



# ***Problematizaciones y reflexiones sobre el campo de salud mental***

**Facultad de Psicología - Universidad de la República**

**Trabajo Final de Grado**

**Ensayo Académico**

**Estudiante: Valentina Vignoli  
C.I 4.863.841-7**

**Tutora: María Verónica Blanco  
Revisora: Lisette Grebert**

Montevideo, octubre de 2022

La locura, no es ajena a los “cuerdos”, no es de exclusividad de la psiquiatría, de la psicología o de espacios como el manicomio, hospitales o centros de salud, sino que es parte de la sociedad.

Comenzar a pensar sin manicomios parece ser el desafío que queda por delante.

(Baroni, 2019)

# Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Capítulo 1 .....</b>	<b>4</b>
• <b>Breve recorrido histórico sobre el modelo asilar .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Capítulo 2 .....</b>	<b>12</b>
• <b>Los modelos de salud, la Salud Comunitaria.....</b>	<b>12</b>
<b>3. Capítulo 3 .....</b>	<b>16</b>
• <b>Locura, estigma y políticas de salud mental en Uruguay .....</b>	<b>16</b>
<b>4. Capítulo 4: .....</b>	<b>22</b>
• <b>Retos actuales: Lazos Sociales y Vulnerabilidad Relacional .....</b>	<b>22</b>
<b>5. Capítulo 5 .....</b>	<b>27</b>
• <b>Reflexiones desde los feminismos .....</b>	<b>27</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>34</b>

## Resumen

El presente trabajo final de grado plantea desarrollar un ensayo académico que despliegue el recorrido histórico por el cual se ha transformado la noción de salud mental y sus modelos de abordaje. Desde los inicios de la modernidad, las lógicas de encierro y exclusión han situado a la locura como la falta de razón y consecuentemente, se han considerado a las personas con trastornos mentales como peligrosas y no deseadas para el ideal de la sociedad.

Si bien hace ya varias décadas se ha propuesto un nuevo paradigma de salud que torna como protagonistas las acciones de prevención y promoción, estos esfuerzos han resultado insuficientes. Lo cual creemos posible de explicar, debido al actual contexto neoliberal de nuestra sociedad, donde las acciones colectivas se han visto fragmentadas ante la individualidad y los debilitamientos de los lazos sociales que nos enfrentamos. Buscaremos problematizar otras maneras de vivir, de ser y de sentir, para demostrar el carácter construido y, por lo tanto, modificable de nuestras relaciones, y para crear condiciones de vida digna y plenas, para toda la población.

**Palabras clave:** salud mental - estigma - lazos sociales - política afectiva.

## Introducción

En este ensayo académico se realiza un recorrido histórico de los procesos de transformación que han atravesado los diversos modelos de salud y sus respectivos abordajes. Para ello, partiremos describiendo las prácticas y sentidos de un modelo asilar, donde las lógicas de encierro y exclusión fueron llevadas a cabo a través de instituciones psiquiátricas.

Durante siglos, la tendencia, ha sido la de ocultar todo aquello que fuera considerado como disfuncional para el orden hegemónico de las sociedades modernas. De esta manera, todo aquel que era considerado sin razón, se lo denominaba bajo la figura de la locura y ante un supuesto de peligrosidad, eran sometidos a prácticas deshumanizantes.

No fue hasta mediados del siglo XX que surge un nuevo paradigma basado en la salud comunitaria, que planteará nuevas lógicas, basadas en la promoción y prevención de la salud, desde un enfoque de participación de toda la comunidad. Alejándose del discurso médico restringido, este nuevo modelo, planteará la salud como una construcción social e histórica, que comprende un amplio campo complejo y dinámico.

Este proceso de transformación se ve obstaculizado frente a la realidad actual que se enfrenta nuestra sociedad. Desafíos como el creciente individualismo, los debilitamientos de los lazos sociales y las políticas neoliberales, disminuyen las potencias creadoras. Estos retos hacen que sea necesario un cambio cultural, para recordar que somos protagonistas de nuestra propia historia. Donde movimientos emancipadores, propicien el accionar desde un pensamiento crítico y así denunciar, reivindicar, incluso transformar el orden impuesto.

Este enfoque transformador, abrirá los caminos hacia una nueva forma de organización social, desde un horizonte de derechos y participación para toda la sociedad.

## Capítulo 1

### ***Breve recorrido histórico sobre el modelo asilar***

En este primer capítulo desarrollaremos una revisión histórica del modelo asilar. Para ello partiremos desde una concepción de salud mental como construcción histórica, donde el sujeto y su consecuente categoría sano/enfermo, dependerá de cada sociedad y de los determinantes hegemónicos que ésta estipule, como patrones que establecerán cuando el individuo será considerado sano o no (Techera, Apud y Borges, 2009).

Históricamente las sociedades han tendido a segregar lo diferente, expresión de ello es el aislamiento histórico que las mismas han generado hacia las personas con enfermedades mentales. Es así que se crean los asilos, los manicomios, como instituciones tendientes a la contención y segregación de lo que no se quiere ver, en el supuesto de que lo que no se ve, no existe. (Castillo, 2011, p.2)

Nos situaremos en el contexto histórico comprendido entre los siglos XVII y XIX. Un periodo conocido como la época del gran encierro (Foucault, 1993). Allí el modelo asilar ha sido el sistema por excelencia, cuyo intento fue homogeneizar a la sociedad desde lógicas de exclusión y prácticas de encierro (Techera, Apud y Borges, 2009). Dichos intentos, se corresponden con el pasaje de una sociedad monárquica - basada en la religión y prácticas de suplicios - hacia una sociedad burguesa, cuya organización social de tipo mercantil posee un sistema de normalización de las desviaciones, que responde a lógicas de beneficio y utilidad (Foucault, 1975; 2002). Estas sociedades, buscaron ocultar lo disfuncional y para ello, utilizaron estrategias de aislamiento a través de diversas estructuras edilicias. Nos centraremos en el hospital psiquiátrico, producto de la modernidad, para entender que a partir de este momento histórico, los trastornos mentales comenzaron a ser considerados como la ausencia de razón y

ante el objetivo de ser corregidos, surge su consecuente internación. Desde esta óptica, no estamos hablando de un enfoque de tratamiento, sino de un modelo de vigilancia, disciplina, corrección y castigo (Techera, Apud y Borges, 2009).

Surge el ejercicio del castigo en forma de aislamiento y se impone en las sociedades modernas un nuevo tipo de mecanismo de poder: La disciplina. Entendiendo según Foucault (1975; 2002) ésta última como los “métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de su fuerza y les imponen una relación de docilidad-utilidad” (p. 141). Este cambio de sistema en el modelo de poder se relaciona con el descubrimiento del cuerpo como objeto y bando de poder. Se espera la obediencia y la respuesta a la manipulación, de aquellos cuerpos dóciles, entendidos como sinónimos de cuerpos útiles y de alto funcionamiento. Ya que, al ser sometido, éste es a su vez transformado y perfeccionado, desde el lado del trabajo y la productividad, situarán la razón y con ello la libertad de los individuos, quienes por el contrario serán juzgados y condenados (Foucault, 1975; 2002).

El capitalismo naciente, que en su normativización de la vida de los individuos impone sus condiciones de normalidad y error, encierra y excluye la locura junto con todo lo que en los márgenes de la nueva relación social, se transforma en desecho inútil (..) En ese tiempo, el del "gran encierro", la división manufacturera del trabajo y la razón cartesiana construyen finalmente al hombre. El loco será entonces, junto con otros marginales, el desecho de esta operación. (Galende, 1990, p.125)

De esta manera, la justicia comienza a ejecutar las penas desde un ámbito administrativo teórico penal, donde busca la imposición de la pena como manera de reformar y corregir desviaciones, y el castigo, pasa a ser considerado como instrumento y objeto de razones político-económicas que valoran el desarrollo de la producción y el aumento de las riquezas, de una manera más universal y sobre todas las partes del cuerpo social. Ya no se juzgarán y castigarán solo ciertas acciones, sino que también, castigarán instintos, pasiones y anomalías. Incluyendo todas las prácticas que no están permitidas en el discurso de dichas sociedades, que establecen

lo anormal como aquello que no es útil para el sistema de producción burgués (Foucault, 1975; 2002). Juzgando no solamente las infracciones, sino que también, a los individuos. No por lo que han hecho, sino por lo que son, en forma de normalizar y volver útil a todo aquel que debe resultar productivo para la sociedad (Foucault, 1975; 2002).

Es a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX que la medicina se adueña del discurso de la locura y la psiquiatría se instala con más fuerzas en el abordaje de lo mental. Se pretende explicar los fenómenos de la locura, refiriéndose exclusivamente al carácter somático de los trastornos mentales. Entendiéndose como disfunciones cerebrales, éstos debían ser observados y descritos, de manera tal, que se haría accesible a un conocimiento racional (Galende, 1990). Bajo este argumento, el loco, encerrado, apartado, objetivado y analizado, pierde su condición humana y adquiere una etiqueta permanente de enfermo mental (Amico, 2005).

Una vez encerrados, se produce en las personas hospitalizadas una serie de efectos que irrumpen en sus mundos habituales. Según Goffman (2011) dichos hospitales psiquiátricos son definidos como “erigidos para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por si mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad” (p.18). Para este autor, toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio, tiene, en síntesis, tendencias absorbentes. Dicha tendencia está caracterizada por la fuerte ruptura con el mundo exterior y se materializa por barreras que suelen adquirir forma material, como puertas cerradas, altos muros, alambres de púa, ríos, bosques, entre otros. Para este autor, este tipo de establecimientos son denominadas como, instituciones totales. Las cuales se definen como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Las cárceles sirven como ejemplo notorio, pero el mismo carácter intrínseco de prisión tienen otras

instituciones, cuyos miembros no han quebrantado ninguna ley. Tal es el caso de los hospitales psiquiátricos” (Goffman, 2001, p.13).

Una vez que ingresan a estas instituciones, se genera una especie de mundo del interno, en la cual, desde el momento del ingreso a la institución, puede ocurrir lo que se ha denominado desculturación (pérdida o la incapacidad para adquirir los hábitos que corrientemente se requieren en la sociedad general) o sea un desentrenamiento que lo incapacita temporalmente para afrontar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior (Goffman, 2001). Al llegar se le despoja inmediatamente las creencias que tiene de sí mismo, profanaciones del yo. La barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marcan una primera “mutilación del yo”. Aspecto jurídico de este despojo permanente se lo encuentra en el concepto de “muerte civil” los reclusos pueden enfrentar no ya solo una pérdida temporal de los derechos a testar dinero y girar cheques, a litigar procedimientos de divorcio o adopción, y a votar, sino que, además, pueden sufrir la anulación permanente de algunos de ellos. El interno descubre así que ha perdido ciertos roles en virtud de la barrera que lo separa del mundo exterior.

Producto de la institucionalización en hospitales psiquiátricos, las personas internadas, desarrollan una serie de consecuencias y efectos adversos, de los cuales considero pertinente destacar la estigmatización y la iatrogenia (Techera et.al., 2009). La iatrogenia se entiende como un deterioro progresivo en las capacidades cognitivas y sociales de aquellas personas internadas, en tanto encerradas se las aísla de su entorno social llevándolas a un sedentarismo y pasividad que las estancan. La reclusión en un espacio enajenante torna los vínculos pasivos y enfermizos. El “recluido” pasa a encontrarse a la deriva –tanto espacial como temporalmente– donde parece detenerse con la sensación de un eterno presente, creando el riesgo a la cronificación. Término denominado por De León (1997) como la consecuencia de este estilo de vida que confluyen a la pérdida gradual de roles y potencialidades, rompiendo los vínculos sociales cotidianos, sumergiendo al paciente en una creciente pasividad y pérdida de autonomía, cualidades que hacen del ser, ser humano.

En cuanto a la estigmatización, es planteada como el mecanismo por el cual el conjunto social marca negativamente a las personas que no se adecúan a sus preceptos. Cuando una persona ingresa en este tipo de categoría, comienza a sentir el peso tanto en sus vínculos informales como también en ámbitos familiares y laborales. Por lo tanto, es importante entender que las instituciones producen y reproducen nuestras acciones, pensamientos y afecciones. Bajo las normas que se formulan a través de las instituciones, así formamos una imagen de nosotros mismos. Pero cuando nos alejamos de los estándares de la normalidad, surge el estigma intentando capturar simbólicamente aquello que escapa de lo convencional, fenómeno al cual, mencionaré colador social (Techera, Apud y Borges, 2009).

A partir de la estigmatización y la iatrogenia, surgen denominaciones que forman una alianza que impide integrar al enfermo mental a la sociedad. Por esta estigmatización la persona en vez de avanzar en su reacomodamiento con la red de vínculos y actividades que implica la sociedad es atrapada en una imagen que la estigmatiza y desvaloriza como sujeto (Techera, Apud y Borges, 2009). La lógica institucional atraviesa los individuos, define y regula las prácticas sociales. Se materializa en leyes, costumbres y creencias. Promueve modos de pensar, de sentir y de actuar.

En respuesta a los procesos de exclusión social y las diversas consecuencias negativas que las lógicas manicomiales sostenían, se empieza a cuestionar el modelo asilar. A partir del siglo XX surgen diferentes movimientos y organizaciones en defensa de los derechos humanos, planteándose prácticas alternativas para la transformación de la estructura sanitaria. Desarrollando una nueva forma de comprender la salud y la enfermedad, como también su atención y abordaje, buscando la transformación de los dispositivos institucionales hacia la comunidad.

Los cambios de abordaje han buscado potencializar las posibilidades de reinserción social, trabajando en la rehabilitación psicosocial. Como el proceso que facilita al individuo con limitaciones, a reestructurar de modo flexible, la autonomía de sus funciones en la comunidad,

desde un enfoque pragmático. Esta autonomía sólo es posible mediante la puesta en escena de nuevas prácticas sanitarias que promuevan un desarrollo a nivel institucional, a través de un replanteo de la relación médico psiquiatra-paciente. Se trata entonces de reestructurar un modelo médico que prescinde del “paciente” como parte activa en el proceso de intervención en salud (Techera, Apud y Borges, 2009).

Dichos movimientos reformistas, surgen en la década del 60 y devienen precisamente de un contexto social e histórico que abre lugar a nuevas modalidades de tratamiento del sufrimiento humano, en el marco de finalización de la Segunda Guerra Mundial, donde se producen condiciones de existencia que habilitaron una serie de transformaciones a nivel mundial. Identificamos dos importantes antecedentes internacionales, que han tenido gran influencia en América Latina y en nuestros días, estos son los movimientos antimanicomiales surgidos en Italia y la Psicoterapia Institucional en Francia.

En Italia luego de aprobada la Ley 180/1978, se comienza progresivamente el cierre de los hospitales psiquiátricos, proceso de desinstitucionalización basado en un modelo alternativo comunitario impulsado por la experiencia de Franco Basaglia, psiquiatra pionero y propulsor de movimientos antimanicomiales.

Ejemplo de esta serie de proyectos alternativos, mencionaremos brevemente la clínica de La Borde, pionera en el modelo de la Psicoterapia Institucional, dispositivo ejemplar de la psiquiatría revolucionaria en Francia. Donde el componente terapéutico y su potencial curativo, está en articulación con cada instancia de encuentro, de acogida, donde acoger al otro en su dolor, gesto, palabra, permite alojar la angustia en el colectivo, para colectivamente des-alojarla. Esta propuesta terapéutica aloja lo diferente, habita lo heterogéneo, y, por tanto, permite el despliegue de las locuras, los delirios y discursos de los distintos modos de existencia posible (Grebart, 2013).

Estas prácticas transversales, logran dismantlar los estereotipos, al alejarse de la captura social de los procesos homogeneizantes de la subjetividad, la política libertaria contra el encierro ha sido la propuesta institucional de La Borde, que ha servido como una perspectiva de compromiso humano, que ha logrado impulsar en América Latina movimientos desmanicomiales, basados en propuestas comunitarias, que han permitido alojar y dar lugar a todo aquello que no se comprende, sin expulsarlo, sin encerrarlo, sino que ha permitido albergar las diferencias desde una postura colectiva y dialógica (Grebert, 2013).

Finalmente, considero necesario destacar, a partir de los postulados de Foucault (1964;1998) y Castel (2009), que la dimensión social e histórica de la locura, trasciende el campo de la salud mental, estando sometida a diversos mecanismos y lógicas dominantes. Si bien no se desarrolla en el presente trabajo final de grado un apartado meramente para ahondar en dichos postulados, considero que éstos operan como contexto y marco de comprensión del fenómeno de la locura, siendo importante su comprensión para hoy en día entender sus efectos y desarrollos, particularmente, del modelo alternativo comunitario, del cual hablaremos en los próximos capítulos.

Estas referencias resultan claves para la comprensión histórica y filosófica del campo de la salud mental, donde el discurso de la locura, como modo de subjetivación minoritario, excede la comprensión de la salud y enfermedad. La locura, en el orden social propio de la época clásica es envuelta en una relación de tutela, la internación surge con fines económicos que supone un mecanismo social de eliminación ante todo aquello que resulte heterogéneo o nocivo para el orden establecido, otorgándole a la locura un sentido de peligrosidad y desorden (Foucault, 1964;1998). Es esta unión entre razón y capital, que da lugar al entrecruzamiento de la medicina y la justicia, lo cual caracteriza el proceso de institucionalización de la enfermedad mental, como relación tutelar a partir de las cuales se fue organizando el espacio hospitalario, ante la superposición de castigo y tratamiento que refiere al saber/práctica psiquiátricos como lugar de

clasificación nosográfica de las enfermedades mentales y la imposición de relación asistencial del tratamiento moral, a fin de restituir las dimensiones de razón y equilibrio (Castel, 2009).

El campo de la salud mental se ha configurado a lo largo del tiempo como sistema represivo sanitario-asilar de control de diferencias y por hacemos énfasis en romper con las lógicas de control y estigmatización expuestas, apostando a la construcción colectiva de nuevas formas de vivir las instituciones y de nuevos dispositivos de enunciación (Grebert, 2013).

## Capítulo 2

### ***Los modelos de salud, la Salud Comunitaria***

A partir de lo desarrollado en el apartado anterior, en este segundo capítulo, haremos énfasis en la propuesta de los modelos de salud alternativos, ya que estos han actuado como potencias transformadoras ante las vivencias de aislamiento y sufrimiento históricas, propias de las lógicas del modelo asilar.

Partiremos desde la propuesta del enfoque comunitario, el cual representa un cambio de paradigma que, a partir de los años 60 en occidente, propone dar prioridad y dirigir sus esfuerzos hacia la salud y no la enfermedad (Saforcada, 2010).

Posicionarnos desde este lugar, implica resignificar el valor y la importancia de la participación, así como también del rol activo que despliega la comunidad, entendiendo a ésta última como el componente principal. Esto significa, sacar el sufrimiento mental del sistema institucional y amurallado, para volver a su contexto natural: la comunidad. En esta línea, el trabajo en la comunidad implica dirigir los esfuerzos hacia la salud, destacar el campo de lo sano, enfocándonos en propuestas de carácter preventivas y promocionales. Dar más jerarquía a estas áreas, principalmente a la promoción de la salud, permitió a lo largo de los años, de una manera progresiva, desdibujar los límites artificiales entre lo biológico y lo psicológico. Donde la salud dejó de ser categorizada por mental o somática, pasando a ser sólo salud, lo cual por supuesto, trae consigo el entendimiento de que es un problema de carácter social y no un problema individual. (Saforcada, 2010).

Si tomamos como referencia la caracterización estructuralista de Juan Marconi (1976) podemos definir en la historia occidental tres etapas: el modelo inicial de carácter asilar cuya figura central fue la del hospital psiquiátrico en el siglo XVIII. Luego, en el primer tercio del siglo XX, una segunda instancia donde se produce la unidad de salud mental. Dicha creación implicó

trasladar el sufrimiento mental al hospital general, contribuyendo a su desestigmatización, y, finalmente, como mencionamos antes, en la década de 1960, el surgimiento del modelo de salud comunitaria, cuya comprensión integral de las enfermedades mentales irrumpirá en el paradigma positivista tradicional. Dicho modelo generó prácticas de salud colectiva, que superaron las limitaciones reduccionistas que tuvieron la tendencia a separar mente y cuerpo como categorías antagónicas y diferentes (Saforcada,2010).

De esta manera, se entiende dicha propuesta como una instancia superadora de las anteriores, producto del cambio de pensamiento y de sus determinantes. Este alejamiento del modelo médico restringido puso de manifiesto el valor de un nuevo tipo de ejercicio profesional cuyos aportes en el trabajo directo en calles y barrios, promovieron una mirada más integradora y ecológica. Situando al ser humano “como un sujeto activo en capacidad de construir su propia salud, cuidar de ella, participar activamente en su recuperación e intervenir en la sociedad para limitar los riesgos y desarrollar ambientes saludables” (Morales Calatayud, 2012).

Este movimiento de reforma de la salud colectiva implica dar un paso más allá y considerar la salud en un sentido social, que dé cuenta de su complejidad. Por lo tanto, un individuo será sano al presentar un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, pero también, cuando puede adaptarse a cambios ambientales y contribuir al bienestar de la sociedad según sus capacidades (Morales Calatayud, 1997). La salud, en consecuencia, no es la simple ausencia de enfermedad, sino que implica una actitud positiva y alegre hacia la vida, la cual siempre estará condicionada por la representación que tendrá cada sociedad, grupo social o incluso por el propio individuo.

Según Morales Calatayud (2012) la psicología de la salud es aquella rama o campo aplicado de la psicología que reconoce el carácter multicausado del proceso salud-enfermedad y que no sólo encamina los saberes y prácticas psicológicas a la atención o curación de personas enfermas, sino también a la promoción y la prevención, que se relaciona con todos los problemas

de salud, independientemente de que se manifiesten como problemas de la “mente” o del “cuerpo” (p.100)

Principalmente, lo que caracteriza a la psicología de la salud, es su amplio radio de acción, donde pueden ser objeto de trabajo: los individuos, las familias, los grupos, comunidades, instituciones y la sociedad en su conjunto. Dependiendo de la naturaleza del problema, éste será evaluado y en base a ello se determinará la manera de actuar correspondiente para obtener el resultado deseado y consecuentemente el mejoramiento de la salud. Su esquema de acción, a diferencia del tradicional discurso del modelo médico, alude a la parte positiva del proceso salud – enfermedad, haciendo énfasis en la promoción y prevención (Calatayud, 1997).

Para ello, debemos ser conscientes que el desarrollo de dicha rama de la psicología no solo depende de la transformación de los psicólogos y su formación. Ya que para hacer viable dicho cambio de paradigma comunitario también deberán transformarse factores como la educación, las políticas y los servicios de salud.

La Organización Mundial de la Salud en Alma Ata, en 1978, define la atención primaria de la salud como “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo socioeconómico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, 1979).

Esto significa que la gestión gubernamental debe evitar mantener y reproducir modelos medicalizados de tipo biologicistas, enfocados en la enfermedad reduciendo el campo de acción a la psicopatología. Sino que, por el contrario, los objetivos de la salud pública deben enfocar sus recursos tanto técnicos como científicos en la prevención, protección y promoción de la salud, desde un enfoque de primer nivel de la salud (Calatayud, 1997).

Este cambio social, hace que se brinden las condiciones que habilitan la participación de la población de manera activa. Lo cual hace evidente la importancia del equipo multidisciplinario de salud a adoptar una actitud y una amplia apertura hacia la co-construcción de conocimientos.

Sin embargo, aun cuando existe un extendido consenso en la comunidad científica respecto de la necesidad de dar a tales problemáticas una respuesta integral, compleja y centrada en la dimensión histórico-social, la orientación hegemónica en la formación de los recursos humanos y la práctica de los servicios sanitarios continúa siendo individualista, fragmentada, reduccionista y apartada de lo social (De Lellis, 2010).

Por ende, aunque si bien las políticas públicas de la salud requieren cada vez más dichos aportes del modelo de salud comunitario, estos no han impedido que el contexto de nuestra sociedad actual y sus políticas neoliberales, deformen este modelo preventivo, de manera tal que se lo asocie a estilos de vida de responsabilidad individual de cada individuo, minimizando el papel del Estado (Blanco, 2015).

## Capítulo 3

### *Locura, estigma y políticas de salud mental en Uruguay*

Teniendo en cuenta, que en nuestra sociedad aún prevalece la tendencia general de excluir y encerrar la locura en aquellas personas con diagnóstico psiquiátrico severo, entendemos que el estigma, contribuye y reproduce dicha figura del loco. Así como también la postura de los trabajadores de la salud y sobre todo de las corporaciones científicas, influidas por el desarrollo incesante de laboratorios, las cuales siguen reproduciendo lógicas de poder que cosifican al individuo, basándose en lógicas de mercantilización farmacéutica. Estos elementos son regresivos y no favorecen un paradigma social comunitario, así como tampoco al desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas y transformaciones para lograr una salud mental de tipo inclusiva, desestigmatizante y democrática (Techera y Apud, 2013).

Surge la necesidad de cuestionarnos e indagar sobre cómo influye nuestro actual contexto social y político, para que sean posibles los cambios del modelo asilar al modelo comunitario, del cual estuvimos hablando anteriormente. Realizaremos un análisis de los procesos de reforma en Uruguay hacia una Ley de Salud Mental (De León y Techera, 2017) para ello, partiremos desde la concepción de la Salud Mental como un complejo constructo interdisciplinario, interprofesional, interinstitucional e intersectorial. El cual se encuentra, en revisión permanente y requiere la visibilidad e integración de posicionamientos tanto éticos, como políticos y epistemológicos (Fernández, 2017).

Según Baremlitt (1998) podemos definir la Salud Mental, desde la noción de campo, como lugar de entrecruzamiento de múltiples determinaciones que configuran líneas de fuerza, materialidades diferentes y articuladas o mezcladas, o completamente inter-recurrentes entre sí. Siempre pensamos que existe una determinación sociopolítica, económica, ideológica, es decir histórica en lo que llamamos campo de lo mental.

En nuestro país, podemos referirnos a la creación y constitución de este campo, desde fines del Siglo XIX y Siglo XX, donde el impulso del cambio del modelo asilar hacia un modelo de atención social, se hace presente en Uruguay, a partir del significativo informe de Chanoit (1968) y su diagnóstico sobre las carencias de dicho modelo, luego de dicho informe, deja de regir la Ley N° 9.581 llamada Asistencia a Psicópatas del año 1936 (Techera et al., 2013). Pese al crítico informe de Pierre Chanoit (1968) que sirvió de inspiración y punto de partida para el Plan de Salud Mental de 1972, la dictadura cívico militar irrumpe en nuestro país y frena todo proceso de transformación propuesto (Techera et al., 2013).

No fue hasta la década del ochenta, que la situación comenzó a cambiar, debido a la nueva coyuntura política y a la reapertura democrática, donde se propuso la transformación del propuesto Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) aprobado en 1986 por el Ministerio de Salud Pública, basado en el enfoque de Atención Primaria en Salud. Dando lugar, a la creación de equipos de salud mental en hospitales generales, la descentralización de los servicios y la creación de centros de rehabilitación. Este ocaso del modelo manicomial, dio cuenta de un sistema fragmentado y en descomposición, lo cual dio lugar a movimientos innovadores que trazaron nuevas direcciones. Finalmente, surge el actual Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Sin embargo, el proceso se agravó con la crisis económica del 2002, teniendo como consecuencia un gran aumento de los procesos de marginalización y desafiliación de personas con padecimientos psiquiátricos, dejando en evidencia las carencias en las acciones dirigidas hacia la prevención, promoción y atención de la salud mental. Es en el año 2005 con el primer gobierno de izquierda, que se genera un cambio importante a nivel de Políticas Públicas (Techera y Apud, 2013).

Según plantea Beatriz Fernández (2017) entendemos por Políticas Públicas:

Un conjunto de acciones articuladas y coherentes para el cumplimiento de ciertos fines y objetivos en el marco público de programas e instituciones. La política entonces consiste

en la acción de organizar y administrar desde la gestión del Estado, en función de los intereses implicados en tal gestión en un escenario en permanente tensión (p. 136)

Las políticas públicas entonces, consisten en todas aquellas cuestiones de la gestión estatal que tienen como fin dar respuesta a los diversos problemas de la sociedad. En este terreno, se hace crucial, la búsqueda del bienestar social, donde el garante del ejercicio de los derechos de la población sea a partir del involucramiento del Estado, el cual debe acompañar, fomentar prácticas y servicios para abordar de manera integral los sufrimientos mentales actuales. Existen cuatro fuentes principales que proveen las Políticas Públicas: el Estado, el mercado, la familia y la comunidad. Desde este lineamiento se logrará dar respuesta a los problemas de la sociedad, desde un marco público de programas e instituciones, generadas acciones articuladas podrán cumplir ciertos objetivos. (Fernández, 2017).

Sin embargo, no podemos desconocer la existencia de una barrera político-social que a lo largo de los años ha transversalizado las instituciones sociales y también las subjetividades, esta barrera hace a las políticas de protección social insuficientes en una lógica de mercado del modelo neoliberal que no hace más que reproducir y profundizar su carácter segmentado y excluyente (De La Cuesta, 2017). Esto significa, que, si bien la modificación del marco legal y el nuevo enfoque comunitario significan un avance en nuestra sociedad, no podemos olvidar que estas prácticas por sí solas, resultan insuficientes. Creemos que, para realizar un cambio verdadero en el modelo de salud, es imprescindible generar un cambio cultural, capaz de generar cambios en la participación de familiares, usuarios y trabajadores de la salud.

Un cambio que se posicione frente a las condiciones actuales que aún operan como barreras. Estas barreras son condicionadas socioculturalmente: por estigmas, estereotipos, prejuicios y discriminaciones (De la Cuesta, 2017). Derribar estas barreras, implica entender el problema de manera multidimensional (Bianchi 2010), entendiendo que para mejorar la equidad y la accesibilidad en la salud es imprescindible tomar en cuenta estos factores

psicosocioculturales para implementar nuevos cambios en la formación de los profesionales, de los técnicos de salud, además del cambio de paradigma y de las políticas acordes al mismo. Es necesario promover con gran énfasis la participación activa de la comunidad, atacar a las representaciones y a los imaginarios aún persistentes, que, junto a otras variables, minimizan las expectativas de cambio de las personas, potenciando y sosteniendo la reproducción de la desigualdad y la exclusión (De la Cuesta, 2017). Por lo tanto, las políticas públicas sobre salud mental en el marco de la atención comunitaria deben luchar contra todas las formas y manifestaciones de estigmatización que nuestra cultura aún sostiene y reproduce (Calatayud y Pereyra Lanterna, 2017).

El efecto que genera el estigma en las personas con enfermedades mentales desencadena en una considerable disminución de la calidad de vida, que como consecuencia minimiza las oportunidades de goce y disfrute de una vida activa que permita el despliegue de la persona en las diversas áreas, ya sean, sus relaciones sociales, la oportunidad de vivienda, las condiciones de salud, la posibilidad de empleo, etc. (López, M et al., 2008). De esta manera el proceso de estigmatización genera a partir de la distinción o etiquetado, la asociación de las personas en función de características desagradables, generando un ellos frente a un nosotros (Goffman, 1963; 2006).

En el caso de las enfermedades mentales, la estigmatización encaja a lo largo de los siglos, con la evolución de la figura del “loco” como persona altamente peligrosa, agresiva e incluso contagiosa, entendiendo la locura como un “sinrazón” en un entramado que se desplaza en una interdependencia con las figuras institucionales del encierro mencionadas anteriormente. Estos han sido factores imprescindibles para reforzar el estigma que confirma dicha visión de imposibilidad de convivencia e incurabilidad de quienes poseen enfermedades mentales severas. Imagen que aun hoy en día opera en nuestra sociedad actual, pese a todos los esfuerzos y avances en modificar de manera radical y positiva la situación desde las alternativas planteadas anteriormente en los modelos de salud participativa que promueve el modelo de salud.

La categoría de lo normal y lo anormal, no dependen de un patrón universal, ya que implica problematizar múltiples las causas y dimensiones que se entrecruzan, sobre todo, los criterios y valoraciones sociales y culturales de cada época, en tanto entendemos que la locura no es una entidad natural y, por ende, no es posible ser loco sino lo es en relación con la sociedad a la cual se pertenece en un determinado momento y contexto histórico (Bastide, 1988). Esto nos da lugar a poner en movimiento, las fuerzas instituyentes antimanicomiales y la desmanicomialización, que componen acciones que intervienen, inciden y chocan en los procesos de reforma en la atención a la salud mental (Baroni, Jiménez, Itza y Giordano, 2013).

En este trayecto desde los regímenes de estigmatización y exclusión, seguimos constantemente en movimiento, hacia una perspectiva de Derechos Humanos, con ello, se plantean alternativas en las diferentes maneras de abordaje e intervención. Configurando diferentes prácticas, herramientas, instrumentos técnicos, pero también apostando a la configuración de los perfiles formativos y académicos de los futuros profesionales del área de la salud. Es por ello, que pese a los avances instituyentes que han ido emergiendo cada vez con más fuerza y sustentabilidad, la primacía del modelo tradicional sigue dificultando la producción de nuevos sentidos y saberes necesarios para la construcción e instauración de un modelo que haga énfasis en un modelo de atención a la comunidad (De León, 2013).

Este es el caso de nuestra sociedad actual, donde se hace visible la contradicción de que, si bien continuamos la línea de avanzar en un abordaje comunitario de los trastornos mentales desde distintos sectores, se sigue sosteniendo una imagen que no se desprende del modelo biologicista. La figura del loco sigue operando, la población de personas con enfermedades mentales sigue siendo estigmatizada, rechazada, discriminada y vulnerabilizada (Pérez, 2013). Entonces, se hace urgente participar y transformar el campo de la salud mental, lo cual significa empaparse, conmovearse y comprometerse en este movimiento. El cual requiere generar posturas éticas y políticas sobre concepciones de sujetos de derechos que capaces de desarrollar una

calidad de vida digna y por supuesto, terapéuticas que desde la participación puedan habilitar a otros.

## Capítulo 4:

### ***Retos actuales: Lazos Sociales y Vulnerabilidad Relacional***

Anteriormente, hemos hecho énfasis, en la importancia del abordaje de la salud mental basándonos en un modelo comunitario, el cual destaca el rol de la comunidad y la participación de la misma.

En esta línea, resulta pertinente abordar los retos actuales a los que se enfrenta la Psicología Social Comunitaria, y, por ende, realizar reformulaciones y reflexiones necesarias, para garantizar su acción política y transformadora de la realidad (Montero, 2004).

La sociedad actual, está sumergida en un proceso de grandes transformaciones, desde el pasaje del modelo del Estado de Bienestar hacia un Estado Neoliberal, donde el Estado, deja de ser considerado como aquel garante de la seguridad de la sociedad que, a través de políticas reguladoras, ha proporcionado recursos, servicios y bienes (Fernández, 2017). Este cambio de un Estado protector a uno productivista genera cambios estructurales que flexibilizan los mercados de trabajo y privatizan las empresas públicas, donde el capitalismo y su globalización producen un cambio ideológico desde lo colectivo hacia lo individual (Fernández, 2017).

Este nuevo orden de las relaciones sociales y vinculares a nivel del mercado, comprometen las prácticas y la reorientación de las políticas, especialmente en el sector de la salud, un campo complejo y multidimensional que resulta imposible de reducir diversos problemas socio sanitarios, a meras fragilidades individuales (Fernández, 2009).

De esta manera, en la actualidad, se generan fenómenos de progresiva fragmentación y marginación, así como también acumulaciones de riquezas extremas, en base al desarrollo del mercado, se destruyen los valores culturales y los lazos sociales. Esto se refleja en el campo de la salud, en un considerable aumento de sensaciones de insatisfacción y malestares permanentes, que reflejan la vulnerabilidad de los vínculos intersubjetivos y de las relaciones

sociales (Fernández, 2009). Estas situaciones generadas por la ausencia o debilidad en los vínculos y en la escasa inserción comunitaria, se denominan vulnerabilidad relacional, proceso que da lugar a la aparición de subredes segmentadas y marginalizadas (Bonet, 2006).

En este territorio, la acción social, junto con planes y políticas de acción comunitaria, deben operar como potencias transformadoras, para generar dinámicas de inclusión territorial, ya que son estas desconexiones de las redes comunitarias, las que producen los actuales resquebrajamiento de las estructuras socializadoras y relatos ideológicos ante una crisis sistémica y civilizatoria (Almeida y Sánchez, 2014). Se configura la pérdida de referentes culturales e identidades que aseguraban sentido a la vida, se producen transformaciones a escala mundial, del aparato productivo, del avance científico y de las corporaciones transnacionales, que han resultado, un escenario complejo donde opera la hegemonía desregulada del capital financiero, la concentración de la riqueza y del poder (Almeida y Sánchez, 2014). Esta dinámica estructural, genera un sinfín de desigualdades, que aumentan la discriminación de toda diferencia cultural que se contraponga o se aleje del modelo hegemónico. Esta realidad de la llamada hipermodernidad, es caracterizada por un movimiento de impronta individual que sustituye la colectividad por la importancia de la realización personal, dando lugar a la inestabilidad, la superficialidad y la fluidez que la caracteriza (Bauman, 2000; 2004).

Estos factores son elementos que interfieren y perturban el desarrollo de prácticas reflexivas que habilitan espacios de pensamiento y de análisis de las múltiples miradas existentes en estas problemáticas (Gribov, 2017). Entonces nos preguntamos ¿es posible lograr una igualdad que no signifique homogeneizar? ¿Diversidades que no signifiquen discriminaciones?

En este contexto más de caos que de crisis, las identidades y las prácticas sociales, se reconfiguran de manera dinámica y compleja, a partir de estas fisuras, se da lugar a nuevas formas y a nuevos sujetos sociales emancipadores. Esto permite la configuración de emergentes, que buscan tejer redes que favorezcan diversos movimientos potenciadores y creadores, de

quienes reclaman visibilidad (Montañez, 2013). El cambio social que se busca es el de habilitar la participación de la comunidad, donde, la Psicología Social Comunitaria y la gestión de la salud positiva (Saforcada, 2010) nos impulsa a pensar procesos de recuperación integral y a superar la visión individual, recuperando la producción colectiva que nos hace ser sujetos integrantes de redes y de interacciones. Vínculos que, aunque hoy en día parezcan debilitados y sin capacidad de afectación, constituyen desde la participación y la reflexión crítica, una manera de desnaturalizar la vida cotidiana y habilitar un movimiento hacia una adaptación activa desde la dimensión de lo colectivo (Álvarez y Blanco, 2013).

Es así como la Psicología Comunitaria en América Latina, hace énfasis en generar procesos participativos de emancipación y equidad social, para transformar las condiciones de vida de las diversas poblaciones y relaciones contemporáneas. Proponiendo estrategias de análisis y articulación que reflexionen continuamente sobre cómo abordar las consecuencias que han generado el individualismo y los crecientes sentimientos de desconfianza, impotencia, desesperanza y desafiliación (Rodríguez y Montenegro, 2016). Para que este abordaje sea posible, es necesario entender el concepto de comunidad como un postulado diverso y conflictivo. Supone dinámicas, tensiones, variables y reconfiguraciones, las cuales en estos escenarios contemporáneos producen subjetividades y modalidades relacionadas a la sociedad de consumo, de crisis de lazos sociales y de aislamiento por sobre deseos de encuentros, lo cual debilita la posibilidad de colectivizar el sufrimiento. Esto, reduce la capacidad de pensarse con otras personas, generando un dolor que parece individual y privado. Este no se hace público, resulta imposible de visibilizar y por lo tanto de enunciar, imposibilitando la representación del dolor como compartido (Rodríguez y Montenegro, 2016).

El sistema neoliberal transforma la cuestión política, en técnica, expresándose a través de la frecuente despolitización de las intervenciones comunitarias, las cuales se sostienen en el voluntariado. Esto genera una sensación de frustración e impotencia ante la incapacidad de transformación social que se manifiestan en procesos de fragmentación y ruptura del lazo social.

Aquí radica la importancia de generar desde una nueva noción de comunidad, la noción de multiplicidad, para dar lugar a su carácter dinámico donde diversos actores juegan diversas relaciones que posibilitan la articulación y el tránsito de la diferencia a la diversidad (Fernández, 2009).

Entonces, ante los cambios de la sociedad, la Psicología Social Comunitaria, articula las diferencias que supone la mutación del capitalismo, en los procesos de creación de identidad en la esfera cultural, donde la mutación del sujeto a efectos del capitalismo lo someten a exigencias de autonomía y lo hacen responsable de su biografía y futuro. Proceso que responde a las situaciones de marginalidad social que son abordadas desde la culpabilización y responsabilización individual, ocultando la relación dialéctica entre las relaciones de poder que producen la exclusión y la estigmatización de aquella población que ha quedado ilusoriamente por fuera de las lógicas hegemónicas (Montenegro et al., 2014). Se transforma progresivamente el espacio, en un simple tránsito, perdiendo su significación temporal y espacial, alejando al sujeto del entramado geográfico e histórico que habita, lo cual impacta en las relaciones interpersonales, debilita la construcción de colectivo y dificulta habitar los espacios locales, propios de la sociedad líquida (Bauman, 2000; 2004) desde la cual, nos construimos en función de un aparente proyecto individual, producto del desmantelamiento de las redes en constante fluidez. La cuestión de las comunidades líquidas propias del capitalismo tardío, constituyen sistemas complejos, esto supone un desafío para desarrollar intervenciones sociales en un contexto actual de gran diversidad identitaria y movilidad geográfica. Resulta imprescindible, modificar la metáfora arborescente que viene dada con la noción precapitalista, idealizada y homogeneizadora de comunidad, donde se refiere a la comunidad según principios de orden, simetría y equilibrio, que dejan por fuera los procesos de complejidad y diversidad, imprescindibles para pensar la comunidad en términos rizomáticos (Deleuze y Guattari, 2004) parte de una red compleja de interrelaciones entre elementos híbridos.

La comunidad desde esta metáfora da lugar a lo heterogéneo, sistema complejo interrelacionado en asociaciones, desde esta perspectiva, no se trata de identificar agentes centrales de la comunidad, sino que se trata de situar al evento como el aspecto central de la acción comunitaria, identificando y promoviendo eventos que articulen formas de relación. La participación constituye un elemento que caracteriza dichos eventos comunitarios, los cuales permiten articular epistemologías de las diferencias y conformar una acción común. (Montenegro, et al., 2014).

## Capítulo 5

### *Reflexiones desde los feminismos*

A modo de cierre, en este último capítulo, intentaré plantear algunas posturas feministas como alternativa para pensar nuevas formas de ser y estar con otros.

Según lo desarrollado en capítulos anteriores, podemos llegar a considerar una gran tendencia a nivel global, la cual con urgencia debemos visibilizar, lidiar y enfrentar. Dicha tendencia, refiere a modos de vivir que traen como consecuencia, la sensación de que vivimos en una sociedad vacía. Desde este punto de vista, parece que nos hemos convertido en individuos aislados, cuyas relaciones superficiales nos desbordan de dolor y nos recuerdan la pérdida de sentido de nuestro vivir (Christlieb, 2003). Se está reduciendo la esperanza y la calidad de vida, con ello, no es casualidad la proliferación sin freno de diversos trastornos mentales, característicos de la vida cotidiana a la cual somos parte, afectando y descomponiendo la solidaridad social, las relaciones familiares y los grupos sociales ante profundas sensaciones de alienación, ansiedad y miedo (Federici, 2020).

Este existir se torna de forma tan mecánica, que nos olvidamos de nosotros mismos como protagonistas de nuestra propia historia, hemos dejado de ser participantes y nos hemos convertido en observadores externos, ya no participamos, no opinamos, no pensamos ni nos cuestionamos, sino que tan solo, nos paralizamos (Christlieb, 2003). Este régimen neoliberal que nos ha impuesto el modelo de mercado, que ha producido desigualdades estructurales, ha llegado a un punto de quiebre, por lo cual tomamos aportes de las teorías feministas para avanzar desde este momento de crisis, hacia un momento de transformación (Fraser, 2015).

Ya hemos vivido durante mucho tiempo en una sociedad excesivamente lógica, que ha priorizado por siglos la racionalidad y rigidez, pero todo esto llegó a su fin, porque el daño colateral ha sido el no poder producir significado. Por ello, nuestras generaciones y las futuras,

nos ocuparemos de recuperar el sentido de la vida, de darle forma al vivir, y para ello, haremos énfasis en cuestiones olvidadas (Christlieb, 2003). Nos alejaremos de la monotonía que recorre nuestro presente, trabajaremos desde una estética social y observaremos los movimientos de la sociedad. Es decir, sus pausas, prisas, distancias. Los rumbos y desplazamientos. Concentraciones, lugares y sus usos. Cantidades. Intensidades. Hablamos entonces, de una psicología política, que nos ayude a entender cómo podría nuestra sociedad, ser mejor (Christlieb, 2003).

La propuesta es empezar a movernos. Avanzar hacia la participación y dejar de ser máquinas simples y desarticuladas. Para eso nos posicionaremos desde movimientos feministas, que han enfrentado y desmantelado jerarquías tradicionales y han batallado contra modos impuestos de subordinación. El feminismo, como movimiento progresista y emancipatorio, nos permite accionar desde un pensamiento crítico y denunciar, reivindicar, incluso transformar el orden impuesto. Un orden, no natura y, por ende, modificable (Fraser, 2015). Este enfoque transformador, abre camino hacia una nueva forma de organización social.

Hoy por hoy, combatir la soledad, resulta crucial. Ya que cuanto más en soledad creamos estar, nuestra capacidad de pensar se verá minimizada, y seguiremos siendo funcionales al orden establecido (Teles, 2009). Pensar, es siempre pensar con otros. Compartir nuestras creencias, visiones o vivencias, nos ayuda a desplegar e impulsar nuevas potencias, que se transforman en acto creativo, “pensar es crear, inventar, y no seguir apegados a las formas vigentes que están mostrando seriamente su ineficacia”. (Teles, 2009, p.13).

Desde esta óptica, toda actividad resulta política y relacional, como plantea Teles (2009) una política afectiva, de carácter emancipatorio, cuyo pensamiento filosófico genera territorios de creación, determinados por la amistad, el amor y la generosidad. Afectar implica ser afectado, implica tomar distancia y alejarse de lo establecido, para abrir caminos que nos posibiliten ver todo aquello que no hemos podido, pero es imprescindible entender que esta apuesta ético-

política solo podrá ser resuelta de un modo colectivo, ya que estamos hablando de apostar a nuevas formas de vida comunitaria. Formas que se construyen cotidianamente. (Federici, 2020).

Posicionarnos desde este proceder filosófico, significa pensar al presente como una actitud vital. Un "ethos", un constante ejercicio que aumenta nuestras potencias y se vuelve transformador. Aumenta el deseo de ver las cosas diferentes, de cambiar la mirada y hacer metamorfosis de nuestras capacidades perceptivas. Hoy, sabemos bien que la necesidad de pensar distinto se impone. Ejercicios de pensamiento creativo, que desplace nuestros sistemas de creencias establecidos y posibilite la emergencia de nuevos modos de sentir y actuar (Teles, 2001; 2018). Las transformaciones desde esta lógica relacional y productiva adquieren un carácter constructivo y emancipatorio, impulsando nuevas modalidades autónomas de producir.

En palabras de Teles (2009)

...el pensamiento filosófico se enlaza a la vida, en su despliegue activo, se vuelve creación efectiva de realidad, convoca a las potencias de la amistad, contribuye a la creación de nuevas tramas afectivas, nuevas territorialidades. Impulsa a una apuesta ético-política, a pensar en el despliegue de una política afectiva que contribuya a la creación de nuevas formas de vida comunitaria. (p.26).

La potencia de la vida colectiva se expresa en flujos, y es a través de los vínculos que logramos expandir nuestras capacidades y comenzamos a desarticular la creencia tan arraigada de desesperanza y desconfianza que nos rodea. Sin darnos cuenta hemos delegado nuestra potencia creadora, nuestro poder de pensamiento y producción (Teles, 2009). Reconstituir dicho interés colectivo, ha sido lo que la perspectiva feminista ha tenido como prioridad política en su agenda por la justicia social. Dichos movimientos feministas, propiciaron un proceso de democratización, que ha transformado la interacción cotidiana de las mujeres con el mundo. La crítica de la vida cotidiana ha sido clave para la comprensión de la sociedad, ya que la cotidianeidad, es el principal terreno del cambio social (Federici, 2020).

Nos hemos quedado inmobilizados y nos hemos sentido impotentes, al seguir las lógicas impuestas por los sistemas y procesos hegemónicos que tanto nos agobian. Hemos sido obedientes y los efectos, nos dejan sin aliento, hemos perdido fuerzas y olvidado el deseo. Pero sabemos que las fuerzas relacionales y el hacer colectivo, siguen estando. Y por eso, nos aferramos a una nueva lógica relacional. Cuyo movimiento de apertura, nos permite desplegar y retomar la potencia hacia un ejercicio de libertad, tomar impulso y devenir creativos, nos lleva a una vida colectiva autónoma. Pensar en desplegar relaciones de respeto y apoyo mutuo, desde una horizontalidad necesaria para construir nuevos modos de vida (Teles, 2001; 2018).

Esta producción de comunes ha tenido como objetivo recuperar la vida, remendar los tejidos sociales y transformar el barrio en lugar de reconstrucción y resistencia política (Federici, 2020). La creación de espacios de solidaridad y cooperativismo, son prácticas indispensables si queremos descubrir nuevos razonamientos y lógicas distintas a las desarrolladas por el capitalismo. Ya que éste último, ha disminuido nuestra capacidad autónoma y nos ha envuelto en una ilusoria hiperconectividad. El capitalismo global al que nos enfrentamos día a día nos ha llevado a un nuevo tipo de distanciamiento y separación. Nos ha sumergido en un sufrimiento generalizado y una sensación de soledad, que desmoronan nuestras relaciones sociales. Nos ha hecho renunciar al contacto físico y con ello, hemos olvidado el intercambio con otros, las charlas cara a cara, comunicarnos de manera más auténtica y sincera. Nos olvidamos de que empatizar con otros, es lo que nos hace humanos. Pero este vacío y esta sensación de restringirnos a una especie de hombre-máquina, se ha convertido en el nuevo rumbo de acción. Se ha convertido en el principal terreno del cambio social (Federici, 2020).

Este panorama desalentador, denunciado y criticado múltiples veces desde las luchas feministas, nos hace ver que la vida cotidiana que nos mantiene inmóviles también esconde el profundo deseo de remodelar y crear otras humanidades posibles. Movimientos sociales que han vislumbrado alternativas y formas distintas que surgen al conectar con otros. Nos hacen recordar lo que significa ser, nos hacen entender que la cuestión de la vida es cómo queremos vivirla,

empezar a pensar ese cambio ya supone en sí mismo un acto transformador (Butler, 2004). Significa hablar de lo comunitario y del carácter cooperativo que representa, actividades que se han desdibujado y requiere de considerar el potencial, alejándonos del asistencialismo, de las lógicas de dependencias y de concepciones individualizadoras. El accionar transformador de la realidad social, es potenciar la comunidad como agente activo. Son instancias colectivas que requieren de una mirada sensible y respetuosa, hacia las necesidades que componen el escenario de la vida cotidiana, a partir de la corresponsabilidad y el compromiso que requiere el pasaje de carencia al de potencia autónoma y autogestionada (Vega, Martínez y Paredes, 2018).

Creemos que hablar de lo común-comunitario nos guía a formas alternativas de vida, donde se tejen líneas de fuga hacia otras formas de prácticas sociales, basadas en redes de ayuda mutua, solidaridad y cooperativismo en medio del universo capitalista (Vega, Martínez y Paredes, 2018). El apoyo mutuo entre los miembros de una misma especie es un favor de evolución. Ya lo señalaba la autora Lagarde (2012):

Los feminismos han irrumpido siempre como aire nuevo frente a sociedades y culturas anquilosadas, conservadoras y represivas. Han anunciado nuevas mentalidades, cambios de valores y prácticas de vida que han contribuido a impulsar procesos democratizadores o a ampliarlos (...) Los feminismos, sus movimientos y las feministas hemos abierto brecha democrática y, es preciso señalar que en América Latina no habría procesos democráticos sin las feministas. La construcción de una amplia participación civil nacional y regional, ha sido un aporte desde la civilidad del feminismo. (p. 637).

Apostamos seguir en esta línea, donde, desde principios éticos, estéticos y políticos colectivos, seguiremos promoviendo movimientos de apertura, apostando a nuevos devenires y nuevos modos de vida que supongan un horizonte de derechos y participación para toda la sociedad (Lagarde, 2012) Pensarnos en presente y futuro, hacia una evolución y desarrollo de sociedades que promueven movimientos des estigmatizantes, para poblaciones de personas con

trastornos mentales graves y otras minorías sociales, que impulsen una mayor tolerancia social. Nuevos paradigmas de acción que promuevan salud mental, transformando aquel imaginario social que ha afectado y hostigado a quienes han sido juzgados y separados de la vida social ante la supuesta visión de peligrosidad e incurabilidad. Debemos alejarnos de la supuesta normalidad, para poder ver otros modos posibles, que rompan todas aquellas barreras que por tantos años sostuvieron una sociedad fragmentada y dividida, que ha olvidado que todas aquellas creencias, han sido instaladas y han juzgado en una suerte de colador social a aquellas minorías sociales. Creencias que no son naturales, no son estáticas, no son inamovibles. Para ello debemos apostar a “propiciar territorios existenciales capaces de aumentar la potencia de los seres y efectuar el pasaje de un régimen de la carencia y la demanda al de la potencia, la autonomía y la autogestión productiva” (Teles, 2009, p. 133).

Desde los feminismos encontramos un horizonte posible para lograr un movimiento democrático que signifique una mayor calidad de vida y dignidad de la población en general, pero más precisamente, de minorías que han sido oprimidas y marginalizadas, tales como lo han sido las personas con trastornos mentales graves y persistentes. Nos proponemos entonces, acercarnos a un modelo de salud mental humanitario, democrático, basado en derechos humanos, equitativo, igualitario y accesible a toda la población. Dar voz a quienes estuvieron por tanto tiempo silenciados. Es posible poder hablar y ser escuchados, promover espacios de encuentro, poder pensar y poder hablar sobre los desafíos e interrogantes que nos interpelan.

Para pensar la salud mental como un movimiento que requiere participación es necesario poder conmovirse y comprometerse. Participar en el campo de la salud mental es un movimiento que requiere ir generando posturas éticas y políticas sobre concepciones de sujeto, sobre terapéuticas, sobre derechos. Participar, además, es habilitar a que otros lo hagan y hacer con otros que ya están haciendo. Participar lleva tiempo, paciencia y convicción. (Baroni, et.al., 2013, p. 171).

Seguir trazando devenires y dialogando posibilidades, implica hacer énfasis en los múltiples aportes que los movimientos feministas brindan al campo de la salud mental, el cual, desde un accionar participativo y un horizonte de derechos, abrirá los caminos hacia nuevas formas de organización social que habiliten un horizonte de posibilidades.

Es a partir de los feminismos que propiciamos un cambio cultural, que será clave para avanzar en la reforma de la Salud Mental, ya que las potencias creativas que alberga estos movimientos estéticos y políticos desde sus propuestas emancipadoras aportan al proceso democrático una mayor calidad de vida y dignidad de todas aquellas poblaciones y minorías sociales, que durante tanto tiempo han sido oprimidas y marginalizadas.

## Referencias

Almeida, E. y Sánchez, M. E. (2014) Los lazos sociales y comunitarios en el contexto de un resquebrajamiento civilizatorio. En E. Almeida y M.E. Sánchez, *Comunidad: Interacción, Conflicto y Utopía. La construcción del tejido social*. (pp. 31-62) México: Universidad Iberoamericana Puebla, ITESO y Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Álvarez Pedrosian, E. y Blanco Latierro, M, V. (2013) Componer, habitar, subjetivar. Aportes para la etnografía del habitar. *Bifurcaciones revista de estudios culturales urbanos* (15), <http://www.bifurcaciones.cl/2013/12/componer-habitar-subjetivar/>

Amico, L. (2005) *La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención*. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Baremlitt, G. (1998). *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari.

Baroni, C., Jiménez, A., Itza, B. y Giordano, M. (2013). Locura en movimiento. En: N. De León. (Coord.). *Salud Mental en Debate* (pp. 169-189). Editorial PiscoLibros Waslala.

Bastide, R. (1988). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI

Bauman, Z. (2000; 2004). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Blanco, M. (2015). *Habitar lo comunitario: vivencias desde de una política pública de cuidados*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(2), 34-61. <http://revista.psico.edu.uy>

Bonet, J. (2006). La vulnerabilidad relacional: Análisis del fenómeno y pautas de intervención. *Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 11 (4). <http://revista-redes.rediris.es>

Butler, J. (2004). *Deshacer el género*. Editorial: Paidós.

Castel, R (2009). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Ediciones nueva visión.

Chanoit, P. (1966). *Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay*. OMS. Oficina Sanitaria Panamericana.

Christlieb, P. (2003) La Psicología Política como estética social. *Revista Interamericana de Psicología*, 37 (2), 253-266. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28437206>

Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83-96. <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>

De la Cuesta, P. (2017). Barreras psicosocioculturales para la accesibilidad en salud y en salud mental. En: *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (pp. 173- 189). Editorial Psicolibros Universitario.

Federici, S. (2020). *Reencantar el mundo. El feminismo y la política de los comunes*. Traficantes de sueños.

Fraser, N. (2015). *Fortunas del feminismo. Del capitalismo gestionado por el Estado a la crisis neoliberal*. Traficantes de sueños.

Deleuze, G. y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas: Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-Textos.

De León, N. (2013). Procesos de Reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario. En N. De León. (Coord.). *Salud Mental en Debate* (pp. 87-95). Editorial Psicolibros Waslala.

De León, N. y Techera, A. (2017). Reformas de atención en salud mental de Uruguay y la región. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (pp.51-68). Editorial Psicolibros Universitario.

De Lellis, M. (2010). Psicología y políticas públicas saludables. *Psencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(2), 102-106.

Fernández, A. M. (2009). Las diferencias desigualadas: multiplicidades, invenciones, política y transdisciplina. *Nómadas*, (30), 22-33.

Fernández, B. (2017). Salud Mental y Políticas Públicas: algunas notas. En: *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (pp. 129-151). Editorial Psicolibros Universitario.

Foucault, M. (1964;1998). Historia de la locura en la época clásica. Tomo I. Ed. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1975; 2002). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Editorial Paidós.

Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editorial Amorrortu.

Goffman, E. (1963; 2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores

Grebert, L (2013). Clinique la borde. Un espacio de vida. En de León, N. (Coord.) (2013). *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Pp: 125-147. Montevideo: Levy.

Débora Gribov, D. (2017). ¿Es posible una práctica interdisciplinaria? En: *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (pp. 227- 241). Editorial Psicolibros Universitario.

Lagarde, M. (2012). *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y utopías*. Coordinación editorial de Relaciones Públicas

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

Ley N°18.211 (2007). Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 28 (n1), pp. 48-83. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352008000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004)

Marconi, J. (1976). Alcoholismo. En Armijo Rojas, R. *Epidemiología; Volumen II Epidemiología aplicada; Capítulo 10 "Salud Mental"*. Buenos Aires: Inter-Médica.

Ministerio de Salud Pública (1986). Plan Nacional de Salud Mental. Montevideo, Uruguay.: MSP.

Montañez, S. (2013) Ciudadanía-Subjetividad-Reconocimiento. ¿Lazo social? *Coloquio Internacional Ciudadanías Contemporáneas. Udelar, París* 8. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/22716>

Montero, M. (2004). Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Editorial Paidós

Montenegro, M., Rodríguez, A. y Pujol, J. (2014) La Psicología Social Comunitaria ante los cambios en la sociedad contemporánea: De la reificación de lo común a la articulación de las diferencias. *Psicoperspectivas individuo y sociedad*, 13 (2), pp.32-43, <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v13n2/art04.pdf>

Morales Calatayud, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós.

Morales Calatayud, F. (2012). *Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo*. Psciencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, vol. 4, núm. 2, p. 98-107.

Morales Calatayud, F. y Pereyra Lanterna, M. L. (2017) Actualización de la normativa sobre Salud Mental en Uruguay. En: *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (pp. 151-173). Editorial Psicolibros Universitario.

Pérez, R. (2013) Demencias, salud mental y exclusión social. En: N. De León. (Coord.). *Salud Mental en Debate* (pp. 151-167). Editorial Psicolibros Waslala.

Rodríguez, A. y Montenegro, M. (2016) Retos Contemporáneos para la Psicología Comunitaria: Reflexiones sobre la Noción de Comunidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 50, (1), 14-22.

Saforcada, E. (2010) Acerca del concepto de Salud Comunitaria En: Saforcada E. De Lellis, M., y Mozobancyck, S. *Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano* (pp.7-19). Buenos Aires: Paidós.

Techera, A., Apud, I. y Borges, C. (2009) La Sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Grupo Arte y Salud (Facultad de Psicología-Universidad de la Republica).

Techera, A. y Apud.I. (2013) Políticas de Salud Mental en Uruguay. En N. De León. (Coord.). *Salud Mental en Debate* (pp. 25-37). Editorial Píscolibros Waslala.

Techera, A., De León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martínez Messina, L., Miniño, A. y Sánchez, C. (2013) Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. En: N. De León. (Coord.). *Salud Mental en Debate* (pp. 15-25). Editorial Píscolibros Waslala.

Teles, A. (2009) *Política Afectiva. Apuntes para pensar la vida comunitaria*. Editorial Fundación La Hendija.

Teles, A. (2001; 2018) *Una filosofía del porvenir. Ontología del devenir, ética y política*. Editorial Fundación La Hendija.

Vega, C., Martínez, R. y Paredes, M. (2018) *Cuidado, comunidad y común*. Extracciones, apropiaciones y sostenimiento de la vida. Traficantes de Sueños.