



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 **Facultad de
Psicología**
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Intervenciones comunitarias en Salud Mental en Uruguay (1953- 2022):

Aportes y reflexiones en torno al proceso de
desmanicomialización en Uruguay, y sus aportes sobre los
efectos de la institucionalización

Estefani Yamila Melgarejo Techera

CI: 53486106

Tutor: Prof. Lic. Geraldina Pezzani

Tutor revisor: Jorge Bafico

Montevideo, Octubre de 2022

Resumen

El presente trabajo en modalidad de monografía se inscribe en el proceso final de grado de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República del Uruguay. Partiendo desde un breve recorrido histórico por el proceso de manicomialización en el Uruguay y su desarrollo, se intenta comprender cuáles fueron las necesidades a las que se buscó responder en ese y otros momentos históricos de nuestro país.

A partir de la introducción de los efectos de las internaciones prolongadas y el fenómeno de institucionalización, se busca habilitar un espacio de reflexión que permita, avanzados en la lectura, articularlos con la creación de la ley 180 de Franco Basaglia en Italia, la desmanicomialización en el mundo y el fenómeno de puertas giratorias.

Se introducen, en estrecha relación con lo anterior, algunos de los diferentes intentos y experiencias de intervención comunitaria en Salud Mental desarrollados en Uruguay desde el año 1953 hasta la actualidad, desde el entendido de que fueron, en gran medida, estas mismas intervenciones las que incidieron y fomentaron el reciente proceso de desmanicomialización vivido en nuestro país. Se reflexiona, además, acerca de sus efectos tanto sobre los pacientes institucionalizados como sus familias y la sociedad en sí misma.

Por último, se introduce el proceso de desinstitucionalización en Uruguay y la promulgación de la Nueva Ley de Salud Mental en el año 2017, reflexionando acerca del papel de las intervenciones comunitarias sobre este proceso.

Palabras clave: manicomialización, institucionalización, intervención comunitaria, desmanicomialización, Salud Mental

Introducción

La inauguración del primer Manicomio Nacional en Uruguay fue en el año 1880 con la creación del Hospital Vilardebó. Antes de esta fecha, durante el período colonial, de acuerdo con Techera, Borges y Apud (2009), los “locos” formaban parte del entorno cotidiano, amparados por sus familias, reclusos en la cárcel por actos inmorales o en la calle.

La modernización y la intención de la sociedad de clase alta de proteger sus intereses incidieron y fomentaron la creación del Hospital Vilardebó en 1880 y las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi en el año 1912 y 1922 respectivamente.

A partir de este momento, con la institucionalización de las personas que padecían de trastornos mentales y, mayoritariamente, de bajos recursos, se vivió en Uruguay un período de deshumanización de sus internos que diversas figuras intentaron desnaturalizar a través múltiples intentos, algunos exitosos, de modificación de los métodos de intervención y tratamiento.

Durante la década del 50 surgieron algunas figuras como la del Dr. Barindelli, quién implementó talleres de Laborterapia, buscando transformar las estrategias tanto de tratamiento como de rehabilitación. Desde la sociedad uruguaya se tomaba una mayor conciencia de la enfermedad mental y, a nivel mundial, con el fin de la Segunda Guerra Mundial, varios países europeos resaltaban y cuestionaban las similitudes de los manicomios con los campos de concentración.

En el año 1978, en Italia, Franco Basaglia impulsa una reforma de psiquiatría que serviría de ejemplo para el resto del mundo, incluyendo países de la región como Argentina y Brasil. Es en este contexto que, en 1986, finalizada la dictadura cívico-militar en nuestro país, se desarrolla el Plan Nacional de Salud Mental, donde se

expresa por primera vez, por parte del gobierno, la intención de cerrar los centros asilares monovalentes como el Hospital Vilardebó.

A pesar de esta primera expresión en favor de quienes padecen trastornos mentales, la voluntad política no fue suficiente y el proyecto de cierre no tuvo continuación. Sin el desarrollo de modalidades alternativas de intervención y tratamiento, se vivió en Uruguay lo que autores como De León y Fernández (1996) denominan un proceso de ‘desmanicomialización forzosa’.

Sin embargo, al margen de las políticas de Estado, surgieron en nuestro país diversas iniciativas de intervención por parte de la comunidad, los hospitales vivieron períodos de apertura y cierre frente a la sociedad, y tanto desde adentro como afuera se fue instalando un movimiento que poco a poco llevó a lo que se vivió como el proceso de desmanicomialización en Uruguay.

Las radios Vilardevoz y Espika, la biblioteca Bibliobarrio, el proyecto La Grieta, fueron y son sólo algunas de las intervenciones que tuvieron lugar desde el año 1997 hasta el momento. Dentro de las paredes de los hospitales y colonias existieron también, por parte de sus autoridades, diversas iniciativas que serán mencionadas en este trabajo.

A partir de los relatos de integrantes y participantes de estas intervenciones es posible constatar los efectos que ejercen tanto sobre los pacientes y personas con padecimiento mental, como sobre sus familias y la sociedad en sí misma. Poder recuperar su voz, sentirse nuevamente humanos más allá de una etiqueta diagnóstica, ser responsables de una tarea, son solo algunos de los aspectos resaltados por sus participantes. Es así como puede observarse el estrecho vínculo que estas experiencias tienen con los efectos de la institucionalización. (Baroni, 2019. Giordano, 2017)

Finalmente, gracias al aporte de diversos autores, es posible visualizar cómo estas intervenciones en Salud Mental fueron abriendo y marcando el camino hacia lo que fue la desmanicomialización en el Uruguay. La fundación de la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental, los desembarcos realizados por las radios Vilardevoz y Espika, permitieron que la sociedad uruguaya conociese la realidad que se vive dentro y fuera de los Hospitales psiquiátricos, derivando en la posterior promulgación, por parte del gobierno, de la nueva Ley de Salud Mental en 2017.

Desarrollo teórico

1. Proceso de manicomialización en Uruguay (1860-1921)

En la primera mitad del siglo XIX, en el Montevideo colonial, no existía ningún establecimiento para el tratamiento de los enfermos psiquiátricos. De acuerdo con algunos registros de la época, los locos eran reclusos en los calabozos de los Cabildos junto a otros detenidos y, las mujeres que pertenecían a familias adineradas eran enviadas al Convento de San Francisco. Durante este período, el único tratamiento recomendado para la ‘locura agitada’ era la reclusión forzada.

Así mismo, existen varios testimonios de la presencia de enfermos psiquiátricos tanto en las calles como en sus hogares. Aquellos condenados a la vida en la calle quedaban librados a la buena voluntad de la población que les ayudaba con dinero, alimentos y vestimenta, sufriendo en muchas oportunidades de burlas y humillaciones.

En las clases medias y altas, los locos eran escondidos y/o encerrados. Independientemente de la situación socioeconómica, la presencia de un pariente con una enfermedad psiquiátrica era algo vergonzoso para la familia, que a veces era asociado con la presencia de algo diabólico que podía ser heredado.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, se vivieron en Uruguay una serie de transformaciones a nivel económico y productivo que trajeron consigo un movimiento migratorio importante y, además, implicaron la inserción del país dentro del mercado capitalista mundial. (Duffau, 2017)

Vinculado estrechamente con estas transformaciones, a nivel de la moral dominante, se vieron alteraciones en los distintos planos socioculturales dentro de las cuales cabría destacar la de la imagen del loco.

Entendidos ahora como personas improductivas y desinhibidas, los enfermos mentales se convirtieron en un problema que requería una solución por parte del Estado. Fue respondiendo a esta necesidad que, en junio de 1860, se realiza el primer traslado de enfermos psiquiátricos internados en el Hospital de Caridad hacia la quinta de Miguel Vilardebó, ubicada en Arroyo Seco, dando lugar así al primer manicomio local que fue llamado Asilo de Dementes. Los enfermos psiquiátricos eran enviados allí para ser cuidados, y la institución era manejada por las Hermanas de Caridad.

A pesar de tener como figura de autoridad a las Hermanas de Caridad y enmarcarse en el catolicismo, sus prácticas de aislamiento se vincularon estrechamente con el discurso médico de la escuela francesa de Pinel y Esquirol. De acuerdo con Duffau (2017), esta orientación hacia prácticas de control social y aislamiento no sufrió modificación alguna aún luego de la visita del presidente y médico Francisco Vidal, en mayo de 1880, fecha en la que, además, el Asilo de Dementes pasó a llamarse Manicomio Nacional.

Paralelamente a todo esto, la Universidad Mayor de la República inició la formación de médicos y juristas especializados en trabajar con enfermos psiquiátricos, dando lugar al planteamiento de políticas específicas para el tratamiento de estos.

En su trabajo 'Historia de la locura en Uruguay (1860-1911)', Duffau plantea como una posible teoría, que los médicos hayan hecho uso de instituciones ya existentes y del prestigio del que gozaban a nivel social, para legitimar sus prácticas y anular procedimientos anteriores. Enmarcado en un contexto de cambios económicos, sociales y culturales, el surgimiento del Asilo de Dementes precisó además de un marco de ideas que lo legitimaran. Así mismo, los médicos necesitaron de juristas que reconsideraran a los enfermos psiquiátricos como sujetos de derecho que debían ser inhabilitados en su capacidad civil y ser contenidos en instituciones de reclusión y aislamiento.

A todo esto, debemos agregar que, como recuerdan Duffau (2017) y Techera, Borges y Apud (2009), en el afán de la clase alta de proteger sus intereses, y con la ayuda del discurso médico, otras figuras de la marginalidad fueron recluidas y aisladas. Los inmigrantes pobres, los delincuentes y las prostitutas, como responsables de prácticas inmorales que era necesario eliminar, debían también ser ‘normalizados’.

Desde el discurso disciplinante se instaló la imagen del enfermo psiquiátrico para infundir temor y señalar todo aquello que estaba por fuera de lo esperado y del nuevo modelo de subordinación. Fue así como, la psiquiatría pasó de tener el poder de controlar y corregir la locura, a ser la reguladora de aspectos de la vida cotidiana en sí misma, clasificando las prácticas que se consideraban aceptables y las que eran condenables. Es posible ver así, cómo la categorización de enfermo psiquiátrico excedió ampliamente la enfermedad y colaboró en la conformación de un estereotipo de inadaptado social. (Duffau,2017)

Volviendo ahora nuestra mirada sobre el Manicomio Nacional, y siguiendo los lineamientos franceses que inspiraban sus prácticas, el establecimiento debía cumplir con una serie de condiciones que permitieran el aislamiento de los ‘dementes’, evitando así molestias a los vecinos. Las hermanas de caridad debían ser vistas como superiores y estarían presentes en todas las visitas médicas para poder proveer a los médicos de la información necesaria.

Durante el período comprendido entre 1860-1874, el poder médico aún era escaso: el médico visitaba a sus pacientes dos veces a la semana y se encargaba de las dolencias físicas. Eran las autoridades religiosas quienes podían permitir, o no, la aplicación de castigos y chalecos de fuerza.

Fue recién hacia 1875 que comenzó a visualizarse la disputa sobre quién debía tener las potestades para el tratamiento de los enfermos, dando cuenta de un lento pero constante crecimiento del poder médico en los diversos ámbitos públicos.

El edificio del Manicomio Nacional fue inaugurado en mayo de 1880, destacándose de su acto inauguracional la ausencia de consideraciones médicas y científicas. La administración interna del manicomio fue concedida a doce hermanas de caridad, encargadas de supervisar la higiene, el régimen alimenticio, la actuación médica y el tratamiento terapéutico.

En este primer período de inauguración e instalación del Manicomio Nacional, se vivió en nuestro país un aumento de la población internada. Existen registros de personas ingresadas sin diagnósticos claros que parecieron responder a necesidades sociales más que de salud o ayuda a los enfermos. La remisión por parte de la policía, políticos o familiares sin un aval judicial o médico deja en evidencia los abusos que eran cometidos contra una población indefensa. El manicomio era visto, entonces, como un lugar que permitía saldar conflictos de naturaleza social, familiar y hasta política.

En este contexto y ante la ausencia de una legislación que regulara la organización de los establecimientos para enfermos psiquiátricos, en el año 1898, el Dr. Castro presentó frente al gobierno un proyecto que proponía, entre otras cosas, la eliminación de las autoridades religiosas y el reemplazo de estas por una dirección técnica y administrativa a cargo de un médico. Así mismo pedía que se pusieran en práctica algunas disposiciones como los documentos de identificación del enfermo, formularios para certificaciones médicas donde se expresaran los antecedentes y síntomas que fundamentan el diagnóstico, y comunicación de la admisión al Poder Judicial.

A pesar de que su proyecto no se concretara, fue Castro quien introdujo, frente al gobierno nacional, la importancia de una normativa clara que otorgara herramientas legales a las autoridades para poder, por ejemplo, internar a un enfermo.

Desde la segunda mitad de la década del 80 del siglo XIX, las autoridades religiosas del Manicomio Nacional fueron desplazadas y reemplazadas por una administración científica y laica. Los médicos pasaron a tener un rol primario y consolidaron su presencia y poder.

En 1905, el ingreso al manicomio requería de una autorización judicial acompañada de la certificación por parte de dos facultativos. A nivel social, sin embargo, el manicomio aún era visto como un lugar de reclusión donde confinar personas peligrosas, más allá de la enfermedad patológica.

Con la aprobación de la Ley de Asistencia Pública Nacional, cinco años más tarde, quedó consagrado el derecho de asistencia, comprendido como una reparación parcial y tardía de las injusticias. La asistencia a las personas de escasos recursos dejó de ser responsabilidad de la caridad, para pasar a ser una obligación del Estado.

Fue en este contexto que el Manicomio Nacional pasó a denominarse Hospital Vilardebó y, en 1911, se presentó un reglamento que debiera ser aprobado por la Dirección de Asistencia Pública Nacional. De acuerdo con cifras aportadas por el historiador Juan Rial, al año 1911, el hospital contaba con 1502 pacientes sobre una capacidad higiénica de 600 personas y había un faltante de 453 camas.

En el año 1912, en respuesta a la sobrepoblación del Hospital Vilardebó, se fundó, en las inmediaciones de Santa Lucía, la Colonia Etchepare. Bajo un modelo asilar europeo, la Etchepare hacía énfasis en la organización por pabellones y la cura por el trabajo – laborterapia-. (Techera, Borges y Apud, 2009)

Si bien en sus inicios la Colonia Etchepare recibía a una población menos marginalizada con diversos oficios, ya a mediados de los 80 del siglo XX, sus internos comenzaron a caracterizarse por ser parte de una clase marginal, reflejando la íntima relación que existe entre la atención psiquiátrica y la situación económica en nuestro país.

Nueve años más tarde, en 1921, también en las inmediaciones de Santa Lucía, se inaugura la Colonia Santin Carlos Rossi, destinada a la población femenina que requería de tratamiento psiquiátrico asilar.

A pesar de que la medicina logró imponerse por sobre la autoridad religiosa, la verdad es que el modelo de gestión no distó de las propuestas llevadas adelante bajo el mandato de las hermanas de caridad. Además de establecer un esquema de categorías diagnósticas, los médicos se propusieron una terapéutica adecuada a cada patología, dando lugar a la reflexión acerca de cuál era la mejor forma de atención y tratamiento.

Desde los orígenes y aún después de que las autoridades religiosas fueran reemplazadas, los hechos de violencia continuaron presentes en el tratamiento de los enfermos asilados. La persuasión, el aislamiento y la vigilia sobre la conducta de los enfermos, especialmente los histéricos, eran prácticas aprobadas por todos los médicos y orientaciones políticas.

2. Internaciones prolongadas: efectos de la institucionalización

A partir del apartado anterior es posible entender que, dentro del modelo de atención de los centros asilares para personas con problemas psiquiátricos, prima una organización centrada en la internación como única alternativa de tratamiento. Siguiendo los lineamientos de Goffman (2001) los hospitales psiquiátricos se proponen cuidar a aquellas personas que, además de ser incapaces de cuidarse a sí mismas, constituyen una amenaza involuntaria para el resto de la sociedad.

Caracterizados por ofrecer una asistencia asilar y de custodia, estos espacios privan a las personas allí internadas de muchas de sus actividades cotidianas, aislándolas de su entorno social y familiar, y derivando en la pérdida de autonomía e identidad, así como vulnerando muchos de sus derechos. Estas instituciones tienen tendencias absorbentes que representan una fuerte ruptura con el mundo exterior, materializada por altos muros, puertas cerradas y restricciones en las visitas. Tal y como plantean Techera, Apud y Borges (2009), quienes pasan mucho tiempo internados en estos centros deben adaptarse a un nuevo espacio-tiempo diferente al día a día que transita el resto de la comunidad, implicando una nueva dificultad de readaptación al momento del egreso.

Goffman (2001) denomina a los hospitales psiquiátricos como ‘instituciones totales’, caracterizándolos por ser lugares de residencia y trabajo en los que un gran número de personas en igual condición, aisladas de la sociedad por un período considerable de tiempo, comparten en su encierro una rutina que les es administrada por vías formales. El autor recuerda que estas personas, al momento de ingresar a la institución, traen consigo una cultura que es propia, un estilo de vida y rutinas de actividades que les permitían formar un marco de referencia y desarrollar mecanismos defensivos del yo frente a conflictos, fracasos y descritos.

Si bien las instituciones totales no reemplazan la cultura de los individuos que ingresan, en aquellos casos en que la internación se hace prolongada, puede tener lugar lo que se conoce como ‘desculturación’, provocando un ‘desentrenamiento’ que les incapacita temporalmente para el afrontamiento de cambios que tienen lugar fuera de la institución.

La pérdida de hábitos, rutinas y afectos, producen continuas mutilaciones del yo, los internos son expropiados de sus pertenencias y de la intimidad, anulando su rol social y siendo vigilados de forma constante. Así mismo, las internaciones prolongadas conducen a desvinculaciones con sus redes familiares y comunitarias, derivando en un sentido de pérdida de identidad. Todo esto se conoce como hospitalismo.

De acuerdo con Spitz, citado en Amico (2005), el hospitalismo refiere a aquellas conductas que desarrollan los individuos como consecuencia de la permanencia prolongada en las instituciones. Se caracteriza por la apatía, la pérdida de interés y falta de iniciativa, la sumisión y aceptación resignada de la realidad, así como una escasa expresión de sentimientos.

Dentro de los hospitales las personas pasan a ser identificadas por su diagnóstico y su número de cama, con el paso del tiempo ellas mismas se presentan de esta manera, y sus nombres, sus afectos y sus historias de vida quedan olvidados. Bajo el entendido de que todo es para su mejoría, son medicados sin ser consultados, sufriendo de efectos secundarios que muchas veces dificultan su quehacer cotidiano. Es esto lo que les hace sentir que pierden su voz, ya no deciden por sí mismos, son considerados ‘revoltosos’ si se quejan y reciben el rechazo de algunos funcionarios.

3. Desmanicomialización y desinstitucionalización en el mundo

En estrecha vinculación con lo anterior, una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial, comenzó a verse en algunos países de Europa un fuerte cuestionamiento a las modalidades de encierro y tratamiento de las personas con padecimiento psiquiátrico. Comparado con el tratamiento recibido en los campos de concentración por una ausencia total de dignidad humana, el modelo asilar es criticado por los procesos de exclusión social y sus lógicas asimétricas de sometimiento.

En el año 1948, las Naciones Unidas proclaman la Declaración Universal de los Derechos Humanos, marcando un importante hito en clave de humanización y permitiendo el desarrollo de una nueva concepción de la enfermedad mental y los centros asilares, que entiende los derechos humanos como inherentes a toda persona y coloca al Estado en el rol de garante de estos derechos.

Desde la psiquiatría, surge un movimiento denominado ‘antipsiquiatría’, representado por autores como David Cooper, Thomas Szanz y Franco Basaglia. Dicho movimiento promueve la creación de nuevos espacios y modos de pensar, vivir y comprender la locura, adicionando el contexto social a la comprensión del desarrollo de la enfermedad.

Con la intención de superar el modelo segregador del manicomio y buscando modificar el lazo social instaurado por la psiquiatría tradicional, introducen la desinstitucionalización como modo de reemplazar gradualmente la internación en centros asilares, ofreciendo alternativamente la creación de servicios comunitarios.

En estrecha relación con esto, en Italia, en 1978, Franco Basaglia impulsó la ley 180. Pionera en el mundo, esta ley implicó el cierre definitivo de los hospitales

psiquiátricos y la creación progresiva de servicios territoriales que permitieran a las personas con padecimiento mental conducir su vida en un contexto social normal.

En las Conferencias Brasileñas de 1979, Franco Basaglia decía:

“... de todos modos hemos demostrado que se puede asistir a la persona con problemas mentales de otra manera, y este testimonio es fundamental. Yo no creo que el hecho de que una acción logre generalizarse signifique que ganamos. El punto importante es otro, es que ahora sabemos lo que se puede hacer ...”
(Brasil, 1979)

Los servicios territoriales adoptaron, en Italia, un estilo operativo que difiere ampliamente del modelo hospitalario, dirigiéndose al paciente sin utilizar filtros y competencias rígidas, estandarizadas. Estos servicios valoran y priorizan las redes de relaciones sociales, e insisten en la calidad y capacidad de las personas por encima de sus síntomas. Ocupados del proyecto de cada persona, no definen protocolos y tiempos rígidos de hospitalización. (Dell’Acqua, P. s/f)

A partir de la experiencia italiana, otros países del mundo iniciaron procesos similares, algunos exitosos y otros no tanto, de desmanicomialización. De acuerdo con Bianchi (2011), la desmanicomialización hace referencia a los cambios que implican que una persona no debe perder el papel de sus derechos ciudadanos, su libertad e inclusión social, por el hecho de padecer una enfermedad mental. Podríamos decir, entonces, que la desmanicomialización refiere a la humanización de las prácticas en salud mental, la recuperación del rol activo de la persona en su comunidad como portador de derechos, y la participación e involucramiento comunitario en la rehabilitación de la persona. (Ruiz, 2017)

Dependiendo del país y el autor que aborda la temática, es posible encontrar el término de desinstitucionalización indiferenciado del de desmanicomialización. Al respecto, Domémenech, Tijrado, Traveset y Vitores (2015), citados en Ruiz (2017), entienden que la desinstitucionalización comprende en sí misma los preceptos básicos de la desmanicomialización: despoblar los hospitales psiquiátricos, reemplazar y desviar las admisiones institucionales hacia servicios comunitarios.

Un ejemplo de las experiencias desinstitucionalizantes es el caso de Estados Unidos, donde la reforma psiquiátrica tuvo lugar en un contexto de revolución social en favor de la no violencia, generando estrategias de trabajo comunitario que derivaron en el concepto de desinstitucionalización.

A pesar de crearse varios centros de Salud Mental, talleres, hogares y hospitales de día y noche, Amarante (2009) nos explica que el concepto de desinstitucionalización fue entendido, en Estados Unidos, casi como sinónimo de deshospitización, priorizando el recorte de gastos estatales por sobre la rehabilitación de las personas.

La experiencia española, por otra parte, se destacó por la presencia de un área Sanitaria y de la Atención primaria, dos componentes fundamentales del diseño de su reforma. (Desviat, 2009) Se planteó como objetivo una psiquiatría social y pública, de abordaje biopsicosocial, basada en una psicopatología del cuidado. El desafío español fue el de desmontar un sistema asentado en el hospital psiquiátrico, al tiempo que debía construir un nuevo y alternativo modelo asistencial.

En el caso de América Latina, uno de los eventos que marcó inicio al proceso de desinstitucionalización fue la Declaración de Caracas en el año 1990, a través de la cual se enfatizó en la necesidad de reemplazar la atención centrada en los hospitales

psiquiátricos, por prestaciones descentralizadas, participativas, continuas, integrales y preventivas con base comunitaria.

En Brasil, si bien se registra el inicio de los procesos de reforma entre los años 1978 y 1980, no fue hasta el 1990 que la desinstitutionalización comenzó a concretarse. Con la creación de Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS), y la aprobación de la Ley Nacional 10216 en 2001, comienza a promoverse un modelo de atención comunitario basado en la inclusión social y la búsqueda de autonomía de las personas. (De León y Techera, 2017)

Una de las características principales de la reforma brasileña fue la construcción y colaboración ciudadana, contando con la participación de usuarios, familiares y trabajadores de la salud mental. Ninguna reforma que pretende la creación de centros comunitarios de atención puede ser llevada a cabo sin el involucramiento de la ciudadanía, punto a favor que estuvo presente en este país.

Por último, en Argentina, el primer proceso de reforma tuvo lugar en la provincia de Río Negro. En el año 1983, se llevó a cabo la ‘desactivación del hospital psiquiátrico’, siendo este sustituido por una red territorial comunitaria que aseguraba el acceso a un conjunto diversificado de programas y dispositivos de salud mental. (Caldas de Almeida, 2007)

Las reformas en el país vecino avanzaron hacia la creación de servicios de salud mental, el trabajo intersectorial y la inclusión de la palabra como instrumento de recuperación del lazo social, fomentando, a su vez, la conformación de equipos interdisciplinarios. En el 1987 es creado el Centro de salud mental Comunitaria (CSMC), saliendo de la lógica manicomial con centro en la figura del psiquiatra, toma

como nuevo paradigma el trabajo interdisciplinario basado en la inclusión de los usuarios como participantes activos. (López, 2011)

Esto, junto a la conformación de una masa crítica con núcleo en la Universidad de Madres de Plaza de Mayo y los congresos de salud mental y derechos humanos, generó las condiciones necesarias para el desarrollo de un movimiento social que, a fines del año 2010, logró la aprobación de la Ley 26657. Esta ley, entre otras medidas, prohíbe la construcción de nuevos manicomios, determinando la creación de dispositivos sustitutivos y emprendimientos socio productivos. (Baroni, 2019)

4. Fenómeno de puertas giratorias

A pesar de los esfuerzos gubernamentales y comunitarios de ofrecer alternativas asistenciales que acompañen los procesos de desinstitucionalización, fueron varios los países que presentaron dificultades en el tratamiento y seguimiento de las personas dadas de alta, enfrentándose a la problemática del reingreso frecuente y sistemático de un gran porcentaje de los pacientes psiquiátricos.

El fenómeno de puertas giratorias, ‘revolving doors’, fue introducido por primera vez en los años 60. Diversos autores señalan la estrecha relación existente entre dicho fenómeno y la desinstitucionalización. Las fallas en el sistema de salud vinculadas al enlace paciente-comunidad luego del alta, el poco involucramiento comunitario y las dificultades propias de pacientes con largos períodos de internación, son sólo algunos de los factores mencionados como favorecedores del reingreso frecuente.

Centradas en lo que el sistema no ofrece en la asistencia ambulatoria, las explicaciones sanitaristas fundamentan que los sujetos retornan a la internación por la falta de alternativas asistenciales. En países como Estados Unidos, Rotelli (2014) describe cómo la deshospitización y externación fueron realizadas en un contexto neoliberal que priorizó lo económico, dejando a muchos pacientes crónicos sin la asistencia necesaria.

En su estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el Hospital Vilardebó, Pezzani (2016) entiende que la problemática repercute tanto en la calidad de vida de los pacientes, como en sus posibilidades de desarrollar una vida en comunidad. Así mismo, destaca como un aspecto fundamental del fenómeno de puertas giratorias, el pasaje del paciente desde un sistema altamente estructurado, como son los centros

asilares, hacia un ambiente heterogéneo, impredecible y menos estructurado como lo es la comunidad.

Linares (2002) habla de la dependencia económica, social y psicológica de quienes reingresan con frecuencia, mientras que, otros autores, coinciden en destacar el consumo de sustancias y los Intentos de Autoeliminación (IAE) como factores predominantes de los reingresos.

Es habitual que los autores vinculen el reingreso frecuente a cuestiones endógenas como el consumo de sustancias psicoactivas en comorbilidad con una patología psiquiátrica, o causas ambientales que consideran la duración de la primera internación y la falta de apoyo familiar. Sin embargo, no suelen relacionar el fenómeno con cuestiones sociales o macroeconómicas. (Castelli, 2020)

En un estudio de corte cualitativo, Castelli (2020) busca conocer los recorridos de los sujetos definidos como pacientes de reingreso frecuente en el Hospital Vilardebó, intentando comprender la relación con la institución hospitalaria y los motivos que ellos entienden que los llevan a volver. A diferencia de los autores que destacan el costo que implica el fenómeno de puertas giratorias, Castelli (2020) centra su atención en la modalidad relacional de los sujetos con el hospital, entendiendo que ese constante movimiento de ingresos y salidas no significa necesariamente un fracaso terapéutico.

Al respecto, Pezzani (2016) reflexiona que, para muchos pacientes con medios socioeconómicos deficitarios o redes vinculares desgastadas, el hospital ofrece un entorno atractivo y continente. Sumado a esto, Machado y dos Santos (2013) hacen énfasis en las dificultades a las que se enfrentan muchas familias para sostener al sujeto padeciente en el domicilio, y la sensación de bienestar y alivio asociada con la internación del portador de la patología.

En Uruguay, a pesar de existir pocos estudios sobre el fenómeno de puertas giratorias, el término aparece en numerosos artículos de prensa para denunciar la falta de planes alternativos para el egreso del hospital psiquiátrico. Baroni (2016) plantea que esta situación condena a las personas a quedar desatendidas y, en muchos casos, en situación de calle, pasando a ser consideradas ‘pacientes sociales’ que quedan atrapados en una suerte de puerta giratoria entre la atención y la calle.

Se visualiza que, a pesar de la normativa vigente, ciertas prácticas en la institución hospitalaria tienen lugar debido a otros factores como la falta real de posibilidades de residir en otro lugar luego del alta, y la solicitud de los propios sujetos por mantener sus internaciones. Es importante, por este motivo, que se desarrollen modalidades alternativas de atención, intervención y rehabilitación que actúen de sostén luego del alta

5. Experiencias de intervención comunitaria en Salud Mental en Uruguay

Si volvemos ahora nuestra atención sobre la Salud Mental en Uruguay, recordamos las condiciones de internación en el Hospital Vilardebó y las Colonias Etchepare y Santin Carlos Rossi, que fueron descritas en el apartado de ‘Proceso de manicomialización en Uruguay’. Sin embargo, es importante reconocer que, dentro y fuera de los mismos, existieron movimientos instituyentes que buscaron revertir las modalidades de intervención y tratamiento de los pacientes psiquiátricos.

Diferentes autoridades dentro de las Colonias y el Hospital, familiares y amigos desde fuera, fueron protagonistas de diversos intentos, algunos exitosos, de modificar la lógica manicomial.

5A. Barindelli y otras experiencias desde dentro de las Colonias

En el libro ‘La sociedad del olvido: Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay’, Techera, Apud y Borges (2009) realizan un recorrido histórico por los diferentes momentos vividos en materia de Salud Mental en Uruguay. Tomando sus aportes como hoja de ruta, comenzaremos por describir algunas de las intervenciones que tuvieron lugar dentro de las instituciones.

En el Hospital Vilardebó, en el 1905, surgieron numerosos talleres de escobería, canastería, carpintería, entre otros, que darían lugar, años más tarde, a la laborterapia. De acuerdo con los principales diarios del 1950, desde la sociedad, comenzó a tomarse una mayor conciencia de la enfermedad mental como fenómeno complejo y multicausal. Fue en respuesta a esto que, el Dr. Luis Barindelli implementó, por primera vez, una serie de transformaciones en las estrategias de tratamiento y rehabilitación, buscando

lograr lo que denominó como 'hospital activo', desde una visión más integral y en consonancia con los cambios a nivel social.

Así mismo, cuando Barindelli y Tobler introdujeron la laborterapia, comenzaba a surgir la psicofarmacología como ciencia. Estos dos doctores asociaron el aislamiento con la consolidación del enfermo pasivo, distinguiendo entre dos vías en el proceso terapéutico: la que se centra en el tratamiento de lo enfermo, y la que se enfoca en lo sano y se vincula con la historia personal. El sistema asilar, reconocen, usualmente responde únicamente al tratamiento de lo enfermo, dejando de lado aquellos aspectos que sostenían a la persona en comunidad. (Techera, Apud y Borges. 2009)

La laborterapia, en estrecha relación con lo anterior, permitía a la persona conectar con las actividades que su parte sana podía realizar en forma real o potencial. Se busca, con esto, revertir parte de los efectos perjudiciales producidos por el encierro y la inactividad sobre el estado psíquico y orgánico de los internos; propiciando la reintegración al medio social.

A mediados del 1953 eran varios los artistas, escritores y profesores que realizaban alguna u otra actividad dentro del Vilardebó, siendo evidencia de la apertura del Hospital hacia la comunidad. Sin embargo, en 1958, Barindelli fue destituido y designado para intervenir en la Colonia Etchepare, donde intentó, sin éxito, llevar a cabo un proceso similar.

Con la salida de Barindelli, el Hospital Vilardebó pasó a ser administrado por las Hermanas Capuchinas, retomándose prácticas dolorosas como punciones lumbares para el diagnóstico de sífilis de los nuevos ingresos. La realización de estas prácticas se hacía, de acuerdo con los relatos extraídos de Apud, Techera y Borges (2009), sin las condiciones de higiene necesarias lo que, muchas veces derivaba en contagios entre

internos. Los talleres de laborterapia fueron convertidos en fábricas de zapatos, jabones, muebles y otros materiales para toda Salud Pública, esclavizando a los enfermos que trabajaban sin recibir un salario.

En el 1969, nos cuentan Apud, Techera y Borges (2009), Juan Carlos Carrasco desarrolló un taller de pintura en el Hospital Vilardebó, y Sofia Arzarelo organizó talleres de costura, pintura, música y otras actividades.

Si nos centramos, ahora, en la Colonia Etchepare, vemos como bajo la dirección de Do Campo (2006-2015), se tomó contacto con actividades como talleres de pintura, exposición de cuadros, manualidades, artesanías, panadería, paseos, gimnasio, espacio radial, entre otros. Sin embargo, no fueron muchas las intervenciones que se vivieron desde dentro de la institución.

5B. Radio Vilardevoz



En Montevideo, en el seno del Hospital Nacional Psiquiátrico Teodoro Vilardebó, funciona, desde 1997, la Radio Comunitaria Vilardevoz. Autogestionada por pacientes, psicólogos, docentes y estudiantes de psicología, surge a partir de Andrés Jiménez, estudiante que tuvo la iniciativa de llevar un grabador de mano a las rondas de mate y tabaco que tenían lugar en la Sala de Juegos del Hospital.

Con la idea de grabar, mandar mensajes al exterior y recibir respuestas desde afuera, Vilardevoz generó, desde ese momento y hasta el presente, un movimiento que logró trascender los muros del hospital, convirtiéndose en un importante actor de la historia reciente del Uruguay.

En su tesis de maestría, Baroni (2019) reflexiona que, el ejercicio de la libertad de expresión y la comprensión de la comunicación como derecho, fueron elementos fundamentales en la promoción y desarrollo de un dispositivo radial que contribuyera a generar cambios a nivel del imaginario social sobre la locura y el paciente psiquiátrico, devolviendo esas voces y experiencias al circuito comunicacional.

La emisión de una radio desde el manicomio permite un primer movimiento que convierte en público algo que antes parecía estar condenado al ámbito privado, al encierro. Es necesario reconocer, en este sentido, que, el poder hablar en primera persona estando internado, restituye un derecho que, en este tipo de instituciones, suele quedar relegado.

La promoción de espacios centrados en las personas deja en evidencia los efectos del encierro en quien lo padece, siendo uno de ellos el dejar de presentarse con el nombre propio para pasar a hacerlo por medio del diagnóstico, número de cama o sala asignado. Sin embargo, sabemos que quien mejor conoce sobre su padecimiento, es la persona que sufre, volviendo sumamente importante la generación de espacios no reglados, lisos y desde una ética del encuentro donde, la horizontalidad y el respeto por el otro, permitan el reconocimiento de este conocimiento.

Desde sus inicios, la Radio Vilardevoz se caracterizó por la búsqueda de ese espacio, un lugar para la locura diferente al manicomio, un lugar donde interpelar y transformar algo del orden establecido. Tomar la palabra, tomar algo de poder, impulsando la comunicación como derecho y habilitando un espacio grupal con aquellos a quienes se las ha quitado o han perdido la capacidad de comunicarse. (Baroni, 2019)

Poder pertenecer a un lugar y dejar de sentirse exiliados, ser reconocidos por su nombre, es una de las claves que permiten ocupar nuevos lugares en la Radio Vilardevoz. Todos logran hacerse de un lugar desde su singularidad, aportando desde diversas formas de expresión como el humor, los cuentos y la poesía.

Dentro del hospital, la Vilardevoz ocupó un espacio que se encontraba vacío, produciendo una práctica comunicacional y participativa en un espacio considerado productor de deshumanización. El colectivo radial comprendió que, para hacerse escuchar, el camino era reunirse con otros, no estar solos ni aislado: manicomializados.

Si bien no es la intención de esta monografía centrarse en la historia biográfica de la Radio, si es importante tener presentes algunos momentos por los que atravesó junto a las diferentes autoridades del Hospital Vilardebó. Desde su fundación, en 1997, hasta la

actualidad, la relación de Vilardevoz con diferentes actores, con autoridades de Salud Pública y del propio Hospital, no fue fácil.

Una de las estrategias adoptadas por parte de los integrantes de la Radio para poder fortalecerse y escapar, en cierta forma, a las lógicas verticales y jerárquicas del Hospital, fue la de invitar a las diferentes autoridades a ser entrevistadas en su salida al aire. De esta manera, fue siendo posible hacerles conocer algunos de los movimientos que estaban teniendo lugar dentro de la institución.

Hasta la asunción del Dr. Lizardo Valdés, en 2005, los movimientos dentro del Hospital fueron lentos y tendientes a preservar lo ya existente. Valdés introdujo su concepción de que toda actividad en el Vilardebó debía comprenderse como de rehabilitación, llevando a un rediseño general del Hospital que encontró muchas resistencias en personas que estaban acostumbradas a un sistema cautelar y opresivo. (Baroni, 2019)

Además de la Radio Vilardevoz, la gestión de Valdés impulsó la creación de nuevas actividades en el Centro Diurno, convenios laborales con el Centro Psicosocial Sur Palermo y la fundación de algunas cooperativas de trabajo de limpieza y mantenimiento.

A partir del año 2010, con el cambio de autoridades y la renuncia del Dr. Valdés, se vieron tanto en el Hospital Vilardebó como en las Colonias, cambios en materia edilicia pero no con relación al modelo de intervención y rehabilitación.

En el año 2011, la radio inicia la campaña Rompiendo el Silencio, buscando colocar en la agenda política y en el debate público la temática de la salud mental, cuestionando el imaginario social que rodea la locura y la enfermedad mental. Dicha

campaña se trató de diversos desembarcos en varios departamentos del país, interactuando con la Radio Comunitaria Espika FM de Canelones.

Si continuamos pensando acerca del papel de la Radio Vilardevoz como intervención comunitaria dentro del Hospital Vilardebó, Carozo (2016) reflexiona que uno de sus principales roles ha sido el de intervenir el manicomio, intentando fomentar el cambio desde dentro por medio de prácticas antimanicomiales basadas en el diálogo y el encuentro horizontal.

Desde la academia, a partir de las intervenciones realizadas en y junto a la Radio, surge la preocupación por encontrar formas alternativas de intervención en Salud Mental, llevando al reconocimiento de la necesidad de diseñar un perfil formativo que se adaptase a las exigencias que los cambios a nivel del sistema de salud estaban impulsando.

La crítica de las lógicas manicomiales en una radio conformada mayoritariamente por psicólogos, permitió el análisis de las estrategias e intervenciones existentes al momento. Vilardevoz le recuerda a la academia que no debe olvidar lo que el otro pide, que no debe dejar de mirar a los ojos y considerar a ese otro. El uso de herramientas de comunicación facilita la generación de lazos y de procesos desmanicomializantes, fortaleciendo procesos de autonomía y de luchas colectivas de las personas con padecimiento de lo psiquiátrico.

5C. Radio Comunitaria Espika FM



A pesar de que, como se mencionaba en el apartado de experiencias dentro de las Colonias, no fueron muchas las intervenciones que tuvieron lugar desde dentro de la Colonia Etchepare y Santin Carlos Rossi, o al menos no existe demasiado información al respecto, en Santa Lucía, un pueblo ubicado a sólo tres kilómetros de ambas Colonias, un grupo de vecinos y expacientes iniciaron un movimiento radial comunitario que terminó por involucrar directa e indirectamente a pacientes y funcionarios de éstas.

Pensada como escenario de procesos participativos y de ejercicio de ciudadanía, la radio comunitaria Espika, surgió en un contexto de crisis económica y sociopolítica. Si bien no es la intención de este trabajo hacer un recorrido exhaustivo por el proceso fundacional y de consolidación de la radio, considero pertinente conocer y comprender el contexto que favoreció su creación. Para esto, se tomaron como base los aportes de la Lic. Mónica Giordano, en su tesis de maestría “Al mundo le falta un tornillo” (2017).

Como respuesta de un grupo de jóvenes que, decepcionados, pero no vencidos, buscaban un espacio de participación donde discutir libremente sus ideas sin formar parte de espacios político-partidarios, la radio comenzó a funcionar, en el 2002, de

forma nómada: transmitiendo desde casas familiares, en horarios nocturnos o durante los fines de semana. (Giordano, 2017)

A principios del año 2003, agrupados bajo el nombre Levantad Juventud, tuvo lugar la primera actividad comunitaria, organizando una marcha local por la paz mundial y redactando una carta al entonces presidente de la República, Jorge Batlle. Sin embargo, el inicio de la radio estuvo vinculado a la necesidad de que sus discusiones e inquietudes no quedasen sólo entre ellos, sino hacerlas circular, colectivizarlas y generar acciones.

Con antecedentes de radios ‘piratas’ desde los años noventa en Santa Lucía, el grupo de jóvenes recibió positivamente la idea de algunos integrantes de formar una radio. Fue así como, en agosto de 2003, tuvieron un primer encuentro con la Asociación Mundial de Radios Comunitarias (AMARC), invitando al resto de los habitantes de Santa Lucía, para poder evacuar sus dudas acerca de qué era una radio comunitaria, para qué y cómo debía ser organizada.

El 31 de octubre de ese mismo año, en paralelo con la entrega de firmas por la Reforma Constitucional del Agua, el grupo de jóvenes realizó un toque en ‘Lo de Gastón’ y efectuaron su primera transmisión y cobertura periodística.

Durante un primer tiempo, las transmisiones eran realizadas con equipos cedidos por un integrante de la radio La Arveja Clandestina, y las salidas al aire tenían una frecuencia semanal. Cada vez que la radio estaba prendida, cuenta uno de sus fundadores, el espacio se llenaba de gente, convirtiéndose en un lugar de encuentro e integración. (Giordano, 2017)

Si pensamos acerca del rol de la radio Espika como intervención comunitaria, esencialmente en el plano de la Salud Mental, podemos tomar los aportes de Correa,

quien define a los dispositivos radiofónicos como territorios abiertos en sus significaciones, generadores de bienestar, que desarrollan territorios despatologizados. (Correa, M. 2009)

Las radios comunitarias, como la Espika FM, históricamente han abierto un espacio que integra a los sectores más excluidos y minoritarios. Al escuchar o visitar la radio Espika, es posible encontrarse con relatos de los más variados acerca de familiares, amigos y personas que pertenecen al grupo que han trabajado o trabajan en las Colonias, que han sido internos, viven en las casas de salud o de familia, o han tenido algún tipo de experiencia con lo mental. (Giordano, 2017)

Los vínculos que se construyen en dispositivos como esta radio, los nuevos sentidos y las estrategias que les permiten sostener ese espacio, son de suma importancia a la hora de comprender hasta qué punto estas intervenciones permiten romper con las lógicas de poder-saber-jerárquico-autoritarias.

Estas experiencias permiten que las voces de aquellos ciudadanos excluidos vuelvan a circular. En palabras de Giordano “Allí dónde ‘la locura’ es objeto de información, donde ‘los locos’ son hablados por otros, estas radios irrumpen proponiendo una lógica donde los-as participantes son sujetos y productos de su propia comunicación”. (Giordano, M. 2017, pp. 21-22)

Es posible, entonces, analizar la experiencia de la radio Espika FM como un territorio de posibles, donde las personas con sufrimientos psíquicos pueden emerger, hacer surgir su potencia, hacerse escuchar y dejar de ser hablados por otros.

En términos generales, las radios comunitarias manejan como conceptos fundamentales la participación, la autogestión, la autonomía y los procesos de liberación. Tomar parte, ser parte, es un trabajo colectivo que permite transformar y ser

transformado; implica individuos, grupos y circunstancias que se afectan mutuamente al participar.

En diversos documentos de la Radio Espika FM se encuentra que uno de sus objetivos es promover la integración, la diversidad, la participación activa y la democratización de la palabra, construyendo una comunicación que habilite espacios para aquellas voces silenciadas.

Así mismo, en su Tesis de Maestría, Giordano nos cuenta que, durante las diversas entrevistas y observaciones participantes realizadas, fue posible ver cómo en el pueblo de Santa Lucía existen muchas personas en situación de soledad, exclusión y abandono, de falta de oportunidades laborales, y sobre todo falta de espacios de socialización y recreación, espacios que funcionen como promotores de integración social.

Esto resulta relevante a la hora de entender cómo la Espika funciona como un colectivo que no se diagrama bajo la lógica manicomial, ni la lógica médica hegemónica. Bajo la particularidad de dar lugar a ‘los locos del pueblo’ desde sus comienzos, este colectivo siempre estuvo abierto a que cualquier vecino se integrara o participara de la radio, dándole un nuevo sentido a ‘lo loco’, mostraron como esos locos eran capaces de construir un espacio propio.

Yo creo que cuando hay movimientos sociales siempre aparecen dos o tres locos a recalar ahí, porque encuentran un lugar para ellos. Digo locos o con alguna enfermedad psíquica o algo y que no tienen un arraigo en ningún lado, en ningún espacio concreto de la sociedad. (Duffau, 2017)

Desde su lugar de intervención comunitaria, la Espika FM contribuye en el reposicionamiento de los sujetos como parte de la sociedad, ayudando en la posibilidad

de reconstrucción de una identidad debilitada por la condición estática de paciente mental. Como dispositivo terapéutico alternativo, ofrece la horizontalidad de los vínculos, la capacidad del encuentro que habilita la diferencia.

Así mismo, Giordano destaca que, en la radio, es posible tramitar los conflictos y, además, encontrar hermandad, sentirse querido y contenido. En una entrevista realizada en diciembre de 2016 a uno de los integrantes del colectivo expresaba:

Muchísimas personas o unas cuantas personas, en todos estos años, de Instituciones de Salud Mental, han venido y se han integrado... Está buenísimo el factor integrador, siendo que muchas veces en los laburos, ámbitos sociales, clubes, estudio, a estas personas no se les da un verdadero enfoque de integración, sino que se da, muchas veces, lamentablemente, todo lo contrario, se los excluye. Creo que, en este proceso de sanación, de cura, que tenemos todos, es maravilloso ver como la Espika cumple esta función. (...) Y que ayuda también al ser humano a sentirse querido, apreciado, amado, sentirse integrado porque es fundamental el factor de sentirse integrado, y hay muchas personas, que, por ahí, no sienten eso y es maravilloso este espacio de integración y que genera redes con todas las personas que tienen diferentes situaciones. Y también está bueno el tema de la horizontalidad (...) (Giordano, 2017, pp. 157)

En otras entrevistas tomadas por Giordano para su tesis, es posible apreciar como los integrantes de la Espika valoran el ser tratados como uno más, sin ser señalados como locos ni por su diagnóstico. Sentirse escuchados, comunicar lo que les pasa y poder tomar decisiones, son las principales características destacadas por los participantes de la Espika FM.

Es posible concluir, entonces, que la Espika, como intervención comunitaria en Salud Mental, tiene como principales características lo humano, su horizontalidad, la importancia del afecto y la contención, el respeto por la diferencia, donde existe una libre circulación de las personas que respeta sus tiempos, sus necesidades y deseos. Su dimensión comunicacional actúa como potencia, agrupando una diversidad de voces que no tiene lugar donde expresarse, democratizando así la palabra. El reconocimiento del otro es algo que el Colectivo Espika tiene presente desde sus comienzos, lo que será muy importante a la hora de pensar en la integración y en los impactos sobre la Salud Mental.

5D. Espacio cultural y Biblioteca Popular Bibliobarrio



Espacio Cultural Bibliobarrio

*“Reconocer la diferencia y aceptar la
existencia del otro (...)
y escuchándolo para sabernos a nosotros mismos.”
E.Z.L.N.*

Bajo la modalidad de un proyecto estudiantil, en el año 2009, surge, a escasos metros del Hospital Vilardebó, el Espacio cultural y la Biblioteca Popular Bibliobarrio. Integrado por estudiantes, docentes y egresados de la Facultad de Psicología, la Escuela Universitaria de Bibliotecología y Ciencias a Fines y la Facultad de Ciencias Económicas y Administración, el equipo a cargo del proyecto se propuso abordar la problemática de la inserción laboral de personas con padecimiento psiquiátrico.

Tomando como sede central la biblioteca barrial del Club Deportivo Reducto, fundada por los propios vecinos en 2004, y en estrecha relación con el objetivo planteado, la Biblioteca Popular Bibliobarrio trabaja, desde sus inicios hasta la fecha, de manera autogestionada con un grupo de trabajadores conformado por personas con padecimiento de lo psiquiátrico e integrantes del barrio Reducto.

Definida por sus propios fundadores, la Biblioteca Bibliobarrio es, más que una biblioteca, un colectivo cultural y antimanicomial que busca el establecimiento de redes y la habilitación de espacios artístico-culturales. Es así como, a través de la conjunción

de la biblioteca barrial de los vecinos del barrio Reducto y el proyecto de extensión estudiantil, nace lo que se conoce como el Espacio Cultural Bibliobarrio.

Bibliobarrio es una multiplicidad de proyectos: a simple vista es un espacio cultural que gestiona una biblioteca popular, una editorial artesanal y realiza diversas actividades cultural. Sin embargo, es mucho más que eso, es un proyecto alternativo cultural, un proyecto sociopolítico que se vincula al campo de la locura y el trabajo. (Cardozo, 2018)

Lamentablemente existen pocos antecedentes que permitan conocer en detalle la historia de la Bibliobarrio, sus integrantes y los efectos que estos puedan atribuirle a su participación en el proyecto. En su página web rezan tres pilares fundamentales: la desmanicomialización, la economía social y solidaria, y la cultura comunitaria. Desde el colectivo apuestan a otro modo de comprender la locura y la diferencia, persiguiendo lo que sería una vida digna para todos. Crean y sostienen prácticas cooperativas junto a otras organizaciones que buscan, al igual que ellos, construir un mundo más justo y solidario. Pretenden, además, fortalecer el lazo barrial y local, convirtiendo la Bibliobarrio es un espacio de encuentro donde ser con el Otro.

Uno de los grandes desafíos a los que se enfrenta el colectivo es el de la autogestión, teniendo como principal obstáculo la sustentabilidad económica. La construcción de procesos horizontales y solidarios, y los cambios subjetivos necesarios para transformar la lógica dominante de relacionamiento, se ven muchas veces obturados o dificultados por la necesidad de ser un proyecto económicamente sustentable.

En la búsqueda de sostener las lógicas horizontales, Bibliobarrio adoptó una serie de estrategias que permiten la circulación de la información, la palabra y las

decisiones. Con cuatro espacios grupales – asamblea, espacio de gestión y planificación, espacio de discusión de los usuarios de salud mental, y espacio terapéutico- se produce un entrelazado del decir, decidir, cuidar. Las decisiones no son tomadas en un único encuentro puntual, sino que tienen un proceso de preparación, maduración y, finalmente, de consenso.

Desde su rol de proyecto antimanicomial, el grupo de la Bibliobarrio sostiene que, el encierro, los tratos abusivos, la violencia, la homogeneidad en las formas de sentir, pensar y vivir, no ayudan en los diversos sufrimientos que se atraviesan a largo de la vida. Lejos de promover salud, este tipo de tratos sólo logran generar aún más sufrimiento. (Colectivo Bibliobarrio)

Es por esto que, la existencia de iniciativas de este tipo es muy importantes: ofreciendo otras estrategias que permitan desarrollar nuevas formas de relacionarnos, acompañarnos y sostenernos, a la vez que se genera dinero necesario para la vida.

6. Proceso de desmanicomialización en Uruguay: Ley N.º 19529

Recordemos, ahora, los procesos de desmanicomialización que tenían lugar en el mundo a partir del fin de la Segunda Guerra Mundial y la experiencia de Franco Basaglia en Italia. En la región, países como Argentina y Brasil tomaron diferentes medidas en pos de adherirse a la voluntad mundial de cerrar los hospitales e instituciones psiquiátricas de modelo asilar.

En nuestro país, finalizada la dictadura cívico-militar, en el año 1986, el Ministerio de Salud Pública aprobó el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM). En dicho plan se expresa por primera vez la voluntad política de crear unidades de salud mental en los hospitales generales y de promover nuevos modelos asistenciales. Los cometidos del PNSM se centraban en la Atención Primaria en Salud, la descentralización del servicio hacia el interior del país y la creación de centros de rehabilitación.

En estrecha relación con estos cometidos, en el 1990, varios países de la región, incluido Uruguay, firman la Declaración de Caracas, donde queda reafirmada la voluntad de superar el modelo de asistencia psiquiátrica asilar y, además, luchar contra los abusos ejercidos sobre la población con trastornos en Salud Mental.

En el 1996 se logró el cierre del Hospital Musto, hospital creado para albergar parte de la superpoblación del Hospital Vilardebó, sin embargo, la voluntad política no fue suficiente y no fueron generados modelos alternativos de asistencia. Al igual que sucedió en Estados Unidos, las personas eran enviadas a la calle sin ningún plan contingente, con el simple objetivo de cerrar los centros, pero no de mejorar la atención. En Uruguay, a este período se lo conoce como de ‘desinstitucionalización forzosa’.

En esta línea, De León y Fernández (1996) explican que, la desaparición del modelo asilar debe ser acompañado de la programación de un nuevo diseño de atención que sostenga la situación de esa población y su familia.

A pesar de los cambios que fueron promovidos a nivel de las condiciones de atención a nivel institucional, las problemáticas socioeconómicas no pudieron ser resueltas, dando lugar a una mayor cantidad de personas con padecimiento psiquiátrico en situación de calle. Los procesos de externación sin las debidas medidas de contención y atención, sumados a la crisis económica del 2002, terminaron por reforzar los procesos de exclusión y vulneración de la población con trastornos psiquiátricos.

Fue en este contexto que tuvieron lugar algunas de las intervenciones mencionadas en el apartado anterior. La Radio Espika FM, fundada en 2003, nació a partir de un grupo de jóvenes que buscaba discutir y compartir sus ideas sin pertenecer a ningún partido político. Buscó integrar y reivindicar a esta población marginada y excluida, buscando generar movimientos alternativos frente a la crisis.

Desde su lugar, la Radio Vilardevoz también acompañó estos movimientos, haciendo visibles muchas de las problemáticas vividas por la población que se encontraba dentro y fuera del Hospital Vilardebó. Durante sus veinte años de existencia ha logrado instalar la temática de la Salud Mental, la participación e integración social, y los derechos humanos en el espacio político público.

Vilardevoz, La Grieta, Espika y el Espacio Cultural Bibliobarrio comparten su búsqueda de modos alternativos de prevención, tratamiento y rehabilitación en Salud Mental, creando propuestas de inclusión e inserción que consideran las características de los usuarios de salud mental.

Con la asunción, en 2005, de un gobierno de izquierda en Uruguay, el Frente Amplio, se crea el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), abocado al tratamiento de la creciente pobreza. Desde su participación popular, Vilardevoz se planteó como objetivo salvaguardar y vigilar las políticas implementadas o a ser implementadas, velando así por procesos participativos reales.

La escasa articulación entre las políticas existentes genera que las personas ubicadas en el entrecruce locura-pobreza deambulen entre la calle, el hospital y el refugio, dando lugar al fenómeno de puertas giratorias antes expuesto. En el entrecruce locura- riqueza, sin embargo, a pesar de poder ser expuestos a la discriminación e incomprensión, el acceso a otros recursos económicos, sociales y culturales permite abordajes y terapéuticos que acompañan el desarrollo de proyectos de vida dignos.

Las diferentes intervenciones culturales que fueron descritas permitieron que, entre otras cosas, las voces de la locura circulen, dando cuenta de los padecimientos de lo psiquiátrico y visibilizando prácticas manicomiales. Frente a los efectos de la institucionalización, estas intervenciones generan vínculos, producen sentidos y permiten que cada persona encuentre su lugar en el mundo más allá de su padecimiento.

Uno de los hitos del movimiento antimanicomial fue la fundación de la Asamblea Instituyente por Desmanicomialización, Salud Mental y Vida Digna, durante el año 2012. Se retoma así la reivindicación por lograr un marco legal que asegure un nuevo paradigma, un modelo de abordaje en perspectiva de derechos, dando inicio a un proceso de desinstitucionalización en Uruguay. (Giordano, 2017)

La muerte de Carlos Grecco, paciente institucionalizado de la Colonia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare, generó un efecto en cadena de sensibilización de la población y

permitió ejercer, en consecuencia, una mayor presión sobre el Poder Ejecutivo para la creación de una Ley de Salud Mental.

Los colectivos de la Radio Vilardevoz, la Radio Comunitaria Espika FM y el Espacio Cultural Bibliobarrio fueron parte, junto a otras organizaciones sociales e instituciones, del proceso de discusión e intercambio del Programa Nacional de Salud Mental. Fue a partir de lo obtenido en este programa que, el Ministerio de Salud Pública, elaboró un Anteproyecto de Ley que fue elevado al Poder Legislativo a finales del 2015.

Durante el proceso de discusión y creación del Programa, el movimiento social antimanicomial debió luchar contra las resistencias provenientes desde diferentes sectores disciplinares, económicos y políticos, que intentaron evitar que un verdadero cambio tuviera lugar. Aun así, el 9 de agosto de 2017, el Parlamento uruguayo aprobó la Ley N.º 19529 “Salud mental desde una perspectiva de derechos humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud”.

La aprobación de la nueva ley de Salud Mental fue influenciada por el Plan Nacional de Salud Mental en términos de comunidad, contribuyendo en la promoción de un modelo de salud mental comunitaria que reconoce a la persona de forma integral y se basa en la equidad. Desde este modelo, el proceso de atención adquiere un enfoque interdisciplinario y considera el trastorno mental como un estado modificable.

La lucha por la inclusión social y el derecho al trabajo, la vivienda, la educación y la cultura, que hasta el momento había sido asumida por los distintos movimientos antimanicomiales y colectivos comunitarios, se vio reflejada en la ley N.º 19529. Desde una perspectiva de inclusión social, la ley propone que distintos organismos sean los

encargados de la promoción de planes y programas que fomenten la inclusión social y la no estigmatización de personas con padecimiento de lo psiquiátrico.

La hospitalización es definida como un recurso terapéutico de carácter restringido, cuya implementación será considerada sólo en aquellos casos en que aporte mayores beneficios que otro tipo de intervenciones. Con relación a la institucionalización o internaciones prolongadas, la nueva ley aclara que la hospitalización deberá ser de carácter voluntario y lo más breve posible, quedando totalmente descartada como solución ante problemas sociales y de vivienda.

Desde una perspectiva de derechos, la Ley N.º 19529 propone el desarrollo de programas que incluyan a familiares de pacientes con padecimiento de lo psiquiátrico, ofreciendo propuestas variadas que sean capaces de adaptarse a las diferentes necesidades y aseguren el derecho al acceso a una vivienda.

A través de estructuras alternativas, como pueden ser centros de atención comunitaria, dispositivos residenciales asistidos y centros de rehabilitación psicosocial, la nueva ley se propone desintitucionalizar a las personas con padecimiento mental, fijando el 2025 como fecha límite para el cierre de las estructuras asilares y monovalentes.

Desde la promulgación de la ley, en 2017, hasta la actualidad, las organizaciones sociales y los diferentes colectivos que pertenecen a las intervenciones comunitarias aquí nombradas han continuado trabajando y reorganizándose en pos de garantizar que los objetivos planteados en dicha ley sean cumplidos.

El proceso de transformación de la atención en Salud Mental impulsado por la nueva ley implica abordajes innovadores que garanticen mejores condiciones de vida para la población institucionalizada. El involucramiento de la comunidad en las

intervenciones y en los procesos de rehabilitación presentan un enorme desafío que requiere del compromiso de todos, promoviendo las diferentes alternativas de atención para la población desde los diferentes niveles a través del desarrollo de estructuras, reorientación de los recursos y la modificación de las prácticas existentes.

Siendo el mayor prestador público a cargo de la atención de la salud, ASSE posee un rol necesario en el proceso de implementación de la nueva ley. Por este motivo, se propone el fortalecimiento de la estructura de su Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables.

Reflexiones finales

A partir del recorrido realizado por los procesos de manicomialización y desmanicomialización en Uruguay y en el mundo, así como la introducción de los efectos de la institucionalización y el fenómeno de puertas giratorias, es posible reflexionar, desde otro lugar, sobre el papel de las diferentes intervenciones comunitarias en Salud Mental.

Si tenemos en cuenta que, entre otras, la pérdida de identidad y de voz propia es una de las principales consecuencias asociadas a las hospitalizaciones prolongadas, es fácil atribuir, a todas las intervenciones aquí mencionadas, un papel protagonista en el trabajo de revertir tales consecuencias y evitar el fenómeno de puertas giratorias.

A partir de los relatos de integrantes y participantes de estas intervenciones es posible constatar los efectos que ejercen tanto sobre los pacientes y personas con padecimiento mental, como sobre sus familias y la sociedad en sí misma.

Basadas en la horizontalidad, el respeto por la diferencia, la importancia del afecto y la contención, la Radio Comunitaria Espika FM, la Radio Vilardevoz y el Espacio Cultural Bibliobarrio fomentan la libre circulación de las personas, respetando sus tiempos, sus necesidades y sus deseos. Agrupando una diversidad de voces que no encontraban un lugar donde expresarse, lograron democratizar la palabra. Poder recuperar su voz, sentirse nuevamente humanos más allá de una etiqueta diagnóstica, ser responsables de una tarea, son solo algunos de los aspectos resaltados por sus participantes.

Los vínculos que son construidos en estos espacios generan nuevos sentidos y estrategias que les permiten sostenerse en el tiempo-espacio, siendo sumamente

importantes a la hora de comprender hasta qué punto estas intervenciones contribuyen en la ruptura de las lógicas de poder dominantes.

La forma en la que se construye el saber-poder en estos dispositivos permite la integración al colectivo, generando transformaciones que permiten que sus integrantes vuelvan a ser protagonistas de sus propios procesos de salud, pasando de un lugar pasivo de ‘pacientes’ a un rol activo como participantes.

Unidas por un proyecto antimanicomial, las diferentes intervenciones comunitarias que tuvieron lugar en Uruguay hicieron públicas las condiciones de encierro a las que eran y son sometidas las personas con padecimiento de lo psiquiátrico, dando a conocer los tratos abusivos, la violencia y la discriminación a la que debían enfrentarse cotidianamente.

Devolver al circuito comunicacional las voces de la locura, reinsertarlos en el mundo laboral, permitió que la sociedad uruguaya conociese una realidad que era y es estigmatizada, permitiendo que surgieran preguntas que habilitasen nuevas posibilidades: ¿qué es la locura? ¿la locura es peligrosa?

A pesar de los movimientos mundiales y regionales en pos de la desmanicomialización, el Plan Nacional de Salud Mental de 1986 fue una clara evidencia de que, en Uruguay, no existía una verdadera voluntad política de eliminar los centros asilares y crear modelos alternativos de tratamiento y rehabilitación.

Los diferentes movimientos antimanicomiales, tanto por parte de organizaciones sociales como de las intervenciones comunitarias mencionadas en este trabajo, tuvieron un rol fundamental en la promulgación de la ley 19529 en 2017. Apostando por el involucramiento de la comunidad, y el cierre de los hospitales monovalentes, la ley hace énfasis en las condiciones que la hicieron posible: la intervención comunitaria.

Recordemos que la Salud Mental Comunitaria a la que apunta la nueva ley y los colectivos antimanicomiales, busca el mejoramiento paulatino tanto de las condiciones de vida como de la salud mental de la comunidad. Es necesario, para esto, que existan actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud mental, prevención de malestar psicosociales, y recuperación y reparación de los vínculos.

Es importante que, para evitar repetir lo que sucedió en el período de desinstitucionalización forzosa, se continúe avanzando en la creación de centros alternativos de cuidado y tratamiento, así como fomentar la acción e involucramiento comunitario. La existencia de iniciativas comunitarias como las mencionadas en este trabajo ofrecen estrategias que habilitan nuevas formas de relacionamiento, acompañamiento y sostén, volviéndolas muy importantes.

Referencias bibliográficas

Alonso Suárez, M., Levav, I., Desviat, M., & Saraceno, B.. (2009). *Jornada sobre modelos y estrategias en salud mental*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29(1), 229-251. Recuperado en 31 de mayo de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000100017&lng=es&tlng=es.

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

Bianchi, M. (2011) *¿Qué decimos cuando hablamos de desmanicomialización?*

Segundo Encuentro Nacional de Intercambio Científico de Psicología de Universidades de Gestión privada.

Baroni, C. (2019) *Una historia de locos. Aportes de Radio Vilardevoz al proceso d desmanicomialización en Uruguay (1997-2017)*. Tesis de Doctorado.

Universidad de la República del Uruguay, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Caldas de Almeida, JM (2007). Marco general. Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América latina y el Caribe.

Después de la Declaración de Caracas. En OPS (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*.

Washington, D.C: OPS.

Carozo, A. (2016) *Intervenir el manicomio*. Trabajo final de grado. Universidad de la República. Facultad de Psicología

Cardozo, D. (2018) *Espacio Cultural Bibliobarrio: una apuesta al encuentro*.

Hemisferio Izquierdo. Recuperado de:

<https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2018/10/09/espacio-cultural>

bibliobarrio-una-apuesta-al-encuentro

Castelli, C. (2020) *Pase libre. Recorridos de reingresadores frecuentes del Hospital*

Vilardebó. Tesis de Maestría. Universidad de la República. Facultad de

Psicología

Correa, M. (2009) *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos*. Tesis de

Doctorado. Universitat Rovira, Virgili, España.

De León, N. Fernández, J. (1996) La locura y sus instituciones. En *Historia, violencia y*

subjetividad. Montevideo: Multiplicidades

De León, N. y Techera, A. (2017) Reformas de atención en salud mental de Uruguay la

región. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Espacio*

Interdisciplinario. Universidad de la República.

Dell'Acqua, P.(s.f) *Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el*

territorio. Trieste, Italia. Trieste Salute Mentale. Recuperado de

<http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>

- Desviat, M. (2009) De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental. En *Norte de Salud Mental VII*, vol. 31, pp. 45-51
- Duffau, N. (2017) *Historia de la locura en Uruguay (1860-1911) Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental*. Montevideo: UCUR
- Giordano, M. (2017) *Al mundo le falta un tornillo. Procesos de salud y Transformación social en la Radio Comunitario Espika FM*. Tesis de Maestría. Universidad de la República del Uruguay. Facultad de Psicología
- Goffman, (2001) *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu
- Gortazar, A. (2021) *Bibliobarrio es un colectivo cultural y antimanicomial*. Sujetos editores. Recuperado de: <https://sujetos.uy/2021/02/26/bibliobarrio-es-un-colectivo-cultural-y-antimanicomial/>
- Linares, I. (2002) *Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en Psiquiatría*. Tesis de Doctorado. Universidad de Valladolid.
- López, M. (2011) Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria. En *Salud Mental y Comunidad*, vol. 1(1) págs. 77-84
- Machado, V. dos Santos, M. (2013) *Vivencias familiares de pacientes con reinternacao psiquiátrica*. Aletheia, vol 40.
- Pezzani, G. (2016) *Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el hospital psiquiátrico Vilardebó*. Tesis de Maestría. Universidad de la República. Facultad de Psicología

Rotelli, F. (2014) *Para desmanicomializar bien*. Recuperado de

<https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-254476-2014-09-04.html>.

Ruiz, H. (2017) *Desmanicomialización en Latinoamérica y España, avances y*

dificultades macro institucionales, prácticas profesionales e individuales.

Municipio de Soacha: Corporación Universitaria Minuto de Dios

Techera, Borges y Apud (2009) *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad*

mental y sus instituciones en Uruguay. Montevideo: Central de Impresiones

Ltda.