otras lógicas y procesos, se necesitan nuevos y más actores. Es necesario, según el autor, pensar y hacer cambios a partir de las peculiaridades que componen el espacio, donde el trabajo y el trabajador juegan un papel importante en esto, es decir, no es posible realizar un cambio únicamente a través de la acción del gobierno o de gestión. Para Spinelli (2010):

Las grandes soluciones logran una clausura simbólica, en la que se impide la problematización de la situación que viven los agentes, la cual al naturalizarse obtura la posibilidad de su transformación. Y entonces se pasa a depender de los efectos de las políticas concebidas como universales y que por lo tanto desconocen las singularidades. Se configura así una lógica de políticas sin sujetos, o sujetos devenidos objetos para esas políticas que fueron estructuradas en base a una racionalidad extraña a esas singularidades (p. 279).

A pocos años de la promulgación de la Ley Nacional de salud mental, el campo de salud mental ha logrado un gran avance en términos legislativos y en cuanto a las intenciones de reformar la atención de aquellas personas con padecimiento subjetivo, sin embargo, existen evidentes falencias en cuanto a la planificación y el desarrollo de programas que optimicen, distribuyan y den consistencia en el sistema. Zaldúa et al. (2011) dentro de sus conclusiones, señalan que los obstáculos son previsibles, vinculados a la vigencia del paradigma tutelar y la conflictividad de “intereses y visiones que operan resistencialmente a las transformaciones” (p.02). Otro punto importante a destacar es la compleja relación que se establece con la política y la práctica de la Atención Primaria de Salud, en particular la complejidad de las relaciones entre las personas en la gestión, el trabajo, los planificadores de salud mental y los que están en el campo de la salud en general

Zaldúa (2016), sobre la implementación de la Ley, indica obstáculos económicos, políticos y epistémicos observados en los dispositivos y desde la perspectiva de los/as trabajadores/as de la salud los hospitales generales, monovalentes y los CESAC (Centros de Salud y acción Comunitaria). Entre los facilitadores se encuentra la cuestión de derechos y autonomía; el cambio en los criterios y plazos de internación, en la conceptualización de la salud mental y en la perspectiva comunitaria de la atención en salud mental, incluyendo, entre otras cosas, la incorporación de la familia como actor de importante participación dentro del proceso de salud y la apertura a crear espacios sustitutivos a la lógica manicomial. Dicha Ley, ofreció un marco legal a prácticas legítimas que venían desarrollándose y a su vez instauró de manera jurídica un paradigma nuevo dentro de la salud mental. Aun así, su puesta en ejercicio presenta contradicciones y conflictos insuficientes de designaciones de profesionales que permitan el desarrollo de un trabajo interdisciplinario tal como su letra indica. El compromiso será, ahora, el establecimiento de políticas acordes con la normativa jurídica vigente.

Brasil

La Reforma Psiquiátrica se ha entendido como un proceso social, con el objetivo de deconstruir el estándar de atención a las personas con padecimientos mentales. Según Braga (2020), en Brasil, este proceso ocurre en un momento de lucha por la redemocratización del país y el movimiento de salud. En los años siguientes comenzaron las primeras experiencias de desinstitucionalización y creación de servicios para reemplazar el asilo. Con la aprobación de la Ley Federal 10.216 (Brasil, 2001), la reforma psiquiátrica ganó su institucionalidad, con la creación de una política nacional de salud mental vinculada a los derechos de ciudadanía de los usuarios con padecimientos mentales.

Dicha Ley conocida popularmente como Ley de reforma psiquiátrica o Ley anti- asilo, al igual que Argentina, redirecciona la asistencia en salud mental a un sistema de servicios en la comunidad con un fuerte componente de rehabilitación psicosocial y la participación activa de los usuarios, se ocupa fundamentalmente de la protección y los derechos de las personas con padecimiento mentales.

Según de León (2013), la Ley de Salud Mental de Brasil, promovió el desarrollo y profundización de la ayuda psicosocial y mejoras en los servicios y atención de los programas comunitarios, efectivizando así una importante transformación de los modelos de atención.

En su artículo n°3 establece que:

Corresponde al Estado desarrollar la política de salud mental, atender y promover acciones de salud para las personas con trastornos mentales, con la debida participación de la sociedad y la familia, las cuales se brindarán en un establecimiento de salud mental, así entendido, instituciones o unidades que brindan atención médica a personas con trastornos mentales (Ley n.º 10.216, artículo 3; Brasil, 2001).

La Ley también orienta a que el tratamiento tenga como finalidad permanente, la reinserción social del usuario en su entorno, ofreciendo una atención integral a las personas con padecimientos mentales a través de un equipo multidisciplinario. Por tanto, la hospitalización psiquiátrica sólo se permitirá cuando “los recursos extrahospitalarios resulten insuficientes” (Ley n.º 10.216, artículo 4; Brasil, 2001). y prevé la posibilidad de sanciones para la internación involuntaria.

Posteriormente a la aprobación de la Ley, la política nacional de salud mental consiguió centrarse en afirmar la libertad del sujeto, dirigiéndose al proceso de desinstitucionalización y elaborando, en el ámbito del Sistema Único de Salud SUS, una red de servicios que sustituyó el modelo asilar e hizo factible la creación de CAPS (Centro de Atención Psicosocial). La transformación de la red de atención supuso un cambio concreto en la vida de las personas con

padecimiento psicológico, que pudieron regresar a sus hogares luego de años de institucionalización (Braga, 2020).

En lo que se respecta a la elaboración de la red de servicios de salud mental comunitarios, el avance más importante se generó en relación con la implantación de los CAPS, que efectivamente se esparcieron por todo el país. De este modo, a través de programas ministeriales se buscó llevar en práctica la reforma, la cual procura la reducción progresiva y prevenir la falta de asistencia, garantizando una transición que sea segura para los usuarios, en donde la reducción planificada de camas psiquiátricas pueda ser acompañada por la habilitación concomitante de alternativas de atención de corte comunitario.

En los últimos años, la reforma psiquiátrica tuvo importantes movimientos, avances y también dificultades en su proceso. Sin lugar a dudas, el movimiento anti-asilo es una de los modos de lucha contra la exclusión, enfatizando la importancia de la tolerancia y el respeto por las diferencias. No obstante, es evidente que, pese a los avances, aún quedan puntos importantes a considerar para activar el potencial transformador de la reforma psiquiátrica.

Cruz, Goncalves y Delgado (2020), aseguran que actualmente la reforma psiquiátrica, no se encuentra atravesando su mejor momento, ya que se entiende que por parte de los gobiernos actuales hay un cierto desprecio hacia las personas con padecimiento mental, ya que estimulan, en cierta medida, la hospitalización psiquiátrica. Dichos autores confirman, que las actitudes punitivas promovidas contrastan con lo que predica la idea de reforma psiquiátrica, ya que esto les priva una mirada más humana a los usuarios con padecimientos psicopatológicos.

Debido a esta situación, se puede valorar el trabajo que realizan los acompañantes terapéuticos, así como la que se lleva a cabo en lugares como el Centro de Referencia de Asistencia Social - CRAS. Se puede pensar lo importante que estas obras generan en los individuos con sufrimiento mental, debido a que acompañan distintos procesos que permiten ver lo potente en ellos, al mismo tiempo, genera pertenencia del entorno. Con respecto a la participación de los familiares, algunos autores han visto que es de gran importancia la cooperación de los mismos en el proceso. Braga (2019) entiende que debe existir la participación de los usuarios, familiares y trabajadores de la red, defendiendo el cuidado en libertad. En la actualidad, existe un gran número de modalidades de tratamiento brindadas en los servicios de salud, no obstante, la cobertura de los servicios comunitarios continúan siendo escasos, causado por la falta de inversión pública.

Colombia

En el año 2013 Colombia dió paso a la Ley de la Esperanza (Ley n.º1616 del 2013). Si bien anteriormente hubieron intentos por integrar la salud mental al Sistema General de Seguridad Social en Salud, este se convertiría en el primer intento oficial en la legislación colombiana. La misma establece un referente en la atención, pues pretende garantizar el derecho a la salud mental de la población y reducir las barreras de acceso que permean dicho sistema. Para iniciar una lectura de dicha Ley, la misma tiene como objetivo:

Garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. (Ley n.º 1616, artículo 1; Colombia, 2013).

En su artículo n.º3, se define la salud mental:

La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas (Ley n.º1616, artículo 3; Colombia, 2013).

Colombia dispone de una serie de estrategias, como son el fortalecimiento de promoción de salud mental y la prevención primaria del trastorno mental, a través del trabajo sobre los factores de riesgo "relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos" (Ley n.º1616, artículo 5; Colombia, 2013).. La ley establece la calidad y equidad como principio fundamental de la atención, así como dispone de mecanismos de seguimiento, control y evaluación.

La Ley apunta a una salud mental comunitaria, teniendo como punto central al usuario, sus familiares, cuidadores y demás actores que sean significativos para la atención y recuperación. Asimismo, busca fortalecer la atención integral mediante acciones complementarias, ya sean

integración familiar, social, laboral y educativa (Ley 1616, 2013, art. 11). Estas transformaciones se dirigen sobre un cambio de paradigma, encaminándose a la gestación de una red integral de prestación de servicios, un modelo que incluya:

La prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental (Ley n.º 1616, artículo 12; Colombia, 2013).

Varios son los puntos a tener en cuenta sobre la Ley 1616 de Salud Mental en Colombia, uno de ellos es todo lo referente al cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental, el fortalecimiento comunitario y todo su componente participativo. Se busca fortalecer estrategias de atención primarias en salud, prácticas preventivas y promotoras de la salud mental, sin embargo, la Ley 1616 también enfatiza el trastorno mental y la muerte, conceptos arraigados en la psiquiatría, por lo que existen dos patrones contrapuestos en la Ley, el modelo comunitario por un lado y el modelo biomédico por otro (Barrero, 2016).

El modelo psiquiátrico constituido en la Ley se funda en la concepción de trastorno mental, concepto adoptado desde criterios biomédicos que se describen en el DSM, estas instituciones son las que avalan los tratamientos para las personas que padecen alguna enfermedad mental; basados en un previo diagnóstico, que tienen como resultado encasillar al sujeto que padece alguna enfermedad mental en un cuadro psicopatológico, del cual desaloja al sujeto de su individualidad, a través de su diagnóstico, se convierte en sujeto de esta actuación altamente discriminatoria.

A tal efecto, si bien en las políticas de salud mental en Colombia el factor individual cobra importancia, dado que en la Ley 1616 se alude reiteradamente a ese factor individual, sin embargo no se le da la importancia necesaria; la Ley se centra más en la producción social de individuos que contribuyan a un sistema económico y político. Una de las debilidades encontradas en varias evaluaciones de la Ley es la omisión de cualquier tipo de propuesta de salud mental que se centre en la importancia de las relaciones sociales y las interacciones humanas.

Chile

Chile ha desarrollado en las últimas décadas acciones específicas de reforma de atención psiquiátrica, sin una legislación específica sobre el tema de salud mental, su desarrollo

jurídico se realiza con la conjunción de diferentes Leyes que abordan el tema de discapacidad, los derechos humanos, la provisión de servicios, la intersectorialidad, desde la promoción hasta la inclusión social y la atención integral. Tiene en vigencia un modelo llamado "ambulatorio/comunitario" fortaleciendo las necesidades en salud mental en la población mediante la "formulación e implementación de políticas, planes y leyes, y la promoción de servicios integrales, integrados y receptivos de salud mental y atención social basados en la comunidad" a través de la atención primaria de salud (APS), "facilita el acceso equitativo, la detección el tratamiento, la rehabilitación y la recuperación de las personas con problemas de salud mental" (Minoletti et al, 2018, p.02).

En el plano de las políticas públicas, actualmente Chile no cuenta con una Ley de salud mental, si cuenta con un plan Nacional de Salud Mental que tiene como objetivo ayudar a las personas, familias y comunidades a lograr y mantener la mayor capacidad posible en sus interacciones y con su entorno para promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de las capacidades psicológicas, cognitivas, emocionales y factores relacionales, así como el logro de fines individuales y relacionales y colectivos en armonía con la justicia y el bien común.

La falta de legislación dificulta la asignación de recursos, lo que permitiría un desarrollo de los dispositivos de la red de salud mental a lo largo del país (MINSAL, 2016). Pero el problema con esta ausencia no es solo de financiamiento, sino también que no permite alinear el marco legal vigente con el marco de derechos humanos que se busca promover, así como tampoco permite que exista un amparo legal de las prácticas y políticas de esta área (MINSAL, 2016). Esto dificultad se evidencia en las metas para Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, que apunta a reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental, donde se expresa que:

El 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos para el año 2020. Esto en término de indicadores se traduce en la existencia de leyes nacionales sobre salud mental acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos (OMS, 2013, p.22).

Esto se traduce en Chile en la relevancia de contar con una Ley de salud mental que se ajuste a los estándares internacionales, debido a estos argumentos se encuentra en discusión la propuesta de la primera Ley de Salud Mental del país. En esta línea, la OMS (2008) sostiene

que un marco regulatorio es importante para resguardar los derechos de los usuarios con dificultades de salud mental, ya que la estigmatización y las violaciones a los derechos humanos persisten como un problema incluso fuera de la institución asilar clásica. Esto muestra que la salud mental en Chile todavía no recibe la importancia requerida en las estrategias de salud pública y evidencia que se deben replantear tácticas para abordar esta temática realizando una profunda autocrítica, impulsar un trabajo intersectorial del Estado y generar la “conciencia de que el capital de un país se basa en las personas que lo constituyen” y que “no hay salud sin salud mental” (Gatica & Saavedra, 2020, p. 504).

Uruguay

Las reformas actuales en salud mental tienen como objetivo superar los procesos de estigmatización, discriminación y segregación que sufren los usuarios de los servicios de salud. A partir de la aprobación de la Ley de Salud Mental n° 19.529 en el año 2017, se impulsa un modelo de atención orientado en la comunidad, la cual en la actualidad aún no está siendo implementada. Se refleja una transformación en la asistencia de la salud mental, que plantea un desplazamiento de la atención desde el hospital psiquiátrico, apostando al cierre de las estructuras asilares y monovalentes para el año 2025 hacia el hospital general, promoviendo otros tipos de dispositivos como centros de rehabilitación psicosocial, de los cuales tienen como propósito principal la promoción de inclusión social de los usuarios.

En su Artículo 1° del texto aprobado por la Cámara de Senadores enuncia:

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.º19.529, artículo 1; Uruguay, 2017).

Este artículo es fundamental ya que establece el objetivo y enfoque de la ley, por lo que su inclusión no es menor. La ley considera a la salud mental parte de la protección integral de la salud, abordando la dignidad y los derechos humanos, reconociendo a la persona humana como un todo, como entidad biológica, psicológica, social y cultural, tomando a la salud mental como inseparable de la protección integral de la salud.

Como se mencionó anteriormente, uno de los objetivos de la Ley de salud mental, es lograr la desinstitucionalización psiquiátrica, en relación a esto, Romano (2018) plantea que la Ley de salud mental propone un abordaje de atención comunitario y por lo tanto requiere una reorganización en su estructura y también de las prácticas profesionales y de las prestaciones a las que accede la población. En la misma línea, en el artículo n° 37 se plantea:

Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas. Se entiende por estructuras alternativas, entre otros, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y los centros de rehabilitación e integración social (Ley n.º19.529, artículo 37; Uruguay, 2017).

A partir de lo propuesto, se hace necesario producir dispositivos eficaces que posibiliten el acceso a la salud mental y propongan otras formas de abordaje y tratamiento, tanto a los usuarios que padecen alguna afección mental como también aquellas personas que hayan vivido prolongados procesos de institucionalización y que ya no lo tengan.

Esto hace referencia a la atención integral de las personas con padecimiento mental por lo que es fundamental poder contar con propuestas psicosociales y psicoterapéuticas adecuadas al perfil de la persona, asegurándose de centrarse en las necesidades de salud y mejorar la calidad de vida después del alta. Dicho esto, la ley en su artículo n° 21, expresa:

Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, están adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital (Ley n.º19.529, artículo 21; Uruguay, 2017).

A los efectos de salvaguardar los derechos de los usuarios, se creó el Órgano de Contralor de la Asistencia en Salud Mental, el cual se inscribe en el artículo n° 39 de la Ley. Tiene el cometido de supervisar el cumplimiento de la Ley y velar por los derechos de los usuarios, particularmente para los que requieren internaciones involuntarias o que se encuentren en situaciones de mayor vulnerabilidad. En el artículo n° 23 manifiesta una visión garantizadora de los derechos humanos a partir de la que bajo ninguna eventualidad las personas que se encuentren con internación, ya sea de forma involuntaria como voluntaria pierden ni se les

interrumpen su calidad de sujeto de derecho. De igual forma, marca claramente una obligación de contar con consentimiento informado, por el que "la información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona" (Ley n.º19.529, artículo 23; Uruguay, 2017).

Natella (2017), plantea que existe una polarización entre dos perspectivas dentro del campo de salud mental, por un lado, se dispone de normativas legales que entienden a la persona con padecimiento mental como sujeto de derecho y establecen su defensa, promoción y protección, constituyendo estándares para la atención de las personas con padecimiento mental por los que se prioriza su integración social y por otro lado "se identifica la insuficiente transformación de los sistemas sanitarios y judiciales cuyo engranaje estructural y funcional no alcanza a efectivizar estos propósitos de forma plena y extendida" (p.241).

Actualmente en nuestro país, continúa funcionando un modelo de atención mental que se apoya en las internaciones en hospitales asilares y en la distribución de psicofármacos, esta es una situación que no ha sido resuelta ni reforzada por la rehabilitación de la salud mental. Sin embargo, corresponde a un proceso que tiene más de tres décadas en nuestro país y que ha ido ganando trascendencia en los últimos años, teniendo como elemento principal la visibilidad en los patrones cambiantes de la atención en salud mental, siendo imprescindible la implementación efectiva de la Ley salud mental desde una perspectiva de derechos humanos. "Es en definitiva un paso hacia la salida del paradigma de la enfermedad mental que nos acerca a las nuevas concepciones en torno a la salud mental y los derechos humanos" (Batista, 2019, p.123).

Aunque el progreso es alentador, queda mucho por hacer, ya que con la nueva Ley n° 19.529, se inicia una nueva vía de pensar diferentes formas de afrontar el encierro, proponiendo un enfoque de tratamiento multidisciplinario basado en el restablecimiento de las relaciones sociales.

Al día de hoy, en base a esta nueva Ley, se están generando diversas movilizaciones, teniendo como centro del objetivo el cierre de las instituciones manicomiales, con el fin de superar el modelo asilar. La aprobación de la Ley, aspira a proporcionar herramientas que permitan la elaboración de futuros programas y planes de atención en salud mental, teniendo en cuenta los derechos de las personas con padecimiento mental, y a su vez, la reglamentación desde un marco jurídico a las normativas.

Uruguay ha progresado en la actualización del marco normativo referente a la salud mental, un avance que fue especialmente significativo para los colectivos que han manifestado desde tiempos atrás esta necesidad, y así también fue relevante para nuestra sociedad. Sin embargo,

resulta evidente que más allá de esta actualización, debemos preguntarnos por el cómo se ponen en práctica estos cambios. Uno de los puntos fundamentales a tener en cuenta para que se lleve a cabo un verdadero proceso de desinstitucionalización, es el de estudiar las prácticas que se realizan en los nuevos dispositivos y conocer qué efectos producen.

En este sentido el presente trabajo se ubica en ese espacio entre el cierre de las instituciones monovalentes y la apertura de estructuras alternativas, en otros términos, en el proceso de desinstitucionalización de las personas usuarias de la salud mental.

Del manicomio a los dispositivos alternativos

A la luz de la promulgación de Leyes y reformas de salud mental, América Latina comenzó a transitar un nuevo camino: el cierre de los hospitales psiquiátricos, creándose simultáneamente redes para la atención y prevención de la salud mental mediante centros periféricos, servicios comunitarios, entre otros. Garcia (2019) menciona que a través de esto “se busca ampliar las acciones asistenciales, preventivas y de promoción de la Salud Mental, requiriendo la actuación de diversos profesionales con el fin de instrumentar acciones interinstitucionales e interdisciplinarias”(p.23), del cual tiene como objetivo apuntar a redefinir el concepto de salud mental y a promover alternativas diferentes al modelo manicomial.

Es desde este modelo que se viene avanzando, “la desinstitucionalización se centra en el trabajo cotidiano de transformación con el fin de desarticular la solución institucional existente para llegar al fondo del problema de la persona internada” (Garcia, 2019, p.24).

Se intenta construir modelos de abordajes alternativos centrados en la defensa de los derechos a la salud, implementando el trabajo comunitario y a la libertad como encuadre ético-político, implicando necesariamente a todos los actores sociales involucrados en la problemática y no sólo a la instancia institucional.

Por otra parte, pese a que el modelo social- comunitario está teniendo auge en el tema de la salud mental, la mayoría de las instituciones psiquiátricas continúan manteniendo un paradigma “manicomial” donde la internación crónica dificulta el proceso de rehabilitación e integración social. Por esta razón, es que se deben sugerir diferentes investigaciones en referencia de los efectos de la desmanicomialización, la vulneración de los derechos a los usuarios de las instituciones psiquiátricas y hacer hincapié en la importancia social que tendrá las diferentes estrategias comunitarias en salud mental en los próximos años.

En relación a los que se describió anteriormente sobre los distintos países, se puede decir que funciona un modelo de atención en salud mental basado, en las internaciones en Hospitales Monovalentes frente a un modelo médico hegemónico, el cual la base fundacional de estas instituciones entiende que para mantener el orden social es necesario aislar a quienes lo perturben. El dispositivo por el cual responden es la privación de la libertad. Los dispositivos alternativos al contrario de los centros monovalentes de salud mental, que tienden a generar encasillamientos, aislamiento y descompensación continua del sujeto propician el trabajo con el mismo desde un enfoque interdisciplinario y con un abordaje integral que promueve la libertad y la autonomía de los usuarios de la salud mental. Manicomio, loqueros u hospicios, han sido los nombres popularmente utilizados para hacer referencia a los hospitales neuropsiquiátricos, lugares de internación, confinamiento y reclusión. "Estas son instituciones frecuentemente estigmatizantes, aisladas geográfica y socialmente y en ellas se violan por lo general, los derechos humanos de los pacientes" (Amico, 2004, párr. 44).

Según Goffman (2001), los hospitales psiquiátricos, "están erigidos para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad" (p.18). Para este autor, la institución tiene una disposición fascinante cuando se trata de el tiempo y los intereses de todos los integrantes, proporcionándoles un mundo propio. La característica principal de esta tendencia es una fuerte ruptura con el mundo exterior, a través de puertas cerradas, paredes altas, acantilados, alambres de púa y otros obstáculos. El autor llama a este tipo de establecimientos, "instituciones totales". El hospital psiquiátrico, es particularmente una institución total.

En tanto para Techera, Apud, Borges (2009), la institucionalización tiene consecuencias importantes para las personas con enfermedad mental, como el estigma, el deterioro, la identidad y la exclusión social. Al respecto, los autores señalan que varios teóricos han estudiado los efectos negativos de la institucionalización, destacando la 'iatrogenia y la estigmatización'. Para De León (2013), con la internación "se provoca la separación y el aislamiento de la persona de su medio, lo que provoca mayores niveles de discapacidad social creando condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles de los usuarios" (p.20).

Según Amico (2004), las personas con muchos años de internación en estas instituciones muestran no solamente la patología por su padecer mental, sino que muestran los efectos de su institucionalización, la que planteada por "el bien del paciente" efectivamente ocasiona la desvinculación de su familia y de la comunidad, pérdida de su identidad y de su libertad. Esta

situación se identifica como “hospitalismo”, según Spitz citado en Amico (2004), o “institucionalismo psiquiátrico”, haciendo referencia a “aquellas conductas que manifiestan los individuos a partir de la permanencia continuada en las instituciones, caracterizado por la apatía, falta de iniciativa, pérdida de interés, sumisión, falta de expresión de sentimientos, incapacidad para planificar, deterioro de los hábitos personales, pérdida de la individualidad y aceptación resignada de la realidad” (párr.78) .

Foucault citado en Amico (2004), expresa:

El enfermo se ve afectado por el espectáculo deprimente del hospital, (...)la melancolía del espectáculo que lo rodea, las contaminaciones diversas, el alejamiento de todo, agravan el sufrimiento del paciente y terminan por suscitar enfermedades que no se encontrarían espontáneamente en la naturaleza, porque parecen creaciones propias del hospital. La situación del hombre hospitalizado comporta enfermedades particulares, una especie de “hospitalismo” anterior a su definición. En efecto, ninguna enfermedad de hospital es pura, el hospital es creador de enfermedad (párr.79).

Por esta razón, se hace evidente que la incidencia que generan la institucionalización psiquiátrica sobre el interno no son los más beneficiosos para la salud mental, sino todo lo contrario, provocando en el usuario psiquiátrico una “fragmentación, un estigma y deterioro en la construcción de la identidad por la etiqueta institucional y la marginación social” (Amico, 2004, párr.64).

En tanto De Leon:

Está ampliamente documentado que este tipo de abordaje no sólo no produce mejoras en el estado de salud, sino que tiende a cronificar a los pacientes. El deterioro producido por las lógicas de “deshumanización” que se instalan en estas instituciones asilares, entre otras cosas producen lo que se conoce como el ‘síndrome de deterioro social’ (De León et al., 2013, p.156).

En este contexto emergen las corrientes alternativas que trascienden el modelo de enfermedad mental y reflexionan en torno a lo que es un modelo de atención comunitario, desde una perspectiva de Derechos Humanos. Como menciona Stolkiner (1988), la concepción de salud implícita en este tipo de prácticas es la de un proceso de búsqueda y constitución de situaciones nuevas.

El criterio de normalidad no define la salud, y por ende sus acciones preventivas consisten en facilitar procesos en los cuales emergen conflictos y se transforman situaciones productoras de malestar. No se trata de propuestas “adaptativas”.

“Debemos preguntarnos de qué manera podemos actuar para cambiar la lógica institucional y lograr dar una respuesta a la persona que está sufriendo” (Basaglia, 1979, p.45).

Continuando con el planteamiento de Stolkiner, hallamos una conceptualización sobre este tipo de prácticas, la cual consideramos acertada y a continuación describiremos. La autora plantea que dentro de esta concepción (las corrientes alternativas) se tiende a acciones integrales, incorporando formas comunitarias continentales que eviten la reclusión forzada de los asistidos, o las acciones mutilantes y limitativas de atención. La propuesta anteriormente definida supone una separación y distanciamiento de importante magnitud con concepciones más “duras” como el causalismo, mecanicismo y positivismo de la ciencia.

Por su parte, para fortalecer las redes de apoyo comunitario y la creación de dispositivos como espacios de encuentro, contención y producción, no solo se hace necesario trabajar en torno a la concientización, prevención y el ejercicio de los derechos, sino también incluir a las personas más afectadas con una participación protagónica en el proceso de atención a la salud mental, al igual que a los familiares.

Las nuevas formas de pensamiento conlleva un abordaje desde un modelo basado en los derechos humanos, colocando la internación como un último recurso, planteando la creación de dispositivos intermedios con atención en la comunidad generando medidas de reinserción social, es por ello, que se cree adecuado enfatizar sobre este escenario, el cual se entiende relevante para lograr conocer las transformaciones que vinieron sucediendo en pos de la desinstitucionalización que se ha originado a través de un nuevo enfoque en la atención de las personas con padecimiento mental, desde un plano más humanizadora y menos estigmatizante y discriminadora. Siguiendo a Galende (1990), la salud mental debe concebirse como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad. Los problemas de este campo no son solamente cuantitativos sino cualitativos, ya que tienen que ver con la calidad de vida de las personas.

Desmanicomialización

El cierre paulatino de los manicomios y su sustitución por otro modelo de servicios diferentes al monovalente, considerándolo un cambio de paradigma o miradas sobre las problemáticas de salud mental, se encuentra dentro del discurso de las últimas décadas sobre la desmanicomialización. Se encuentran diferentes experiencias de espacios fuera de los muros del hospital, localizados en las ciudades, basados en una mirada interdisciplinaria de aspectos del orden de lo productivo, cultural y colectivo.

La desaparición del “modelo asilar” debería acompañarse de la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener y prestar los servicios necesarios y adecuados para nuestra población. Debería enfocarse en el uso de la internación en forma breve; en la psicoterapia, haciendo énfasis en la integralidad de la asistencia; privilegiar el desarrollo de estrategias en rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario; en la educación no sólo del usuario sino también de la familia, de los trabajadores de la salud y de la comunidad en general (Techera et al. 2013, p.20).

La característica principal de la desmanicomialización es abordar los problemas de la salud mental desde la transformación del manicomio como institución cerrada, a una institución abierta y de tránsito, es decir, de períodos cortos de internación y tratamiento ambulatorio.

Esto significa provocar un cambio de perspectiva en el sistema de atención, así como lograr una transformación dentro del vínculo profesional y usuario, entre usuarios y la comunidad y viceversa., redefiniendo estructuras, repensando roles y construyendo nuevos espacios.

Institucionalmente, se requiere un tratamiento hospitalario de corta duración y el tratamiento se basa en la intervención de un equipo interdisciplinario que incluye tanto a las profesiones tradicionales como así también del campo de la comunicación, el teatro, la educación y la danza, entre otras.

En cuanto a lo social y comunitario, se debe poder trabajar en pos de la transformación del imaginario social estigmatizante que se ha construido a lo largo de la historia, e intervenir de manera fundamental la reconstrucción de la identidad, de lo subjetivo y el lazo social de quienes sufrieron el encierro.

Todo esto significa romper o con una trama de sentido histórico que le ha dado entidad de exclusión al manicomio como institución y a las personas con padecimiento mental como marginados sociales.

El objetivo final es convertir el manicomio en un hospital general con un área de salud mental, buscando alternativas de tratamiento, consensuar con el paciente un tratamiento adecuado. Transformar el modelo asilar y de reclusión de los manicomios y convertirlos en ámbitos dinámicos con una mayor interacción entre la institución y la comunidad. (Sampayo, 2005, p. 44).

De esta forma, es que la mayor parte de estas experiencias obtienen el nombre de dispositivos alternativos al modelo asilar y aquí es donde surge la pregunta de cómo estas experiencias llegan a ser o a considerarse dispositivos alternativos.

¿Qué es un dispositivo?

De esta manera, es de mi interés dedicar una instancia de problematización a un concepto más que reiterado en el campo de salud y el habitual uso en el discurso cotidiano despierta algunas preguntas: el dispositivo.

El objetivo es conceptualizar, caracterizar y describir esto partiendo de lo siguiente: el cierre progresivo de los manicomios y su sustitución por otras prácticas alternativas que se encontró dentro del discurso de las últimas décadas sobre la desmanicomialización, asimismo, se considera un cambio de paradigma sobre las problemáticas de salud mental.

Comenzaré evaluando este concepto y para ello tomaré como ejemplo a Fanlo, Foucault, Deleuze, Galende que analizan dicho concepto en sus escritos. Resulta fundamental constituir una base desde lo teórico para posteriormente exponer sobre estas experiencias de dispositivos ya que es un término que suele prestarse para la confusión, dada su permanente aparición en múltiples contextos. “Todo es dispositivo” por momentos, se dice de dispositivos asilares, dispositivos sustitutivos, dispositivos como herramientas, como la propia institución, de disciplina, de control, de asistencia, productivos, comunitarios.

Por tanto un dispositivo es:

“un complejo haz de relaciones entre instituciones, sistemas de normas, formas de comportamiento, procesos económicos, sociales, técnicos y tipos de clasificación de sujetos, objetos y relaciones entre estos, un juego de relaciones discursivas, y no discursivas, de regularidades que rigen una dispersión cuyos soportes son prácticas” (Fanlo, 2011, p.03).

Esta definición nos hace pensar al manicomio como un dispositivo disciplinar en el que la influencia del saber/poder queda plasmado en el diagnóstico y su tratamiento. Por esta razón, es importante enfatizar que la mera etiqueta “dispositivo alternativo” por sí sola no afecta el cambio previsto o esperado.

El dispositivo, por otra parte, puede ser un espacio o un lugar, haciendo la distinción como la realizamos de manera habitual entre oír y escuchar; mirar y ver; el dispositivo también puede ser de acuerdo a su apropiación un lugar o un espacio.

Para iniciar el análisis, debemos atender a que en el campo de la salud mental, los dispositivos alternativos comprenden un paradigma de la salud asociado a la integración creativa y participativa. Tomando a Deleuze (2007), para Foucault un dispositivo es una máquina de hacer ver y de hacer hablar (p.306). Surge para dar respuesta a un problema práctico y ético político, los dispositivos establecen relaciones en red de elementos heterogéneos, los cuales producen un ensamble.

“el dispositivo es la disposición de una multiplicidad de elementos heterogéneos interrelacionados (discursivos y no-discursivos); es el sistema en equilibrio metaestable que liga en red a dichos elementos (y no una estructura sincrónica de elementos homogéneos); en su génesis, el dispositivo manifiesta una función estratégica dominante, responde a una urgencia y a un problema de orden práctico.” (Heredia, 2012 p.87).

Para hacer comprensible un dispositivo se tiene que constituir sus condiciones de aparición; en tanto acontecimiento que transforma un campo previo de relaciones de poder (donde no es externa la sociedad)

Del mismo modo se constituye donde debe llevarse a cabo el abordaje de la misma, quienes y en qué ámbito deben llevarlo a cabo (lo cual nos conduce a pensar las lógicas de funcionamientos por el cual deberían basarse estos dispositivos hoy). Entendiendo que “cerrar” no significa transformar ni acabar con los manicomios, sino que se requiere, dentro de estos espacios alternativos, un despliegue y compromiso mucho más amplio.

Dentro de la conformación de un nuevo campo de salud mental, se encontraría implicada el hecho de lograr configurar un nuevo modo de comprender y de hacer con el sufrimiento mental: una relación epistemológica y metodológica de sus teorizaciones y praxis, fortaleciendo así una red de servicios en sintonía con esta nueva manera de entender el sufrimiento mental y sus correspondientes terapéuticas. Para conseguir esto, Galende (2008) comprende necesarios tres aspectos: lograr definir qué son las enfermedades mentales, como tienen que ser comprendidas, quienes son los profesionales para tratarlas y qué conocimientos deben tener.

Al mismo tiempo, Guattari (1998) propone centrarse en crear subjetividad en el contexto del capitalismo integrado, entendiendo la subjetividad la instancia como individuos o colectivos que emergen como *territorio existencial*, y la autonomía referencial en relación a la subjetividad en relación con la alteridad. El autor expresa además: “La subjetividad es algo de ese orden: con un centenar de enfermos psicóticos se puede crear una atmósfera de infierno, de desesperanza absoluta, pero también se puede crear un ambiente de calidez, de solidaridad, de inteligencia, de creatividad increíbles” (p. 10).

A partir de las características mencionadas, se constituye el dispositivo y por medio de éstas, junto con su relación histórica, es factible dar cuenta de un tipo de funcionamiento.

Problematizar de esta manera el dispositivo contribuye para la propuesta central del trabajo, y es

necesario preguntarse qué tipo de dispositivo, bajo que formas de funcionamiento, desde qué saberes, qué tipo de “utilidad” simbólica y física darle, en términos de la desmanicomialización.

Dispositivos alternativos

Si pensamos en dispositivos alternativos, lo que procura es pensar la Salud Mental de una forma diferente, que busca el proceso de salud-enfermedad de forma colectiva e interdisciplinaria, pretendiendo salir de las lógicas manicomiales que impulsan los estigmas vinculados a la locura. Estos dispositivos favorecen la construcción de autonomía en los sujetos con padecimiento mental. Se enfatiza la participación activa de los usuarios, profesionales y familiares, con perspectiva en el cuidado de la Salud Mental comunitaria, al mismo tiempo en formular estrategias de políticas públicas. Los dispositivos alternativos, al contrario de los centros monovalentes de salud mental, que tienden a generar encasillamientos, aislamiento y descompensación continua del sujeto, propician el trabajo con el mismo desde un enfoque interdisciplinario y con un abordaje integral que promueve la libertad y la autonomía de los usuarios de la salud mental.

Los dispositivos alternativos están diseñados para crear espacio en donde los usuarios de salud mental se vinculen a través de grupos comunitarios. Un espacio de lectura y producción de literatura, radio, arte, cultura y obras que nutren y contribuyen a recuperar identidades ocultas por la enfermedad. Estas personas, excluidas de cualquier actividad social, se encuentran en un estado de total vulnerabilidad y enfrentan severas limitaciones en su acceso a los mercados laborales y espacios de integración social cotidiana. La vulnerabilidad se refiere a la privación de derechos de los individuos a su paso por una organización o sociedad.

Programas alternativos en Salud mental

Se abordaran modalidades alternativas en relación a la atención en salud mental y para ellos se utilizarán tres nociones que incluyen estas modalidades, entre ellas encontramos: programas alternativos, salud mental comunitaria y rehabilitación psicosocial.

Retomando a Stolkiner (1988), el autor afirma que las corrientes alternativas tiende a construir acciones integradoras, esto es, “incorporando fórmulas comunitarias continentales que eviten la reclusión forzada de los asistidos, o las acciones mutilantes y limitativas de la atención” (p. 58). Esta hipótesis propuesta es una ruptura radical con los conceptos positivos de la ciencia. Cuando se aplican a la práctica, las teorías de este tipo son necesariamente transformadoras, pero se debe utilizar un enfoque conceptual diferente. En el centro de estas prácticas se encuentra un concepto holístico de la salud, una visión multidimensional y progresiva en la

que la salud ya no es solo un fenómeno. Por último y sintetizando, las corrientes alternativas contienen un modelo de la salud asociado con la integración, creativa y participativa de los cuales se basan, justamente “en dos elementos: la integración social y la recuperación de espacios no convencionales” (Vasen & Masei, 2006, p.436).

Salud mental comunitario

La salud mental en el ámbito comunitario, es percibida como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones, para alcanzar un bienestar y calidad de vida acorde con las demandas de su entorno. La OMS (2015) reconoce que las personas tienen más probabilidades de recuperarse si se sienten seguras, relacionadas, calmas y esperanzadas, tienen acceso a servicios de asistencia social, física y emocional y encuentran los medios para bastarse por sí mismas. Los primeros auxilios psicológicos recomendados por la OMS incluyen asistencia humanitaria, de apoyo, y práctica a las personas que sufren tras una crisis; esa asistencia debe proporcionar de forma tal que respete su dignidad y cultura, y también sus capacidades y abarca la asistencia tanto social como psicológica.

Dentro del concepto de salud mental, el modelo de atención psicosocial que trabaja a partir de acciones comunitarias tales como el deporte, la cultura, la educación, la espiritualidad, la articulación de saberes, entre otros; que surge como respuesta integral a los problemas de salud en atención a la complejidad biopsicosocial del ser humano y las características propias del contexto, en donde interactúan los factores biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Las definiciones de salud mental que trabajamos anteriormente contemplan a las comunidades como actores protagónicos de sus propios procesos de cambio y que están en relación con otros, resaltando la importancia de lo comunitario para el logro de objetivos comunes como es el bienestar y el desarrollo social. Finalmente, la salud mental comunitaria debe ser concebida como un bien de interés público y sustentar sus acciones desde las políticas públicas para garantizar la salud mental de la población.

Rehabilitación psicosocial

Castillo, Villar y Dogmanas (2011), conciben la rehabilitación psicosocial como un modelo terapéutico “basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad”(p.85). Según la OMS (1997) la rehabilitación psicosocial es:

“Un proceso que facilita la oportunidad a individuos, que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap o desventaja del trastorno mental, para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La rehabilitación psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, debilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad”(p.01).

Por tanto, se considera que es una dimensión de la intervención en salud mental: es tanto una ética, como una práctica, que opera como un factor clave en la eficacia de los procesos de desinstitutionalización, recuperación e inclusión social de las personas afectadas por un padecimiento mental grave y persistente.

Algunas experiencias en programas alternativos en Salud Mental:

La OMS (2005), definió los programas de salud mental como “una intervención dirigida, habitualmente a corto plazo, con un claro objetivo sobre la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación” (p. 16). Podríamos entender que se trata de un conjunto coherente, organizado e integrado de actividades servicios o procesos manifestados en un conjunto de proyectos de salud mental, vinculados y coordinados entre sí.

En el marco de este nuevo paradigma de salud mental surgen las estructuras alternativas de atención, como mencionamos anteriormente, buscan impulsar el desarrollo de las cualidades o capacidades y la autonomía de las personas, la libertad, la formación y la expresión de su subjetividad, de sus sentimientos y saberes. Como herramienta de terapia, apuestan al arte, a la construcción de espacios. Apuestan al arte como instrumento de terapia, a la creación de

espacios de intercambio sin jerarquías, a la producción colectiva, a promover la inclusión social y a abrir puertas en el mundo laboral.

Con la finalidad de enmarcar las intervenciones de diferentes centros de atención, se presenta a continuación una breve descripción de los programas de salud mental. Comenzaré por experiencias regionales sobre dispositivos alternativos, el trabajo está organizado en dos partes, en la primera encontraremos la presentación de algunos ejemplos de programas de rehabilitación de la región y en la segunda parte la sistematización según las características de los dispositivos y los talleres trabajados.

Argentina

Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA)

Fue creado en el año 1999 y tiene como finalidad la externación y reinserción social de usuarios internados en hospitales monovalentes provinciales, a través de la promoción e instauración de dispositivos alternativos de atención en la comunidad. Los usuarios externados conviven en casas que alquila el Hospital, en grupos de tres a cinco personas, o con familias que deseen alquilar habitaciones para una o dos personas. Los usuarios son visitados en sus domicilios semanalmente por personal del equipo del programa, integrado por personal de enfermería y acompañantes comunitarios. Cáceres, Druetta, Hartfiel & Riva (2009) mencionan que “estas prácticas se vuelven posibles a partir de la instalación de dispositivos de base habitacional y comunitaria”(p.301). Los acompañantes comunitarios asisten a los usuarios externados en la realización de trámites legales, asistencia a centros de salud, concurrencia a juzgados, visitas sociales, etc. Este acompañamiento también comprende la visita de profesionales de salud mental. Por lo tanto “la rehabilitación incluye no sólo el trabajo con las personas externadas y en vías de externación, sino también el trabajo intersectorial con la comunidad para promover la convivencia igualitaria con personas que presentan distintos grados de perturbación o discapacidad” (Cáceres et al, 2009, p.301).

Centro Cultural El Gomecito

Dentro del Centro Cultural se constituyó dispositivo creando instancias de talleres colectivos “con una concreta función orientada a alojar socialmente de “otro modo” a la “locura” intentando desmontar los circuitos de institucionalización, tutelaje y cronificación de personas

con padecimiento subjetivo” (Moya, 2020, p.04).

El mismo se conforma como un instrumento de recuperación de lazos sociales de personas con padecimiento mental, y acompaña la atención en crisis en lo cotidiano, constituyendo un soporte social y cultural para los usuarios, sus proyectos y para sus lazos familiares.

Moya (2020) menciona que dicho dispositivo tiene como objetivo :

constituir un soporte social y cultural para los usuarios cotidianos, para mejorar sus condiciones de vida encontrando un lugar de apoyo para la reconstrucción de sus proyectos de vida y sus lazos familiares y sociales; contribuir a una política de inversión del estigma de las personas invalidadas por el sufrimiento psíquico y por sus dificultades de convivencia con la sociedad, siendo partícipes en la producción cooperativa, en la activación de intercambios sociales, en el fomento del respeto y la validación social, con la promoción de actividades sociales y culturales, presentaciones artísticas y gestiones laborales, y facilitando la inclusión de los participantes y socios en centros culturales, comunitarios, etc (p.70).

El Centro de Salud Mental Comunitaria “La Casa de Ramos Mejía”

Es considerada dispositivo de salud mental con enfoque comunitario, el cual ofrece instancias terapéutica de manera integral, proponiendo actividades de prevención y rehabilitación psicosocial, ayudando a los usuarios a mejorar sus capacidades “para generar mayores grados de autonomía en las actividades significativas para sus vidas con la finalidad de evitar internaciones y re internaciones innecesarias y fortalecer y propiciar el proceso de inclusión social de las personas afectadas por padecimientos mentales”(Cohen,2015, p.37), teniendo como objetivo generar una participación activa de los usuarios, siendo protagonistas de sus procesos de atención, sus familiares y vecinos para así lograr superar la segregación, estigmatización y discriminación que sufren los usuarios, mediante

Emprendimiento productivo Emilianas y de las Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental.

En el caso del dispositivo Emilianas, funciona dentro del hospital Mira y Lopez en la ciudad de Santa Fe, nace en el año 2007 y tiene como fin producir fuentes de trabajo y salud, donde los usuarios desempeñan allí su labor diariamente. El emprendimiento cuenta con equipo que se conforma por psicólogo, trabajadores sociales, cocineros y usuarios ambulatorios. Las actividades de trabajo que cuenta son: una cantina que se encuentra dentro del hospital, un servicio de catering para eventos y una fábrica de productos de panadería, apostando al trabajo de distribución de tareas y el asumir responsabilidades laborales, a su vez, " asume como un deber y necesidad, generar acciones que tengan impacto en el Hospital mismo, en sus lógicas manicomiales"(Sarmiento, 2018,p.64).

En el caso de las Residencias, la diferenciación es clara: corresponde a un dispositivo que se encuentra externo al Hospital, debido a lo cual se apunta a darle un nuevo significado o sentido de la vida cotidiana de los usuarios que transitan por él, como por ejemplo el asumir tareas en la casa y el compromiso de concurrir a algunas actividades de talleres, apostando al trabajo con el otro. En este caso Sarmiento (2018), plantea que las residencias " las intervenciones también disparan hacia diferentes direcciones y actores, y puede que el desafío esté dado en el cruce con las lógicas manicomiales también presentes en la comunidad"(p.64).

Uno de los objetivos que tienen ambos dispositivos es el generar mayor autonomía en los usuarios con padecimiento mental, a través de espacios que puedan desempeñar aspectos básicos de la vida cotidiana.

De modo que todos los actores involucrados en ambos dispositivos -ya sea desde los múltiples lugares por encarnar siendo coordinador o usuario-, construyen experiencia en esa red de roles asumidos, vínculos horizontales y toma de decisiones que se alejan de la imposición acrítica, propia de la lógica manicomial.(Sarmiento, 2018,p.60).

Brasil

Centro de Atención Psicosocial (CAPS)

Los CAPS fueron creados con el propósito de reemplazar las internaciones en manicomios por una atención abierta a la comunidad, encargándose de la puerta de entrada y regulación en salud mental. Su objetivo es brindar atención a la población, con supervisión clínica y reinserción social de los usuarios a través del acceso al trabajo, ejercicio de los derechos civiles, fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios, también proporciona apoyo dentro de la salud mental en la red básica.

El proyecto se basa en una propuesta terapéutica integrando “una serie de actividades y dinámicas diversificadas, que deben ser pensadas y discutidas por todos los actores que integran el servicio”(Azevedo & Miranda 2011 p.340). Se destacan las actividades colectivas referente a: talleres terapéuticos, encuentros y salidas fuera de los CAPS, actividades artísticas (expresión corporal, gestos, música).

La elaboración de talleres terapéuticos en el CAPS ofrece la posibilidad de proyectar conflictos internos/externos a través de actividades artísticas, con la apreciación de las capacidades creativas, imaginativo y expresivo del usuario, además de fortalecer la autoestima y la confianza en sí mismo y la expresión de la subjetividad, “El arte es capaz de producir subjetividades, catalizar afectos, engendrar territorios desconocidos y/o inexplorados (p.340). Azevedo & Miranda (2011) manifiestan que elegir la rehabilitación psicosocial como forma de atención en salud mental es “defender actividades y acciones que privilegien las aspiraciones, deseos y preferencias de los usuarios y familiares, respetando sus subjetividades, además de valorar la coparticipación y la co -responsabilidad” (p.340).

Programa vuelta a casa

Programa Volta para Casa (PVC), está regulado por la Ley n. 10.708/2003 y tiene como objetivo:

Contribuir eficazmente al proceso de inserción social de estas personas, favoreciendo la organización de una amplia y diversificada red de recursos asistenciales, facilitando la convivencia social, capaz de asegurar el bienestar global y favoreciendo el pleno ejercicio de sus derechos civiles. , derechos políticos y ciudadanos (Silva et al, 2021, p.54).

Se centra en la ayuda y rehabilitación en usuarios con padecimiento mental que cuenten con internaciones prolongadas y “se ocupa de que reciban el beneficio financiero para garantizar los cuidados psicosociales en los procesos de desinstitucionalización”(Silva et al, 2021, p.03). Este programa, más allá de una ayuda económica, resulta fundamental en el proceso de rehabilitación para la experiencia de vivir fuera del hospital ya que constató que con dicho

beneficio la vida de las personas mejoraron y comenzaron a usufructuar bienes de consumo incluyendo desde elementos esenciales para su subsistencia ya sea higiene, vestimenta, etc.

Residencias terapéuticas en Volta Redonda- Rio de Janeiro

Las residencias terapéuticas tienen como fin que el funcionamiento fuera similar al de una casa común, esto quiere decir, sin reglas y rutinas cómo se practican en un hospital. Se impulsa al usuario a realizar tareas del hogar, no cuenta con horarios fijados para el uso del baño y las comidas, pero, igualmente, se necesita el seguimiento de un profesional que les ayude en su día a día, incorporando siempre una postura de estímulo en el desarrollo de sus usuarios. Por esta razón, Martins et al (2012), proponen:

Se debe incentivar a los usuarios a participar en actividades domésticas y se debe abordar el riesgo de accidentes durante este proceso; tener autonomía para realizar actividades personales, pero teniendo en cuenta las peculiaridades e inseguridad de estos residentes, y respetar sus límites (p.92).

El trabajo realizado dentro de las residencias en el municipio, favoreciendo la asistencia de las personas con padecimiento mental, busca responder las nuevas condiciones de tratamiento que cuentan con el objetivo del desarrollo de la autonomía y la inclusión de los usuarios en el territorio, como ciudadanos. Esto depende tanto de intereses políticos como de un equipo multidisciplinario con el objetivo de intentar promover mejores condiciones de vida para los usuarios.

Colombia:

Centros de Acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia - CASMCUNAD

El centro de acompañamiento en salud mental comunitario de la UNAD CASMCUNAD, busca contribuir de manera significativa a la salud mental en Colombia trabajando en cada una de las poblaciones, considerando sus recursos y potencialidades. Promueve que la comunidad participe de manera activa en el manejo de sus propios procesos de salud mental, en donde se apodere de sus problemáticas y lidere dentro de su transformación y establecimiento de rutas de atención en salud mental, esto permite descongestionar los sistemas de salud y una participación comunitaria más activa, es así, que parte de la comunidad para la comunidad y con la comunidad (Gomez, 2021,p.07).

A su vez, Rodríguez (2021) indica que “se encargarán de coordinar el trabajo interinstitucional para su promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y paliación, lo que permitirá intervenir en diferentes temas como bienestar, violencias, salud, educación, pobreza, seguridad alimentaria, comunicación y desarrollo entre otros”(p.42).

Chile:

Centro de Rehabilitación Psicosocial. Clínica de Salud Mental Mirandes

El centro de Rehabilitación psicosocial- CRP, cuenta con planes de intervención grupal, dentro de los programas de intervención se identifican distintos talleres orientados a:

mejorar el desempeño de los usuarios en sus rutinas diarias, tales como: el cuidado de su aspecto personal e higiene, el desarrollo de conciencia de su enfermedad, fortalecer su autonomía y desarrollar habilidades sociales y cognitivas que promuevan su interacción facilitando así su participación en diversos contextos (Venegas, 2018, p.08).

Asimismo, se toma en consideración el trabajo en conjunto con la familia contribuyendo al proceso de rehabilitación y adherencia al tratamiento terapéutico y farmacológico. De este modo, el criterio de las rehabilitaciones es más bien de rehabilitación y psicoeducativo con el objetivo de desarrollar aspectos eficientes que le faciliten al usuario llevar a cabo competencias y habilidades sociales requeridas para lograr cumplir con las exigencias que demanda su reinserción al campo familiar, académico y laboral.

Hospital de día Raul Silva Henriquez

Se configura como una Unidad Clínica con el objetivo de brindar tratamiento a usuarios psiquiátricos agudos, el cual acceden a la atención adecuada de manera ambulatoria, sin perder el contacto con su familia y ambiente cotidiano, “brindando prestaciones de carácter diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación, así como de promoción y protección de la salud con grupos de enfermos o familiares, con el objeto de brindar conocimientos sobre la patología y su manejo”(Cordero, 2009, p.51). Las actividades clínicas desarrolladas consisten en: evaluación diagnóstica, planificación de tratamiento individual para cada usuario, reuniones de equipo para evaluar a cada usuario, evaluaciones específicas por cada profesional, actividades de psicoterapia individual y grupal, intervenciones al grupo familiar,

actividades de Psicoeducación a familiares y usuarios, visitas domiciliarias por asistente social y a veces por enfermera, interconsulta a otras especialidades si corresponde, evaluaciones psicológicas y de psicodiagnóstico.

Uruguay

Centro Psicosocial Sur Palermo CPSP

Fue pionero en nuestro país en proponer otras formas de trabajo para personas con padecimiento psiquiátrico. Dicho centro es una ONG sin fines de lucro que trabaja con adolescentes y adultos en rehabilitación en padecimiento mental. Al respecto, "propone al trabajo con la familia como instrumento estratégico en la rehabilitación de la persona con padecimiento psíquico. En este sentido, el CPSP presenta un abordaje familiar trabajando con las familias en los diferentes programas que componen el centro"(Palacios,2019, p.11). Al mismo tiempo, dispone de dos dispositivos concretos de trabajo con las familias, ellos son las multifamiliares y el grupo de psicoeducación, de los cuales describiré más adelante. En conclusión, el CPSP se ha extendido desde su fundación, contando con un alcance territorial que ofrece atención a poblaciones de distintos barrios de Montevideo, de diversos contextos socioeconómicos y a su vez ha desarrollado nuevos programas dependiendo de las necesidades que se han presentado a lo largo de los años.

Riquísimo Artesanal

La cooperativa social-gastronómica "Riquísimo Artesanal", es un colectivo de usuarios del Servicio de Atención en Salud Mental. Es una iniciativa destinada a la oportunidad de compartir mientras se trabaja, generando espacios de identidad. El dispositivo es un espacio creativo, "enmarcado en un proyecto de extensión universitaria de inclusión social, que se desarrolla construyendo espacios socioproductivos y culturales en clave de derechos humanos, dirigido a usuarios/as del Sistema de Atención en Salud Mental"(Castiglioni, 2021, p.14).

Castiglioni (2021) plantea que la iniciativa podría ser considerada como un dispositivo relacionado al campo de la salud mental que, en gran medida, intenta problematizar y desplazar la lógica manicomial que se encuentra fuertemente arraigada en nuestro país. "Mediante el trazado de nuevas líneas de abordaje de la vulnerabilidad social, pretende eliminar estigmas y posibilitar, a través del trabajo solidario, la inclusión social de usuarios

del sistema de salud mental” (p.03), en donde ellos puedan tomar las riendas despegándose un proceso de autoorganización y autogestión.

Como dispositivo alternativo, también pretende sustituir los ingresos hospitalarios y la medicalización por herramientas más adaptadas a los conceptos actuales de derechos humanos y derecho al trabajo de los usuarios, con el fin de lograr una mayor inclusión social. Experiencia que ha sido fundamental para su proceso de aprendizaje dentro del área gastronómica y con un sentido de una actividad terapéutica.

Colectivo Bibliobarrio

Bibliobarrio se reconoce como biblioteca popular y se identifican con una economía social y solidaria, siendo este su principal motor y objetivo a trabajar y sostener, para ello se realizan distintas actividades, las cuales comprometen la participación del barrio y sus vecinos, organizando actividades culturales, rifas y cantina para recaudar fondos y así poder mantener el espacio de esta forma, como mencionamos anteriormente, parte de lo recaudado se utiliza para la elaboración de los libros, por la cual todos los participantes de Bibliobarrio trabajan, su objetivo central es posibilitar un espacio laboral sostenible para los participantes del proyecto, lo cual permite y aporta en el desarrollo de cada uno de los participantes, pudiendo generar herramientas de trabajo y vinculables entre todos los que son parte de Bibliobarrio.

Bibliobarrio se compone de multiplicidad de espacios, proyectos e historias. No tiene figura jurídica, es un Espacio Cultural autónomo (en función de la relación con el Estado que tiene actualmente el proyecto). Lleva adelante una biblioteca, una editorial artesanal y un espacio cultural, configurando un emprendimiento cultural (Cardozo, 2018, p.94).

Su punto más fuerte es implementar y reforzar una forma de trabajo que deje por fuera cualquier relación de verticalidad o estigmatización, trabajan desde la horizontalidad, aunque sin ser la salud mental su punto central, aporta significativamente en los procesos de salud mental de los usuarios. Dentro de los programas bibliobarrio y riquísimo artesanal vemos reflejado la apuesta a la creación de emprendimientos colectivos con personas con padecimiento mental.

Considero que es muy significativo para los participantes de estos colectivos puedan tener ese sentido de pertenencia y se vinculen de forma horizontal entre todos, para no marcar la brecha

de la desigualdad y la estigmatización, sino que sepan que su aporte es muy importante y significativo al colectivo, apostando a la transformación de cada uno de los integrantes.

El trébol:

Es un dispositivo que surge dentro del Hospital Vilardebó, se lleva adelante en la sala doce del mismo y es coordinado y organizado por la Enfermera que está a cargo de dicha sala. Surge a partir de la inquietud por las personas que se encuentran en este espacio, ya que son usuarios con internaciones prolongadas debido a su patología, son personas jóvenes que tienen diversos saberes y características que posibilitan realizar distintas tareas y trabajos, organizados por la Enfermera a cargo. La mayor parte de los usuarios no cuentan con apoyo familiar. Esta opción de rehabilitación fue apoyada tanto como el hospital, como por ASSE y al día de hoy es sustentado por el Patronato del Psicópata. Del taller pueden participar todos los usuarios del hospital, reciben donaciones y hacen trabajos de construcción, tienen un lavadero, realizan ferias con venta económica, algunos aprendieron a leer y escribir. Podríamos decir, que a diferencia de los colectivos mencionados anteriormente, el trébol no surge como un dispositivo alternativo, lo lleva adelante una enfermera, es decir, no cuenta con un grupo interdisciplinario, además su organización y desarrollo es pensado y dirigido por ella, no se encuentra un espacio de intercambio, sobre todo tiene una organización jerárquica.

Dispositivos alternativos en salud mental:

Dispositivo Hospital de Día

En el marco de este nuevo paradigma de salud mental, nace el Hospital de Día dentro de las alternativas de atención para usuarios con padecimiento mental, centrado en la inclusión social, es considerado un espacio de tratamiento ambulatorio que se dirige a evitar la manicomialización. Cahn, citado en Flores (2013) identifica que dicho dispositivo surge como:

"una estructura asistencial que permite la puesta en marcha, en forma simultánea, de una gran variedad de recursos humanos y técnicas terapéuticas adaptadas a las necesidades del paciente y que contemplan al mismo tiempo a la familia, la sociedad y la aplicación del principio rector de la no-separación del paciente de su medio natural"(p.34).

Los países trabajados cuentan con programas Hospital de Día. Se puede afirmar que, en consonancia con lo determinado por las Leyes de Salud Mental discutidas anteriormente, Hospital de Día se presenta como un dispositivo terapéutico favoreciendo la inclusión social de los usuarios, ya que contribuye a generar mayor autonomía, a recuperar hábitos perdidos y que puedan establecer lazos sociales.

Dispositivo puerta de entrada

En nuestro país se encuentra el Centro Psicosocial Sur Palermo, denominado dispositivo de puerta de entrada acceso al Centro: "los medios por los que llegan los usuarios y los familiares, los criterios de ingreso y de derivación a las diferentes modalidades individuales, grupales o la comunidad terapéutica" (Palacios, 2019, p.55). En primera instancia, se realiza entrevista con el objetivo de conocer al usuario y a su familia y así verificar si cumple con los criterios de ingresos, continúa una segunda instancia para buscar definir las modalidades de trabajo en la que pueda integrarse el usuario y su familia. Esta instancia tiene como objetivo indagar "si el usuario está dispuesto a realizar actividades o si tiene cierta motivación para participar. También se busca el compromiso familiar con el tratamiento desde el inicio del proceso en el centro" (Palacios, 2019, p.56).

Dentro de los programas Hospital de día en San Antonio de Padua de Río Cuarto y P.R.E.A (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida) en Argentina, lo nombran como "proceso de admisión"; el cual está pensado para aquellas personas que padecen una patología psiquiátrica y "se encuentran en condiciones de concurrir diariamente a las actividades o en días definidos" (Flores, 2013, p.60). El cual tiene como evaluación "las condiciones para iniciar un trabajo de externación con las personas propuestas por los profesionales de las salas de internación que aceptan el desafío de externarse"(Cáceres et al, 2009, p.302) .Se observa que dichos programas funciona bien en los grupos de usuarios que "no está tan mal como para requerir la internación, ni están lo suficientemente bien como para poder sostenerse con un control ambulatorio" (Coordinadora de HD, 2013, entrevistado por Flores, p.60), donde se apunta al compromiso de los usuarios como protagonistas de su proceso de externación.

El ingreso de los usuarios a dichos dispositivos mayormente surgen de ser derivado por su Psiquiatra o Psicóloga tratante o posterior al alta de su internación, para luego ser evaluados mediante una entrevista de admisión. En conclusión, en el proceso de evaluación se realiza un diagnóstico psicopatológico, familiar y social y en base a eso, en caso de cumplir con los criterios de ingresos, se determina la inserción o no del usuario. La admisión no se efectúa

inmediatamente, sino que se toma la decisión luego de un proceso que puede llevar varias entrevistas.

Dispositivo de abordaje familiar grupal:

En el Centro Psicosocial Sur Palermo se trabaja desde una perspectiva integral de la salud incluyendo a la familia, considerándolo como una estrategia de trabajo en red dentro del Centro incluyendo usuarios, familia y técnicos, Palacios (2019) considera que el hecho de integrar a las familias en el tratamiento resultó ser un cambio importante en el abordaje del centro. La estrategia es intentar que las familias de los usuarios pasen a tener un lugar en relación con la enfermedad, logrando así generar nuevos roles dentro del funcionamiento familiar, que sean "más móviles y no tan estereotipados" (Palacios, 2019, p.58).

Cuenta con dos dispositivos con abordaje familiar grupal, uno de ellos es lo denominado multifamiliares y el grupo de psicoeducación. Las Multifamiliares refieren a un abordaje grupal a familias mediante las Comunidades Terapéuticas y son coordinadas por psicólogos/as. Tienen como dinámica de trabajo la interacción entre ellos en el caso de ser necesario, hacen señalamientos específicos para cada familiar. Como elemento dentro de la dinámica de los grupos se observa que utilizan el humor "como recurso terapéutico para los familiares ante situaciones trágicas, dramáticas, locas, raras, incómodas se los invita a que cuenten sobre su vida, sobre lo cotidiano; el recurso del humor descomprime, sirve para alivianar la situación y sobrellevarla" (Palacios, 2019, p.63). Tienen como objetivo funcionar como espacio de contención y encuentro entre familiares, donde se parte de la catarsis a la posibilidad de elaborar su situación en conjunto con técnicos y familiares. Por otro lado, los grupos de Psicoeducación, tiene una modalidad de coordinación que tiende a ser más directiva en el abordaje grupal, con mayor relevancia de la información y el asesoramiento a los familiares; el abordaje en el Grupo de Psicoeducación es "desde una mirada psicopatológica, que atiende principalmente a los síntomas y el trabajo sobre las conductas basales de los usuarios" (Palacios, 2019, p.71).

Dispositivo de Viviendas asistidas:

El dispositivo de viviendas asistidas surge ante la necesidad de residencia de los usuarios del Centro Psicosocial Sur Palermo y consiste en el subsidio de tres casas donde los usuarios conviven, reparten las tareas y los gastos, pueden recibir visitas, salir, no se realizan controles de entradas ni salidas. Por parte del centro, "se realiza un seguimiento del que participan

técnicos psicólogos desde el rol de operador terapéutico y como coordinadores. Se trabaja de forma individual y grupal, tanto con los usuarios como con las familias”(Palacios, 2019, p.79).

En Brasil, en la localidad de Volta Redonda se implementaron las Residencias Terapéuticas, un entorno en el que las personas con padecimiento mental ejercen su inserción en los servicios de hogares terapéutica, o también nombrados como simplemente casas, son viviendas que reciben a usuarios que se encuentren alojados en hospitales psiquiátricos, que no cuentan con apoyo familiar y estén transitando el proceso de desinstitucionalización. Las mismas se disponen para ser casas en la comunidad y tienen el objetivo de estimular al usuario (usuario con larga estadía en un hospital psiquiátrico) a obtener una mayor autonomía en sus actividades de la vida diaria. A los usuarios que se encuentren habitando, se les informa que la casa es suya, teniendo una connotación positiva la cual Martins et al (2021) en sus conclusiones mencionan:

“El hecho de que una persona con un trastorno mental viva en una casa, sin connotación hospitalaria, desconecta la imagen de que necesita vivir aislado de la sociedad y posibilita el ejercicio de sus derechos, avalados por la ley, como ciudadano”(p.93).

Asimismo, se los invita a asumir responsabilidades con el hogar e intentar favorecer el acercamiento con sus familiares, ya que demuestran que la persona puede ser capaz de vivir en un hogar y que el cuidado de sus familiares puede llegar a ser suficiente.

Dispositivos al aire libre

En hospital de día Argentina en San Antonio de Padua de Río Cuarto se encuentran las actividades de ocio y tiempo libre, del cual incluye actividades con la comunidad que tienen el fin de que los usuarios generen independencia y afiancen la posibilidad de integrarse socialmente. “Son actividades lúdicas en las que se fomenta el disfrute, así como la comunicación y la interrelación con los demás” (Flores, 2013, p.57).

En el centro cultural “Gomecito”, funciona como “taller verde” donde se realizan actividades al aire libre, espacio donde los usuarios “comparten experiencias, sentimientos, inquietudes personales, interrogantes y conocimientos, como así también la vida cotidiana, en el margen de la construcción de un vínculo de confianza y asimilación con el otro” (Moya,2020, p.51).

Río de Janeiro (Brasil), cuenta con un proyecto Rehabilitación Psicosocial Basada en Comunidad, el mismo, menciona el taller "Oficina da Praça", es la principal actividad orientada a acciones asistenciales territoriales, orientada en plazas de barrios, donde se generan espacios de producciones y es frecuentada por la comunidad para caminar, jugar, hacer ejercicio, etc. y actividades como deporte, lectura o conversaciones, con el objetivo según Castro & Maxta (2012) "aumentar la independencia y las relaciones. Además se busca la participación de usuarios, generando encuentros en grupos para promover "la construcción de la autonomía y reconocimiento de la ciudadanía por inmiscuirse en el propio espacio cotidiano, por la promoción de cambios significativos en los procesos terapéuticos en curso"(Castro & Maxta, 2012, p. 08).

Dispositivo de autonomía

En el transcurrir de la vida cotidiana se despliegan un conjunto de toma de decisiones que, para quienes utilizan dispositivos de autonomías se visualizan resultados transformadores. Dicho dispositivo orienta al usuario a desempeñar actividades como hacer compras, cocinar, salidas por la ciudad, entre otros. Incluye asignar tareas que llevan a cabo el funcionamiento de la casa y la convivencia: dividir las tareas del hogar como ¿quién cocina?, ¿quién limpia?, etc. El hecho de coordinar las tareas cotidianas ponen en práctica un ejercicio que construye autonomía. Como ejemplo de realización de este dispositivo tenemos el ya nombrado Hospital de día en San Antonio de Padua de Río Cuarto, Argentina, el cual lo denomina como "dispositivo de la vida cotidiana "; se lleva a cabo en "grupos reducidos y están dirigidas especialmente usuario con déficits en esta área y que necesitan adquirir autonomía" (Flores,2013, p.57).

En Uruguay, en Centro Psicosocial Sur Palermo, se encuentra el "Dispositivo de Comunidad Terapéutica" el cual está compuesto por dos grupos en base a las características de poblaciones distintas:

Grupo matinal: Se compone por una población que desde el inicio de la infancia ya cuenta con una patología. Palacios (2019), indica que uno de las actividades que tienen como eje central dentro del grupo es el trabajo desde el afecto y expresión, a su vez fomentan la convivencia y la formación de hábitos

La comunidad terapéutica de la tarde: el cual la población se caracteriza por haber iniciado la sintomatología esquizofrénica en la adolescencia o edad adulta, los técnicos la califican como "una población que no está en crisis y por lo general los síntomas negativos de la enfermedad

predominan, como por ejemplo: abulia, apatía y aplanamiento afectivo. Se trabaja fundamentalmente la sociabilidad, la convivencia y la adquisición de hábitos”(Palacios, 2019, p.59).

Dispositivo radio:

Se propone como un dispositivo de comunicación alternativa que tiene como objetivo llevar a cabo acciones que visibilicen a las personas que se encuentran atravesando padecimiento mental, como sujetos que tienen como fin emprender una lucha en contra del estigma y los prejuicios.

Radio vilardevoz :

Radio Vilardevoz es un proyecto autogestionado desde el año 1997 por usuarios de salud mental (internos y ambulatorios), estudiantes y docentes de la Universidad de la República y un equipo interdisciplinario. Ubicado en el Hospital Vilardebó y como consecuencia del esfuerzo colectivo de quienes participan continúa hasta el día de hoy, tienen como objetivo la lucha contra la exclusión y estigmatización. Entendida como un dispositivo de enunciación (Baroni, 2019), el cual tiene una de sus características principales implica ser una radio en que “los locos” asumen y toman la voz, los usuarios pasan a ser protagonistas en primera persona de su decir, terminando con la frecuente e institucionalizada que los silencia.

De este modo y por este motivo, Radio Vilardevoz se basa en tres pilares esenciales que son: la participación, la comunicación y la salud mental. La participación es fundamental dentro de la dimensión política del colectivo, pensado desde su organización como un proyecto de intervención socio-comunitaria; el cual integra la “producción de autonomía”, “construcción de ciudadanía” y la “capacidad de transformación del entorno por parte de los participantes” (Baroni, 2009, p.03).

En referencia a la comunicación, se apunta a la lucha contra la discriminación de la locura, la inclusión social, las etiquetas, los estereotipos, además en promover hábitos de trabajo, responsabilidad y compromiso, la creatividad y el desarrollo de sus potencialidades. En conclusión, tomamos las palabras de Baroni (2012) en el libro *Apuntes para la acción*.

Hacer Radio Vilardevoz significa para sus participantes una forma de tomar la voz, en primera persona y/o colectivamente, de ejercer un poder, para difundir y problematizar las condiciones de producción del paciente psiquiátrico y sus terapias. Pero además una posibilidad de construcción colectiva de espacios saludables, capaces de contener afectivamente a sus integrantes, al tiempo de constituirse en espacios de aprendizaje para la vida y sostén de proyectos personales (p.63).

El Centro de Salud Mental Comunitaria “La Casa de Ramos Mejía” una vez a la semana realiza el taller de radio denominado “Hablemos todos”. Este espacio tiene como objetivo estimular las capacidades de los usuarios de crear, pensar, sentir y hacer, y de esa manera trabajar en un espacio fundamental de su inclusión”(Cohen, 2015,p.39).Con objetivos similares, se encuentra el Centro Cultural Gomecito Radio Abierta: dichos programa tiene como fin, además de ser producido y realizado por usuarios, como “adquieren valor y relevancia sus aptitudes personales, se las destaca valora todo el tiempo, toman la palabra, se articula de manera variada la posibilidad de que los mismos plasmen sus opiniones y concepciones sobre diversos temas para ponerlos en debate” (Moya, 2020, p.51).

En todos ellos podemos destacar que su objetivo principal es que los usuarios sean protagonistas, dando lugar a la inclusión social produciéndose como sujetos de derechos con poder ciudadano. Es lograr transformar algo de lo instituido, generando un espacio en donde se trabaja en virtud de las potencialidades de los participantes y no enfocando en sus carencias. Un hacer radio que muestra la voz de los silenciados.

Talleres trabajados dentro de los dispositivos alternativos

Los talleres en Salud Mental son considerados terapéuticos, ya que ofrecen a los usuarios de los servicios un espacio de recepción y expresión. A su vez, progresan dentro del camino de la rehabilitación, ya que cumplen un rol de un dispositivo que construye el paradigma psicosocial, esto es, que representan una importante herramienta de resocialización e inserción individual en los grupos, proponiendo el pensar, actuar y el trabajo de manera colectiva. Dentro de las actividades que realizan los usuarios se encuentran; teatro, música, expresión plástica, pintura, etc.Este modo de terapia creativa funciona como espejo donde los usuarios proyectan sus necesidades, sus emociones y dificultades.

Talleres relevantes para esta monografía:

Taller de Teatro:

Se aspira a que los usuarios participen y se animen a jugar distintos roles, con el objetivo de trabajar, en el marco de un momento creativo, cuestiones negadas o no conocidas por el usuario. Se utiliza el cuerpo como vehículo actoral. Los talleres o juegos teatrales, son herramientas importantes dentro de la producción de salud, dado que permiten la elaboración de experiencias, emociones y sensaciones, brindando una permanente actualización subjetiva.

El Taller de juegos de teatro (Oficina de Jogos Teatrais) en Rio de Janeiro- Brasil, busca, a través de encuentros teatrales, trabajando con actividades corporales, poner a punto las emociones y los sentidos de los participantes, provocando el surgimiento de situaciones conflictivas, poniendo en juego las habilidades de cada usuario para resolver situaciones de la vida cotidiana.

A través de esta iniciativa, se ha logrado transformar las viejas concepciones sobre las personas que sufren de sufrimiento psíquico, siempre remitentes al miedo, al peligro y al encierro, en ideas positivas para la convivencia, presentando la diferencias en el pensar y actuar en la comunidad, a partir de la valorización de competencias, proyectos de la vida y los roles sociales de los participantes (Castro & Maxta, 2010, p. 09).

El uso del teatro como terapia, involucra nuevos espacios de trabajo en salud para redirigir el aislamiento social, en este sentido, por estar abierto a la comunidad propicia momentos de aprendizaje, reflexión y anticipación hacia las metas personales y grupales. Se caracteriza por mejorar los procesos de identificación, intercambio e inclusión en dispositivos e instalaciones sociales, e influir en los intereses terapéuticos y sociales. Gracias a esta iniciativa, fue posible transformar los viejos conceptos de las personas con sufrimiento psíquico

Taller de huerta:

El Hospital Viladrebó en nuestro país, desarrolla diversos programas tendientes a la rehabilitación, uno de ellos, es una huerta a la cual pueden concurrir todos los internos en un horario específico de taller. El objetivo de este taller es tomar contacto con la naturaleza, hacer una homologación del mundo de las plantas con los seres humanos y, de esta manera, aprender de ellos.

Bentancor & Sanción, citado en Cardozo (2018), mencionan que "este proyecto de rehabilitación promovió la integración de pacientes a un proceso, donde el objetivo fue que se

desarrollaran sus máximas habilidades, tendiendo al logro de un mayor despliegue psicosocial, lo cual implicaba el fortalecimiento vincular y la autonomía”(p.107).

Taller de cocina:

Aquí haremos referencia al ya mencionado programa Ríquisimo Artesanal, el cual tiene como tarea fundamental la elaboración y venta de empanadas, en ella, los participantes asumen roles diversos dentro de la producción. “Muestra un quehacer de autogestión, cooperación, solidaridad, apoyo mutuo, transparencia e igualdad entre sus miembros, procurando condiciones de trabajo justas y dignificantes. En consecuencia, deviene un dispositivo de inclusión socio -laboral”(Castiglioni, 2021, p.43).

Taller de música:

La improvisación musical, bajo la supervisión de un musicoterapeuta, introduce a los participantes a nuevas formas de interacción, incluido el desarrollo de la escucha activa, la asistencia en el desarrollo de recursos de audio y su música al servicio de las necesidades del grupo. Como parte de la experiencia grupal, cuando generalmente tienden a aislarse, aumenta su confianza y facilita la expresión de sus pensamientos, sentimientos y emociones frente a los demás. Estas experiencias con la música abren un espacio más seguro para la interacción social, especialmente cuando la comunicación verbal no es fluida, ayudando a fortalecer los lazos e identidades grupales.

En Chile, se implementa el taller de musicoterapia en el área de rehabilitación psicosocial de la Clínica Psiquiátrica Mirandes. El taller tiene criterios de evaluación están organizados a partir de los tres objetivos planteados acordes a las necesidades del grupo:

Expresivo-afectivo: trabaja sobre la capacidad de expresar aspectos personales a través de la interacción en la música, la capacidad de difundir de manera coherente los recursos de la expresión musical, como por ejemplo en la selección del instrumento según situaciones o emociones expresadas de manera improvisada o corporal “identificando y expresando lo sugerido por la música verbalmente; ampliar y realizar movimientos y gestos de forma libre tomando conciencia del propio cuerpo y sus posibilidades expresivas”(Venegas, 2018, p.50).

Escucha activa: El autor plantea que dentro de este objetivo se intenta realizar actividades que requieran escuchar al otro identificando y percibiendo sus estados de ánimo y lo que intenta

comunicar verbal, corporal (a través de los silencios con el propósito de conectarse consigo mismo) y musicalmente.

Identidad: Fortalecer el sentido de pertenencia al reconocer el papel del individuo en el grupo, fomentar la autoimagen positiva en las interacciones grupales, crear y disfrutar la vida juntos, identificar y definir verbalmente los gustos personales, como "explorar intencionalmente los instrumentos, crear música con características propias, identificarse a través de canciones e instrumentos musicales" (Venegas, 2018, p.50).

Taller de Arte:

Las experiencias creativas y artísticas realizadas contra la "racionalidad" del asilo, se presentan como una propuesta terapéutica. El arte tiene la capacidad de movilizar el mundo interior del sujeto, abriendo nuevas formas y presencias posibles en el mundo, propiciando cambios beneficiosos para su crecimiento y bienestar personal. Fue concebido como una oportunidad de expresarse desde otro lugar, no solo verbalmente. Dentro de estos talleres se pueden crear subjetividad, catalizar influencia y crear territorios desconocidos y/o inexplorados. Si bien los expertos en el campo no están seguros de cómo entender la relación entre el arte y la terapia, su valor en la rehabilitación radica en su capacidad para trabajar con los usuarios y explorar su potencial para conquistar el espacio social.

La creación y el arte se proponen como recursos terapéuticos en Salud Mental. Por tal motivo se torna de importancia generar dispositivos y espacios de enunciación para rescatar la subjetividad de las personas, ya que estos recursos terapéuticos en conjunto se presentan como alternativas al servicio de la promoción de la Salud Mental (Amico, 2004, párr. 318).

Además, al jugar con los territorios de la discriminación, el prejuicio y la exclusión, fomentan el debate sobre las diferencias entre quienes dan forma a sus historias de vida y las experiencias de la enfermedad, aportan una nueva comprensión del lugar del arte en el campo de la salud mental y la producción colectiva. Como espacio privilegiado, también sirve para transformar las realidades socioculturales actuales.

El Centro de Día "Libremente" es el dispositivo comunitario del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida- P.R.E.A fue creado con el doble objetivo de "ser el centro de referencia y espacio de integración para las pacientes externadas a través del programa y de promover la salud de la comunidad en general por medio de talleres artísticos, actividades

culturales y expresivas”(Cáceres et al, 2009, p.303).

las actividades realizadas dentro de talleres artísticos y expresivos: guitarra, fotografía, plástica, narrativa, poesía, tejido, folclore, historia del arte, cestería ecológica, construcción de máscaras; - espacio de trabajo corporal y cuidados de la salud: comida saludable, yoga, gimnasia.

Desde un enfoque terapéutico, los dispositivos creativos artísticos funcionarán en el espacio clínico facilitando la expresión del sufrimiento, objetivando y afinando en un diálogo con el grupo, donde la persona “habla” como habla, es decir que todos somos portadores de nuestra propia historia construida sobre las relaciones con los demás. En este contexto, el papel del terapeuta, al escuchar este lenguaje, es facilitar la recuperación de la persona con padecimiento mental.

Conclusiones

Actualmente Uruguay está cambiando su paradigma en relación a los problemas complejos de salud mental. Los objetivos específicos de la Ley 19.529 son acercar los servicios de salud mental a la comunidad, desarrollando un enfoque que tome en cuenta lo cotidiano, haciendo énfasis en la protección de los derechos, el uso de medidas interdisciplinarias e intersectoriales, a partir de las necesidades sociales, para eliminar conceptos biológicos y positivistas profundamente arraigados en la conciencia social y laboral, como el concepto de "enfermo" y los riesgos asociados a él. Esta tarea atañe no sólo a médicos, psicólogos, trabajadores sociales, sino también a las disciplinas artísticas que deben contribuir a ello, creando conocimientos y reconstruyendo relaciones sociales alteradas y violentadas en la dinámica de los encierros y asilos.

Crear todos los movimientos posibles para que se respeten los derechos de quienes por su tipo de padecimiento, se encuentran en un encierro prolongado, el cual como hemos visto en este recorrido, se basan en un modelo en el que la segregación y clasificación de las personas en función de la población y los problemas no hace más que aumentar el estigma y ocultar lo que produce la desigualdad social.

Por las razones anteriores, considero necesario tener una comprensión más profunda de la práctica de la atención manicomial a las personas con padecimiento mental, y reconocer que estas instituciones, burocráticas y que operan en interés del sistema social, político y económico, violan sistemáticamente los derechos humanos de los usuarios que se encuentran en un hospital psiquiátrico. En tales casos, se ejercen relaciones de abuso de poder, coerción, disciplina, supervisión, control e incluso castigo físico, psíquico y moral detrás de un aparente propósito terapéutico, sin tener en cuenta al sujeto como sujeto de derechos.

Para nuestra sociedad, la locura es sinónimo de anormal, pero mi pregunta al respecto es ¿qué es lo normal? Quienes delimitan las líneas de lo normal o anormal, cuales son los parámetros?. Mi interés fue explorar el campo de la Salud Mental a nivel regional, lo cual me impulsó a configurar mi objeto de estudio en relación a las experiencias construidas en los dispositivos alternativos en el proceso de desmanicomialización.

En los distintos dispositivos alternativos que se trabajan a lo largo de esta monografía, se encuentran puntos en común, relacionados al cuidado, la empatía, el apoyo mutuo, la escucha, la solidaridad, la autogestión, a diferencia de como funcionan otros espacios, donde prima el individualismo y en consecuencia generan sufrimiento psíquico. Estos dispositivos buscan potenciar los vínculos y generar espacios de producción creativa, en donde el sujeto se relaciona y produce espacios de alegría e intercambio con otros y con el entorno. Esta producción se hace efectiva mediante la articulación de diferentes saberes, no solo técnicos, sino que mediante los encuentros, y el trabajo colectivo, se generan acontecimientos, que crean distintas líneas de fuga para construir y crear otras formas de vivir. En un horizonte de progresivo cierre de las estructuras asilares y monovalentes, programado por la Ley. N° 19.529, es importante seguir posibilitando espacios de inclusión socio laboral orientados a la construcción de lo común, mediante procesos cooperativos de economía social y solidaria, sin dejar de prestar atención a la aparición de líneas de segmentariedad, que puedan frenar los procesos.

Los encuentros e intercambios entre pares y con lo desconocido posibilitan aprendizajes, lo cual provoca la necesidad y las ganas de generar transformaciones en conjunto, vinculando las distintas perspectivas y experiencias desde las múltiples subjetividades.

Dentro de los distintos planteos y posiciones que aparecen en este trabajo, la ética es entendida como un punto importante y fundamental para pensar en los sujetos con una perspectiva de derechos que contemple sus necesidades, propuestas, inquietudes y demás, lo cual permite pensar a los sujetos más allá de su enfermedad o dolencia y no como una especie de entidad que ha perdido su racionalidad, y por tanto su condición de ser humano.

En relación a esto surge la necesidad de pensar en las personas con menor autonomía, no sólo en función de la contención, sino haciendo un enfoque directo sobre sus derechos, sin negar o invisibilizar las distintas situaciones de dependencia. Esto implica pensar y abordar la salud más allá de la ausencia de enfermedad, posibilitando que los sujetos desarrollen sus potencialidades. De esta manera, pareciera que el desafío presente de la Salud Mental consistiría en promover un cambio paradigmático, una transformación en la concepción sobre la locura y por lo tanto de sus prácticas.

En conclusión y a modo de aporte personal, el recorrido teórico en el desarrollo de este trabajo me ha permitido profundizar en la realidad histórica del campo de la salud mental. Este acercamiento ha generado un interés vocacional en mí como estudiante en vísperas de la finalización de la carrera, lo que también generó interés en la intervención desde la acción.

Después de todo, el cambio, por pequeño que sea, es la única manera de demostrar que se puede cambiar la realidad.

Referencias

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 94-105
- Amico, Lucía del Carmen. (2004). Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental. [Edición electrónica]. *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Social*, (35). Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial- Organización Mundial de la Salud (1997). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso (WAPR- WHO)
- Azevedo, D. M. D., & Miranda, F. A. N. D. (2011). Talleres terapéuticos como herramienta para la rehabilitación psicosocial: percepción de la familia. *Escola Anna Nery*, 15, 339-345.

- Barrero, Á. (2016). Perspectiva de la Salud Mental en el contexto colombiano. Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental. *Poiesis*, 31, 72-77.
- Baroni, Cecilia (comp.) (2009). Radio Vilardevoz. Recuperado de https://www.academia.edu/39743001/Radio_Vilardevoz
- Baroni, C., Jimenes, A., Mello, S. y Viñar, M. (2012). Extensionando con locura Vilardevoz: una experiencia de comunicación participativa. En *Apuntes para la Acción II*. Montevideo: Extensión Libros
- Baroni, C. (2019) Una historia de locos: Aportes de Radio Vilardevoz al proceso de desmanicomialización en Uruguay (1997-2017), Tesis para defender el título de Doctorado opción Historia, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Uruguay.
- Basaglia, F. (2008). La condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio. Buenos Aires. Ed. Topía
- Batista, S (2019). Participación. La experiencia de personas usuarias en el proceso de reforma en legislación en Salud Mental en Uruguay (período 2014-2017). Tesis de Maestría en Psicología Social, Universidad de la República, Uruguay.
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6 (2), 6-113.
- Braga, C.P. (2019). A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. *Saude e Sociedade*, 28, 198-213.
- Braga, C. (2020). Argumentos para utopias da realidade e a experiência da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 29.
- Brasil. Congreso de Brasil. Ley 10.216, abril 06. Brasil: Congreso; 2001.
- Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., & Riva, M. R. (2009). El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat*, 20(86), 299-307
- Cardozo, D. (2018). Desmanicomialización en el Uruguay: experiencias de gestión colectiva en dos emprendimientos de trabajo-acogida-vida. Tesis de Maestría en Psicología Social. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología

- Castiglioni, N. (2021). Intervenciones-salud mental y derechos humanos: Riquísimo Artesanal: el devenir de un dispositivo alternativo en tiempos de pandemia.
- Castro, L. M., & Maxta, B. S. B. (2010). Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 6(1), 1-11.
- Cohen, J. M. (2015). La Casa de Ramos Mejía: salud mental comunitaria en el marco de las políticas de salud mental en la provincia de Buenos Aires (Master's thesis, Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina).
- Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1616 (21, enero, 2013). Por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C., pp. 1-17.
- Cordero Briceño, M. (2009). Hospital de día Psiquiátrico.
- Cruz, N. F. de O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G.G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e*
- Del Castillo, R., Villar, M., y Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83 – 96.
- De León, N. (coord) (2013). Salud mental en debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.
- Deleuze, G. (2007). ¿Qué es un dispositivo? En dos regímenes de locos. España: Ed Pretextos.
- Fanlo, L. G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>
- Flores, P. I. (2016). Hospital de día como dispositivo de desmanicomialización (Doctoral dissertation).
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (20), 25-34.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. 1a ed. Buenos Aires: Lugar.
- García, M. S. (2019). La desinstitucionalización en el campo de la salud mental en Uruguay: desafíos y realidades de una transición actual.

Gatica-Saavedra, M., B. Vicente, and P. Rubí (2020): “Plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile,” *Revista médica de Chile*, 148, 500–505

Goffman, E. (2001) *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 1ª ed. 3ª reimp. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Recuperado de: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffmaninternados.pdf>

Guattari, F. (1998). *La producción de subjetividad del capitalismo mundial integrado*. En *El devenir de la subjetividad*. Santiago de Chile: Dolmen.. recuperdo de: <http://centrodedocumentaciondelasartes.cl/g2/collect/cedoc/images/pdfs/4411.pdf>

Heredia, J.M. (2012). *Dispositivos y/o Agenciamientos*. *Contrastes*. *Revista Internacional de Filosofía*, 19 (1), 83-101. Recuperado de: https://www.uma.es/contrastes/pdfs/019/5-Juan_Manuel_Heredia.pdf

Hermosilla, A. M., & Cataldo, R. (2012). *Ley de salud mental 26.657: antecedentes y perspectivas*. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 134-140.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM IV- (1995). American Psychiatric Association. Fourth Edition. Masson. S.A; Barcelona.

Ley Nacional de Salud Mental (26.657/2010) Boletín oficial N° 32041

Ley N°19.529 (2017) Ley de Salud Mental. Montevideo, Uruguay

Martins, G. D. C. S., Moraes, A. E. C., Santos, T. C. F., Peres, M. A. D. A., & Almeida Filho, A. J. D. (2012). *O processo de implantação de residências terapêuticas em Volta Redonda-Rio de Janeiro*. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(1), 86-94.

Ministerio de Salud, MINSAL. (2016). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*. (Documento en construcción). Manuscrito en preparación.

Minoletti, A., Sepúlveda, R., Gómez, M., Toro, O., Irarrázabal, M., Díaz, R., ... & Chacón, S. (2018). *Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e131..

- Moya, S. (2020). Crear, Jugar,(re) inventarse: la experiencia del Centro Cultural El Gomecito en el proceso de la desmanicomialización (Bachelor's thesis, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales).
- Natella, G. (2017) Salud Mental comunitaria en acción: El problema de la formación profesional. En Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Espacio Interdisciplinario. Universidad de la Republica. Editorial Psicolibros Universitario. (p.237- 263).
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. Ciudad de México: Mc Graw Hil
- Observatorio de Derechos Humanos de la UC. (2014). La Salud Mental en Córdoba: entre la sanción de las leyes y su efectiva concreción. En Mirar tras los muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba (págs. 261-339). Córdoba.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Versión Electrónica]. Recuperado de: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Política, Planes y Programas de Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental en 2006. [Disponible en: https://www.who.int/mental_health/policy/mhpolicy_plans_module_Spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción integral sobre salud mental 2013- 2020. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Salud mental en las emergencias. Nota descriptiva N°383. Centro de prensa. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/resources/mhe.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. O.P.S (1990). Declaración de Caracas. Recuperado de <http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/>

- Palacios Cacciatori, M. (2019). Dispositivos de abordaje familiar en el campo de la salud mental: estudio exploratorio en el Centro Psicosocial Sur Palermo.
- República de Chile, Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago: Ministerio de Salud: 2000
- Rodríguez Campo, Y. A. Centros de acompañamiento en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional Abierta ya Distancia CASMCUNAD.
- Rodríguez, J. (2011). La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe: La evolución hacia un Modelo Comunitario. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 75 N° 2 (pp. 86-96) Diciembre 2011. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03_rodriguez.pdf
- Romano, S., Porteiro, Ma.F., Novoa, Ma.G., Lopez, G., Barrios, Ma.C., García Rampa, M. y García Trovero, M. (2018) Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Diagnóstico de situación abril/ 2018. *Rev Psiquiatría Uruguay* 2018; 82 (1): 22-42. Recuperado de: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/12/02_ASM_1.pdf [Acceso 18/07/19].
- Rosendo, E. (2013). Legislación argentina en salud mental: convergencias y divergencias en torno a las reformas en salud mental. *Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador*, 130-144.
- Sarmiento, E. A. (2018). Dispositivos alternativos en salud mental: el proceso de desmanicomialización en clave santafesina.
- Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud- enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta [Versión Electrónica]. *Salud colectiva*. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2007.v3n3/271-283/es>
- Sampayo, A. d. (2005). La desmanicomialización como práctica contrahegemonica en el abordaje de la salud mental. Universidad Nacional De La Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Silva, J. L. D., Lucena, M., Lyra, J., Mota, M. D. L., Bessoni, E., Rego, C. P. D., & Silva, J. K. J. D. (2021). El Programa De Vuelta a Casa y sus repercusiones cotidianas: el acceso a un ingreso y los entrecruzamientos de los territorios existenciales en la vida comunitaria. *Salud colectiva*, 17, e3058.

- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la Salud en Argentina. Recuperado el 10 de abril de 2016, de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n3/v6n3a04.pdf>
- Stolkiner, A. (1988). Practicas en Salud Mental. Revista Investigación y Educación en Enfermería, 6(1): 31-61.
- Stolkiner, A. & Solitario, R. (2007). Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías. En D. Maceira (Comp.), Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Techera, A., Apud, I., & Borges, C. (2009). La sociedad del olvido. Un ensayo sobre lenfermedad mental y sus instutuciones en el Uruguay. Montevideo: Comisión Sectorial del Investigación Científica. Universidad de la República. recuperado de: https://www.academia.edu/716898/La_sociedad_del_olvido._Un_ensayo_sobre_enfermedad_mental_y_sus_instituciones_en_Uruguay
- Venegas Chazarro, G. (2018). Musicoterapia en salud mental: proceso grupal con personas (diagnosticadas con esquizofrenia) en el área de rehabilitación psicosocial
- Vasen, J., & Massei, H. (2006). Reinserción social en adolescentes a través del programa “Cuidar-cuidando”. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría, 17, 432-439. https://patasterapeutas.com.br/pesquisas/data/files/117/1599858841_la156XbBp0HTYLd.pdf
- Viviann, G. G. A. (2021). Caracterización socio-comunitaria Proyecto CASMCUNAD.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Tisera, A., Sopransi, M. B., Lenta, M. M., & Freire, M. (2011). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. In IX Jornadas Nacionales De Debate Interdisciplinario En Salud Y Población. Instituto Gino Germani.
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Tisera, A., Lenta, M. M., Lohigorry, J., & Moschella, R. (2016). Obstáculos y posibilidades de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013. En INTERVENCIONES EN PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA. Territorios, actores y políticas sociales. Buenos Aires (Argentina): Teseo.