

Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental

Nelson de León (Coordinador)

Art.2

"Fondo Universitario para Contribuir a la
Comprensión Pública de Temas de Interés General"



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



CSIC

Colección Art.2



PSICOLIBROS



waslala

SALUD MENTAL EN DEBATE

Nelson de León (Coord.)





Art.2

"Fondo Universitario para Contribuir a la
Comprensión Pública de Temas de Interés General"



COLECCIÓN ARTÍCULO 2

A efectos de cumplir con el mandato contenido en la Ley Orgánica a través de su Artículo Segundo, se ha creado el "Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General", cuyo objetivo es financiar proyectos en torno a temas de relevancia nacional e interés público.

La colección Artículo 2 difunde, en esta cuarta edición, los resultados del llamado 2011.

Una comisión evaluadora compuesta por Ana Denicola, Alcides Beretta, Alicia Fernández y Javier Alonso, fue la encargada de seleccionar las propuestas financiadas.

La presente publicación reúne, bajo el título "Salud Mental en Debate", los resultados alcanzados en la temática Pasado, Presente y Futuro de las políticas de Salud Mental.



Mercedes 1673 - Montevideo - Uruguay
Tel: (598) 2400 - 38 - 08 / 2403 - 03 - 32
E-mail: info@psicolibroswaslala.com
www.psicolibroswaslala.com

Diciembre 2013

© UdelaR CSIC Art. 2

ISBN: 978-9974-0-1036-9

Impreso y encuadernado en Mastergraf srl
Gral. Pagola 1823 - Tel. 2203 4760*
11800 Montevideo, Uruguay
e-mail: mastergraf@mastergraf.com.uy

Depósito Legal - Comisión del Papel
Edición amparada al Decreto 218/96

Índice

Presentación	9
Capítulo I	
Políticas Públicas en Salud Mental	13
Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental <i>(Andrés Techera, Nelson de León, Ismael Apud, Agustín Cano, Florencia Jurado, Judit Kakuk, Lorena Martínez Messina, Adriana Miniño, Cecilia Sánchez)</i>	15
Políticas de Salud Mental en Uruguay <i>(Andrés Techera, Ismael Apud)</i>	25
Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud <i>(Ángel M. Ginés)</i>	37
Clínicas del Acontecimiento y Políticas de Estado <i>(Adriana Molas)</i>	51
Capítulo II	
Salud Mental y Derechos Humanos	57
Marco Jurídico: Salud Mental y Derechos Humanos <i>(Francisco José Ottonelli)</i>	59
Aspectos jurídicos en el campo de la salud mental, Derechos Humanos: un tránsito necesario <i>(María Judit Kakuk)</i>	71
Capítulo III	
Contextos de Reformas Regionales e Internacionales en Salud Mental	85
Procesos de Reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario <i>(Nelson de León)</i>	87
El proceso de los equipos de salud de la familia (APS): análisis de complejidades desde la perspectiva “clinitaria” <i>(Agustín Barúa Caffarena)</i>	95
Capítulo IV	
Los Equipos, las Disciplinas y las Concepciones de Salud	109
Los equipos, las disciplinas y las concepciones de salud y enfermedad <i>(Delia Bianchi)</i>	111

Disponer espacios: poder pensar, poder hablar (Ana Hounie).....	119
Capítulo V	
Circulación y Espacio para los cuerpos en la Aplicación de Lógicas Psiquiatrizantes	125
Composición entre Paisajes y Cuerpos (Carmen De Los Santos).....	127
El cuerpo: ese campo de batalla (Luis Gonçalvez Boggio).....	141
Demencias, salud mental y exclusión social (Robert Pérez Fernández).....	151
Capítulo VI	
Participación ciudadana y medios de comunicación	167
Locura en movimiento (Cecilia Baroni, Andrés Jiménez, Belén Itza, Mónica Giordano).....	169
Participación, organizaciones sociales y Salud Mental (Carlos Caldeyro).....	189
Salud Mental (Zulis Goyén).....	193
Salud mental: la pata renga en los medios de comunicación masiva (Alberto Rodríguez Díaz).....	201
Capítulo VII	
Política, Estética y Arte en Salud Mental	
Meditaciones en torno a tres creadores de la Colonia Etchepare	207
(Pablo Thiago Rocca).....	209
20 años de Puertas Abiertas. Devenires vitales en el Hospital Vilardebó (Raúl Penino, Alfredo Perdomo, Martín De León).....	221
Capítulo VIII	
Formación de profesionales en Salud Mental	229
Formación de profesionales licenciados en Enfermería, Cátedra de Enfermería en Salud Mental, Facultad de Enfermería, Universidad de la República (Margarita Garay).....	231
Formación de los profesionales en salud mental: aportes de los docentes del Área de Psicología Social (1990-2010). Ensayo de una breve reseña (Mariana Folle).....	239

La Universidad al servicio de la República

Los fines de la Universidad de la República están establecidos en el artículo 2 de su Ley Orgánica. Uno de ellos es “contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública”. Se trata, en breve, de poner el conocimiento al servicio de la sociedad; ésa es la médula del ideal latinoamericano de Universidad. Acercar los ideales a la realidad nunca es fácil; exige innovar una y otra vez. Con vocación autocrítica y renovadora, el Consejo Directivo Central de la Udelar definió, en sus jornadas extraordinarias del otoño de 2007, los lineamientos orientadores de una nueva Reforma Universitaria; con esa perspectiva se ha trabajado desde entonces. Una de las iniciativas dirigidas a revitalizar aquel ideal es la creación del **Fondo Universitario para la comprensión pública de temas de interés general**, que por cierto toma su nombre de la precedente cita de la Ley Orgánica. Apunta a promover el estudio de temas relevantes y frecuentemente polémicos, poniendo a disposición de los ciudadanos interesados elementos de juicio que permitan la elaboración de opiniones informadas y propias.

Cada año, la conducción colectiva y democrática de la institución define una lista de temas prioritarios; luego se realiza un llamado a propuestas que serán presentadas por equipos multidisciplinarios interesados en estudiar tales temas, con un apoyo financiero previsto en el presupuesto universitario. Cada propuesta seleccionada debe dar lugar a la publicación de material impreso y/o audiovisual, así como a la organización de encuentros u otras formas que se estimen pertinentes para comunicar a la ciudadanía el resultado de los estudios. Cada equipo orienta su labor de acuerdo a su leal saber y entender, en el contexto del pluralismo inherente a la genuina labor universitaria.

En 2011 se escogieron los siguientes “problemas de interés general”, todos ellos referidos a la situación nacional:

- Megaproyectos de infraestructura, oportunidades y riesgos. Impacto productivo, social y ambiental.
- Medios de comunicación: Libertad de prensa, propiedad de los medios y derecho a la información.

- Los modelos del sistema de atención a la salud en el Uruguay, pasado, presente y futuro.
- Minoridad infractora en el Uruguay: ¿un problema real?
- En la categoría tema libre fue seleccionada la propuesta: A 25 años de la Ley de Caducidad. Momentos, actores y argumentos de tema inconcluso.
-

Hoy la Universidad pone a disposición de la República estos aportes en la búsqueda de alternativas para afrontar grandes cuestiones. Anima a la institución la vocación de contribuir –con tanta modestia como tesón– a los debates ciudadanos en los que día a día se consolida y enriquece la democracia uruguaya.

Rodrigo Arocena

Presentación

Este libro es resultado del proyecto *Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental en el Uruguay* financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) en el Llamado 2011 del “Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública en Temas de Interés General”. Dentro del artículo 2 de la Ley Orgánica de la Universidad de la República (UdelaR) se establece como prioridad “... contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública”; como universitaria/os comprometida/os con nuestra realidad aportamos permanentemente en tal sentido, en esta ocasión a través del mencionado Llamado.

Nuestro objetivo –en consonancia con el del programa que otorga los fondos– ha sido promover el debate informando en torno a la salud mental en nuestro país, así como generar instancias de difusión que promuevan la comprensión pública sobre el tema. Desarrollamos un análisis de la evolución de las políticas de Salud Mental en el Uruguay, involucrando temas como la accesibilidad a los servicios de atención, la eficiencia del modelo, la participación social, la formación de profesionales y las políticas implementadas.

Para poder llevar a cabo dichos objetivos consideramos como estrategia metodológica, en primer lugar la realización de un relevamiento y análisis bibliográfico de la literatura existente sobre la Salud Mental en Uruguay. En segundo lugar la generación de actividades de debate teniendo en cuenta los diversos actores implicados en la temática: trabajadores y usuarios del sistema de atención en salud mental, integrantes del sistema político, organizaciones sociales, entre otros. Estas actividades consistieron en la realización de tres seminarios en las diferentes regiones del país: Montevideo (Facultad de Psicología), Maldonado (Centro Universitario Regional Este) y Salto (Centro Regional Norte). De esta manera se instaló el debate a nivel nacional, generando un movimiento de descentralización que promovió la inclusión en forma horizontal para todos los actores involucrados.

A continuación detallaremos las temáticas implicadas en cada mesa de los seminarios, así como sus integrantes.

El primer seminario fue llevado a cabo en Facultad de Psicología (UdelaR-Montevideo), los días 4 y 5 de Junio de 2012; las mesas y sus integrantes fueron las siguientes:

- Mesa de apertura, con la participación de Horacio Porciúncula (Director Salud Mental-ASSE) y el Prof. Luis Leopold (Decano Facultad de Psicología).
- “Políticas y reformas de Salud Mental en Uruguay”; participación de: Lic. René del Castillo (Coord. Sur Palermo); Dr. Marcelo Viñar (Presidente APU); Dr. Ángel Ginés (Facultad de Medicina); Prof. Adj. Nelson de León (Facultad de Psicología) y Lic. Rosanna Ferrarese (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay).
- “Participación de la sociedad civil en políticas de Salud Mental”; participación de: Andrés Jiménez (Colectivo Radio Vilardevoz); María Luz Río (Espacio participativo de Salud); Beatriz Fajián (Federación de Funcionarios de Salud Pública); Roberto Bouvier (Movimiento Salud para todos) y Dr. Antonio Aguirre (Inspección General del Psicópata).
- “La Salud Mental en los medios de comunicación”; participación de: Betania Núñez (Brecha) y Amanda Muñoz (La Diaria).
- “Salud Mental y DD.HH.: Marco jurídico”; participación de: Dra. Judith Kakuk (Facultad de Psicología); Dr. Francisco José Ottonelli (IELSUR); Lic. Hebert Tenenbaum (Salud Mental-MSP) y Dra. María José Bagnato (PRONADIS).
- “La Salud Mental en la agenda política”; participación de: Alfredo Solari (Partido Colorado) y Mónica Xavier (Frente Amplio).

El segundo seminario tuvo lugar en Regional Norte (UdelaR-Salto), el día 7 de Setiembre de 2012; las mesas y sus integrantes fueron los siguientes:

- Mesa de apertura, a cargo del Dr. Alejandro Novoa (Dir. Regional Norte) y la Dra. María Cristina González (Dir. Departamental de Salud- Salto).
- “Descentralización y estrategias de atención en Salud Mental”; participación de: Dr. Bartolomé Cabrera (Coord. Salud Mental-ASSE Salto); Lic. Psic. Mariela Onetto (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay-Paysandú); Prof. Agda. Lic. Patricia de la Cuesta (Polo Salud Mental Comunitario); Prof. Lic. Neris González (Directora Académica de Licenciatura en Enfermería) y Mag. Prof. Agda. Lic. Celia Cocco (Directora General de Licenciatura en Enfermería).
- “Sociedad, participación y políticas en Salud Mental”; participación de: Zulis Goyén (Movimiento Nacional de Usuarios de Salud

Pública y Privada); Alberto Rodríguez (Periodista); Asist. Lic. Cristina Palas (Facultad de Psicología-Regional Norte) y Alfredo Silva (Integrante social del Directorio de ASSE en representación de los trabajadores).

El último y tercer seminario se realizó en el Regional Este (CURE-Maldonado), el día 28 de Noviembre de 2012; las mesas y los integrantes de las mismas fueron:

- Mesa de apertura, a cargo del Prof. Dr. Antonio Lezama (CURE) y Dra. Beatriz Lageard Castela (Directora Departamental de Salud-Maldonado).
- “Formación de trabajadores/as y profesionales para una Atención Integral en Salud Mental”; participación de: Prof. Tit. Instituto Psicología de la Salud David Amorín (Coordinador Académico de Facultad de Psicología-CURE); Resid. Lic. Natalia Laino (Prog. de Pacticantados y Residencias en Servicios de Salud, convenio Facultad de Psicología-ASSE); Prof. Alicia Muñiz (Dir. del Instituto de Psicología Clínica. Coord. Académica de Residentes Prog. de Pacticantados y Residencias en Servicios de Salud, convenio Fac. de Psicología-ASSE); Elisa Sánchez (Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada) y Dra. Sandra Alberti (Directora RAP Maldonado-ASSE).
- “Estrategias y dispositivos de atención en Salud Mental”; participación de: Mag. Beatriz Fernández Castrillo (Facultad de Ciencias Sociales-UDELAR); Dr. Derek McClew (Servicio de Psiquiatría Hospital de Alvaliza-San Carlos); Lic. Psic. Ana Inés Alonso Pérez (Intendencia Departamental de Maldonado-APEX Cerro); Mag. Stefan Decuadro (Miembro de la Comisión de Salud Mental Comunitaria-Hospital de Castillos); Lic. Psic. Alicia Kuchán (MSP Dir. Gral. de Salud, Referente en Promoción de Salud-Rocha) y Dra. Lidia Vidal (Directora Dptal. De Salud de Rocha-MSP).
- Cierre artístico: obra “Cabrerita” (Director: Eduardo Cervieri; Actuación de Carlos Rodríguez; Premio Florencio 2005 a Mejor Actor Protagonico y Premio Florencio 2005 a Mejor Obra de Autor Nacional).

Los seminarios realizados, así como las temáticas planteadas en cada una de las mesas, estuvieron atravesados por la línea histórico-evolutiva del Pasado, Presente y Futuro de las políticas en Salud Mental; frentes ineludibles y complejos que invitan a pensar acerca del cómo y para qué de las mismas.

Por último nos propusimos la elaboración del presente libro y de un audiovisual, con la intención de involucrar y dar la palabra a la mayor cantidad

posible de actores, recogiendo las diversas voces y experiencias que dan cuenta de los devenires del campo de la Salud Mental en Uruguay. Consideramos importante destacar que la conformación del equipo de trabajo estuvo en consonancia con esta forma de pensar, elaborar y llevar a cabo el proyecto. El mismo estuvo integrado por docentes, estudiantes y egresados de diversas disciplinas, tales como Psicología, Derecho, Antropología, Ciencias de la Comunicación y Bibliotecología.

Agradecemos a aquellas/os que con sus aportes hicieron posible esta publicación y damos la bienvenida a las/os futuras/os lectoras/es, con el deseo de que lo realizado contribuya a la democratización del saber, a la participación y la reinención constante de nuevos horizontes... y debates.

Capítulo I

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL

Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*

Techera, Andrés; de León, Nelson; Apud, Ismael; Cano, Agustín;
Jurado, Florencia; Kakuk, Judit; Martínez Messina, Lorena;
Miniño, Adriana; Sánchez, Cecilia

Introducción

Las políticas en salud mental en el Uruguay han estado marcadas por una serie de acontecimientos que han pautado una serie de transformaciones, de idas y vueltas, reformas y retrocesos en los dispositivos de atención y tratamientos. En nuestro país se discute sobre las formas y concepciones del tratamiento de las llamadas enfermedades mentales por lo menos desde fines del siglo XIX, cuando se inaugura el Hospital Vilardebó, y luego a comienzos del siglo XX, con la creación de las avanzadas Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi que se consideraba ponían al país a la vanguardia en los tratamientos de las llamadas enfermedades mentales en América del Sur. Las Colonias, inspiradas en los modernos centros de internación de Europa y en particular de Alemania, prometían avances significativos con respecto a la forma de tratamientos administrados hasta el momento.

Las diferentes crisis que afectaron al país a lo largo de su historia, las masivas migraciones, la falta de oportunidades, comenzaron a marcar hitos en las crisis y la consiguiente degradación de los servicios de salud mental. La masificación, la falta de presupuesto, entre otros, determinó la pronta degradación en la calidad de los servicios públicos de atención.

* Para el presente artículo, las/os autoras/es (integrantes del Equipo Responsable del Proyecto) toman como base el Proyecto “*Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental en el Uruguay*” financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) en el Llamado 2011 del “Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública en Temas de Interés General”-Artículo 2.

Las críticas al sistema de salud vinculado con el tratamiento de las llamadas enfermedades mentales han estado en el tapete desde los inicios de las instituciones psiquiátricas en nuestro país, las que han acompañado al proceso. En este sentido se hizo necesario dar una respuesta estatal para asegurar el orden social, enderezar a aquellos que no se adaptaban a las exigencias sociales requiriéndose –siguiendo a José Pedro Barrán (1995)– de estrategias de normalización y represión para asegurar la “tranquilidad social”.

Nuestro equipo de trabajo, integrado por docentes, estudiantes, funcionarios de la Universidad de la República, en articulación con organizaciones sociales, culturales, de usuarias/os viene desarrollando investigaciones e intervenciones en el campo de la salud mental desde hace varios años. De esta experiencia surge la necesidad de promover el intercambio y colectivizar la reflexión social sobre las formas de encarar la comprensión, atención y el cuidado de las personas que sufren de las llamadas enfermedades mentales. Nuestra intención fue formalizar la discusión y desarrollar una serie de estrategias con la finalidad de dar la más amplia discusión posible y la mayor difusión de los resultados para la comprensión pública de esta temática.

En el mes de diciembre del año 2012 comenzamos un relevamiento y análisis bibliográfico sobre la Salud Mental en Uruguay, nos propusimos analizar su historia así como las políticas que se han empleado, su eficiencia, los recursos humanos empleados y los perfiles de población que han transitado por el mismo. Gran parte del material que utilizamos ha sido ya trabajado por el equipo coordinador; también muchos de los integrantes del equipo han producido material al respecto, ya sea libros, artículos de revistas, o publicaciones en congresos. Nuestra idea es poder integrar las diversas perspectivas producidas por los integrantes del grupo, así como incluir nuevas fuentes que enriquezcan el trabajo final. Es así que nuestro equipo se propuso una serie de acciones dirigidas a fomentar espacios de diálogo e intercambio entre los que destacamos:

- a. Realización de tres seminarios, en los que se nuclearon actores locales de referencia de las instituciones relacionadas con la salud mental. Uno de los seminarios se realizó en Montevideo; los otros dos en el interior, utilizando la infraestructura de la UdelaR (CURE y Regional Norte). Siendo parte del Plan Nacional en Salud Mental la descentralización de la salud mental, creemos se vuelve imperioso el diálogo con los profesionales y trabajadores del área de salud mental para recabar impresiones, datos y experiencias de los mismos que nos permitan tener una visión actualizada de lo que sucede en el presente.
- b. Redacción de este libro que recoge parte de la información recabada a través de los seminarios y el análisis bibliográfico. Nuestra intención

es dar cuenta del problema, por lo menos en parte, integrando las perspectivas del equipo de trabajo y de los actores reunidos durante los seminarios.

- c. Difusión: la difusión de este libro será realizada a través de presentaciones en la Facultad de Psicología y otros Servicios Universitarios, así como en Servicios Asistenciales y de Organizaciones de Usuarias/os de Atención a la Salud Mental. También estamos trabajando en la producción de un audiovisual, que será accesible a través de la web en la página de Facultad de Psicología y distribuido acompañando la publicación.

La integración de nuestro equipo es multidisciplinaria (Psicología, Antropología, Derecho, Bibliotecología y Ciencias de la Comunicación). Todos los integrantes desarrollamos actividades universitarias en el campo de la salud mental desde hace varios años y desde diversas perspectivas que componen la complejidad de su abordaje. Actividades de enseñanza, extensión, investigación así como la formación cuaternaria y la participación académica dentro y fuera del país han producido acumulación de conocimientos y profundización de vínculos con actores institucionales y sociales que conforman y desarrollan la salud mental en nuestro país.

La reflexión y difusión que proponemos poner a consideración se inscribe dentro del tema sobre “Los Modelos del Sistema de atención a la salud en el Uruguay, pasado, presente y futuro”. Desde el campo específico de la salud mental nos proponemos analizar la evolución de sus políticas en el Uruguay, involucrando temas como los del acceso de la población, eficiencia del modelo, participación social, formación de profesionales y medidas adoptadas. Adquiere relevancia difundir y debatir la atención de la salud mental en nuestro país, dado el marco de desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud, las transformaciones de modelos de atención en salud mental que se promueven a nivel internacional- regional, la integración de la perspectiva de derechos humanos en la problemática ratificada por nuestro país, así como las nuevas condiciones de producción del padecimiento mental. La propuesta incluyó actividades de relevamiento y debate, y la elaboración de diversos productos de difusión entre otros a través de la producción de este libro y el audiovisual.

La salud mental en Uruguay

Entendemos que la problemática a trabajar refiere a un campo complejo y que si bien se inscribe fundamentalmente desde la construcción y desarrollo de Políticas Públicas, requiere para su adecuada visibilidad de la integración de posicionamientos ético-político-epistemológicos que pocas

veces se enuncian explícitamente en su abordaje. Entendemos a la Salud Mental, al decir de G. Baremlitt (1998), desde la noción de campo, “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”. Este campo, con sus múltiples determinaciones y desarrollos históricos, es el que pretendemos poner a consideración para el debate, la difusión y la comprensión pública; en su pasado, presente y futuro. En nuestro país existen valiosas investigaciones que dan cuenta de la creación y constitución de este campo, fundamentalmente desde la sanitización y la medicalización que se desarrolla desde fines del Siglo XIX y Siglo XX. El modelo de atención a la salud mental, predominantemente manicomial durante años (sustentado jurídicamente hasta el presente por la Ley N° 9581 –llamada de “Asistencia a psicópatas”– del año 1936, que organiza la asistencia psiquiátrica), ha regido hasta fines de la década del sesenta caracterizado por el significativo informe Chanoit de 1968¹. Hasta entonces, podríamos ubicar un gran período del Modelo de Atención a la Salud Mental, que finaliza con el trágico comienzo de la dictadura cívico-militar en nuestro país (1973-1985).

La reapertura democrática establece el comienzo de políticas públicas dirigidas a la salud mental, desde la Concertación Nacional Programática y la Comisión Nacional de Salud Mental, donde con la participación de más de 20 organizaciones e instituciones vinculadas a la problemática se construye el Programa Nacional de Salud Mental (1986), que en su diagnóstico establece: “Actualmente la asistencia Psiquiátrica se caracteriza por un marcado grado de pauperización, fragmentación organizativa y centralización geográfica inadecuada, con cobertura insuficiente, contando con escasos recursos, entre otros humanos, y estos parcialmente calificados”.

Haciendo un poco de historia, en nuestro país las primeras internaciones por trastorno mental se remontan al año 1778 en el Hospital de Caridad, ubicado en Montevideo. El primer nosocomio, llamado “Asilo de Dementes”, funcionó en la quinta de Don Miguel de Vilardebó en el año 1860. Pero el punto inaugural es la apertura del Manicomio Nacional en 1880, más tarde llamado Hospital Vilardebó. Su construcción formó parte del primer impulso modernizador del país. Siguiendo a Ángel Ginés (1998), con el correr de los años la población del hospital creció en forma

1 A fines de la década del 60 se conoce el Informe Chanoit, consultor de la OPS que diagnostica las carencias del modelo de atención a la salud mental centrado en el Manicomio y la necesidad de avanzar en la transformación del Modelo Asilar.

exponencial y ya para 1910 encontramos más de 1.500 personas en el Hospital. Como medida para combatir el hacinamiento se funda en 1912 la Colonia Etchepare a 79 kilómetros de Montevideo. Tanto el hospital como las colonias se constituyen a partir de allí como centros de “contención” de las capas sociales más vulnerables. El hacinamiento continúa hasta nuestros días, siempre son más las personas institucionalizadas que las camas disponibles. En la segunda mitad de siglo XX la Colonia Etchepare y el Hospital llegaron a albergar alrededor de cinco mil personas, una tasa de internados de 18 pacientes cada diez mil habitantes, una de las más altas del mundo (Apud, Techera y Borges, 2010).

Hasta los años 50 nos encontramos frente a una etapa pre-farmacológica, en la que el negocio se encontraba en la explotación del “loco” como mano de obra. Los pacientes eran sobre todo inmigrantes, que no lograron adaptarse a sus nuevas condiciones de vida. Era una población distinta a la población marginal de hoy en día. Muchos de los inmigrantes traían diversos oficios, entre ellos algunos artistas como el conocido Cabrerita. A partir de los años 50 asistimos a la entrada del tratamiento psicofarmacológico en Uruguay, trayendo importantes cambios en la asistencia psiquiátrica. Comenzó a utilizarse la clorpromazina y el haloperidol como panacea de las alteraciones psiquiátricas más importantes. Sin embargo, no pasará mucho tiempo hasta que comiencen a observarse síntomas secundarios (síntomas extrapiramidales; disfunciones del humor, sexuales y del sueño; arritmias cardíacas, etc.), lo cual no detiene el avance de la psicofarmacología sino que lo impulsa aún más, desarrollándose nuevas drogas mejores, u otras que compensen los efectos de las primeras.

En 1966 se abrió una nueva fase en la psiquiatría nacional. Apareció el crítico informe de Pierre Chanoit, que sirvió de inspiración para el Plan de Salud Mental de 1972. La dictadura frenó el proceso de transformación propuesto. Pero en la década de los ochenta la situación comenzó a cambiar debido a la nueva coyuntura política y a la reapertura democrática. A mediados de los 80 la población comenzó a componerse por jóvenes criollos de clase marginal. En Uruguay existe un vínculo importante entre la atención psiquiátrica y la situación económica de los distintos usuarios del sistema. La Colonia Etchepare es el último lugar donde terminan las personas con bajos recursos. Quien allí llega queda desprendido de todas las redes sociales.

En 1986 el Ministerio de Salud Pública aprobó el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), intentando retomar las líneas planteadas en 1972. El nuevo plan tenía como cometidos la Atención Primaria en Salud, la creación de equipos de salud mental en los hospitales generales, la descentralización del servicio hacia todo el interior del país, la creación de centros de rehabilitación. Según Ginés, Porciúncula y Arduino (2005):

En dos décadas nuestra sociedad logró avanzar desde un sistema de atención en salud mental marginado, fragmentado y en franca descomposición, a un nuevo estado, con fuertes contrastes, pero en movimiento y con innovadoras realizaciones y proyectos en diversas direcciones, articulados, en general, en un dinámico PNSM. En el ocaso del ‘modelo manicomial’ se ha generado una nueva situación, en la que se mezclan claridades y oscuridades. Aun cuando persisten oscuridades inaceptables, un nuevo estilo de asistencia está naciendo. Hoy los desarrollos obtenidos tienen madurez suficiente como para aportar y apuntalarse en la magna transformación que supone el proyectado Sistema Nacional Integrado de Salud.

Bajo otra perspectiva menos optimista, los psicólogos Nelson de León y Juan Fernández (1996) critican la “desmanicomialización forzosa”, “inscripta en un plan político de reducción de presupuesto fiscal a cualquier precio” que tenía como escenario la reconversión del Hospital Vilardebó en un hospital para la atención de enfermos agudos, y el cierre del Hospital Musto que condujo a la reclusión de dichas personas en las colonias o bien a que muchos terminaran en la calle.

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

La Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (O.M.S/O.P.S.) que culmina con la Declaración de Caracas de 1990, proclama entre otras cosas: la intención de superar el modelo de asistencia psiquiátrica basada en el dispositivo asilar –fundamentalmente porque éste no es compatible con los nuevos objetivos– enfocados en la atención comunitaria: descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, y en la lucha contra los principales problemas de abusos y discriminación que sufre la población con problemas de salud mental. Se hace acuerdo en que el hospital psiquiátrico no puede ser la única modalidad asistencial porque obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados. Con la internación se provoca la separación y el aislamiento de la persona de su medio, lo que provoca mayores niveles de discapacidad social creando condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles de los usuarios (OMS, 2006). Asimismo, La Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas (O.M.S/O.P.S.) reitera la validez de los principios rectores señalados en la Declaración de Caracas –y

Principios de Brasilia, 2005–. Se hace énfasis en la importancia de los tratamientos que combinen los abordajes psicofarmacológicos y psicoterapéutico al unísono. También se afirma la importancia de los abordajes con perspectiva comunitaria en la implementación de los servicios de salud mental. Según la OMS, durante el año 2000 en América, las enfermedades mentales ocuparon el 24% de la carga global de morbilidad y se destinó al sector de la salud mental solamente entre el 2 y el 5% del presupuesto sanitario en el 46% de los países y menos de 2% en el 30%.

En 1995, la ONG Mental Disability Rights International presenta un informe (MDRI, 1995) sobre el estado de situación en nuestro país, en el que se constata una serie de dificultades que, si bien ya eran conocidas por nosotros, las confirma y evidencia. El maltrato generalizado a los internados, el casi exclusivo uso de psicofármacos y electroshocks, la falta de personal especializado. Entre otras cosas se recomienda profundizar en estrategias alternativas y comunitarias. El MDRI plantea al estado uruguayo una serie de recomendaciones orientadas a revertir la situación, ajustándose a los principios de salud mental internacionales, entre ellos los principios de las Naciones Unidas. Entre esas recomendaciones tenemos el evitar la internación de los llamados “pacientes sociales” (personas que se encuentran internadas en los centros de salud sin tener un diagnóstico de enfermedad mental que lo amerite); la construcción de redes de asistencia que permitan sostener desde la propia comunidad a las personas y sus familias; fomentar programas de sensibilización social sobre la temática; contar con formas de evaluación de la calidad y la efectividad de los tratamientos y especialmente del tratamiento psicofarmacológico; además sería imprescindible disminuir lo más posible el uso de terapia electro-convulsiva; el desarrollo y la implementación de terapias alternativas al modelo médico hegemónico.

Políticas de salud mental en Uruguay

En cuanto al marco legal, si bien existe una legislación clara, que entre otras cosas contempla los derechos de los usuarios como ciudadanos, en la práctica en muchas ocasiones se violentan por diferentes medios, por ejemplo la internación involuntaria, la utilización de tratamientos invasivos, la no utilización del consentimiento informado, entre otros. En lo referido a la internación civil, el MDRI recomienda revisar la ley de salud mental. Nuestra legislación debe actualizarse y ajustarse a los avances del derecho internacional, en particular en lo referente a libertades civiles y derechos humanos. Por último tenemos el problema de la reinserción del internado al contexto social, a través de políticas que lo permitan en el ámbito laboral. Para ello se requeriría el desarrollo de talleres protegidos, de subvenciones, de exoneraciones tributarias

para las empresas que toman personas con discapacidades psiquiátricas y el desarrollo de una conciencia social relativa al problema.

Si bien el Programa Nacional de Salud Mental de 1986 estableció avances importantes, en cuanto al cambio de modelo de atención nunca fue desarrollado por falta de recursos y disposición política. Como establecíamos anteriormente, las décadas posteriores se caracterizaron por Gobiernos de fuerte impronta neoliberal, donde los recursos destinados a la salud en general y a la salud mental en particular fueron muy reducidos. A mitad de la década de los 90 se operan algunos cambios en las estructuras de Asistencia, entre ellos el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, la creación de algunos equipos multidisciplinarios comunitarios de salud mental; intensificándose los procesos de desinstitucionalización de personas con padecimientos psiquiátricos sin dispositivos de inclusión social y atención intermedia. Este proceso se intensificó y agravó con la crisis del 2002, aumentando los procesos de desafiliación y marginalización de personas con padecimientos psiquiátricos, manifestándose iguales carencias en las acciones dirigidas a la prevención, la promoción y la atención de la salud mental. El 2005 constituye nuestro pasado reciente y un cambio importante a nivel de las políticas públicas dirigidas a la salud en general y mental en particular. El gobierno de izquierda promovió la participación a través de la Comisión Asesora Técnica Permanente (C.A.T.P.) del Programa de Salud Mental, a los efectos de construir lineamientos participativos dirigidos a la Salud Mental, tanto desde las prestaciones específicas a desarrollar, como desde las perspectivas vinculadas a los aspectos culturales, legislativos, y de DDHH concernientes a la problemática.

En materia de DDHH cabe destacar que Uruguay incorporó a su ordenamiento jurídico la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas), a través de su ratificación por la ley N°18.418 del 4/11/2008 que, conjuntamente con la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (aprobada por la Asamblea General de la OEA), constituyen dos pilares fundamentales en el abordaje general de la discapacidad, por ende de la salud mental.

En ellas se consagran conceptos, principios y objetivos fundamentales para promover, proteger y asegurar el pleno disfrute de los derechos de las personas con discapacidad en pie de igualdad con los demás y el respeto de su dignidad inherente. Por otro lado, la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, se propone precaver y erradicar toda forma de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración social. Sin perjuicio de los textos mencionados, existen otras disposiciones que nutren el abordaje jurídico de esta problemática.

Muchas de sus normas, de vital importancia en este ámbito (como Principios para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento de la atención en salud mental –1991–, Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad –1993–, Conferencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina –1990–, entre otras) pertenecen al llamado ‘*soft law*’ (derecho blando), emergente del derecho internacional. Si bien las disposiciones son válidas en virtud del espacio donde nacen (Asamblea General de las Naciones Unidas, Conferencias de OMS/OPS) y por la firma de los Estados, éstas no poseen obligatoriedad. Su fuerza vinculante la adquieren básicamente por el transcurso del tiempo (Antúnez, Kakuk y Domine, 2008).

En relación a las perspectivas vinculadas a los aspectos legislativos, es relevante mencionar que la C.A.T.P. desde el subgrupo de Legislación y Derechos humanos en Salud Mental, abordó la redacción de un anteproyecto de ley de salud mental, desde la óptica de los DDHH, en donde se buscó reafirmar la calidad de sujeto de derecho de todas las personas, así como la construcción de ciudadanía, mediante la promoción de “la participación y colaboración de las/os usuarias/os y familiares en la planificación, elaboración y evaluación de Políticas de Salud Mental, a los efectos de garantizar que se atiendan sus reales necesidades al poner de relieve sus problemas específicos, y encontrar soluciones concretas que mejoren la calidad de la salud mental de la sociedad y de los servicios de salud mental (Antúnez, 2009).” Se ha avanzado también en la elaboración de políticas específicas focalizadas en el campo de la violencia y el maltrato infantil, así como de la problemática vinculada al suicidio. Hace pocos días se ha lanzado desde el Gobierno el Plan de Prestaciones psicoterapéuticas en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, lo que implica que los prestadores de las I.A.M.C. deban a partir de septiembre/2011 comenzar a brindar obligatoriamente las atenciones planificadas. El presente y el futuro de la salud mental en nuestro país están en construcción, y es nuestro interés entonces contribuir a su comprensión y difusión desde nuestra implicación como universitarios.

Bibliografía

- Antúnez, M.; Kakuk, M. J. y Domine, S. (2008). “Anteproyecto de ley de salud mental de la República Oriental del Uruguay”. En *Jornadas de Salud Mental y Derechos Humanos*. La Plata: Instituto de Estudios Judiciales-Suprema Corte de Justicia.
- Antúnez, M. (Coord.). (2009). Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay. Recuperado de www.psicologos.org.uy

- Apud, I.; Techera, A. y Borges, C. (2010). *La sociedad del olvido: ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: Udelar-CSIC.
- Barrán, J. P. (1995). La ortopedia de los pobres. En *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos* (Vol. 2). Montevideo: Banda Oriental.
- Baremlitt, G. (1998). *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari.
- De León, N. y Fernández Romar, J. (1996). La locura y sus instituciones. En *III Jornadas de Psicología Universitaria: historia, violencia y subjetividad*. Montevideo: Multiplicidades.
- Ginés, A. M. (1998). Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (1), 32-41.
- Ginés A. M.; Porciúncula H. y Arduino M. (2005). El Programa Nacional de Salud Mental: veinte años después: evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 69 (2): 129-150.
- Programa Nacional de Salud Mental*. Montevideo: [s.n.].

Políticas de Salud Mental en Uruguay

Andrés Techera,* Ismael Apud**

Introducción

Las políticas públicas en salud mental las podríamos definir como el marco jurídico, conceptual e ideológico que define las estrategias y la forma de dar atención a las llamadas enfermedades mentales. Su construcción en un nivel macro depende de actores políticos (gubernamentales) y jurídicos que son los encargados de la redacción y de la aplicación de las leyes. A las políticas en salud las podríamos considerar como el conjunto de normas, códigos, leyes y hasta la propia Constitución de la República que reglamenta el funcionamiento del sistema de salud. Los efectores de salud públicos y privados son los que gestionan y llevan a la práctica las políticas públicas. El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el órgano gubernamental rector y con mayor responsabilidad en la elaboración y gestión de las políticas con una visión ética y filosófica sobre la concepción del hombre y de su salud. Asimismo es también prestador de salud, por medio de sus hospitales y sus variadas dependencias de salud. Las políticas son el reflejo de una sociedad y de su cultura en un momento histórico determinado. Otros actores también son fundamentales en la determinación de las políticas públicas en salud, es el caso de las corporaciones científicas, económicas y, desafortunadamente, en un grado menor de los usuarios y sus familiares.

* Docente, APEX, UdelaR. Licenciado en Psicología. Psicoterapeuta.

** Docente, Facultad de Psicología, UdelaR. Investigador, SNI-ANII. Magister en Metodología de la Investigación Científica, Universidad Nacional de Lanús. Licenciado en Ciencias Antropológicas, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UdelaR. Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, UdelaR.

Lo político, en su sentido amplio, es un campo social de comunicación y de legitimación, donde se encuentran y debaten diferentes grupos y organizaciones sociales. Existe una tendencia general de parte de nuestra sociedad de excluir y encerrar la locura, es decir a las personas con diagnóstico psiquiátrico severo. Esto lo podemos vincular a varios aspectos, por un lado lo enigmático de las enfermedades mentales, el miedo que provoca el estigma de “peligroso”. Por otro lado, también existe cierta responsabilidad de los trabajadores de la salud y de las corporaciones científicas, a través de los cuales se siguen reproduciendo determinadas lógicas de poder, de encierro, de cosificación del paciente. El incesante desarrollo de los laboratorios y de las lógicas de mercantilización farmacéutica son elementos centrales que no favorecen el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas y funcionan como elementos regresivos. Pero también podemos identificar la inoperancia del sistema político en su conjunto. A mediados del año 2012, en el marco del proyecto “Pasado, Presente y futuro en las Políticas de Salud Mental” –del cual este libro forma parte–, nos propusimos realizar una serie de seminarios, convocando a una diversidad de actores para discutir sobre la salud mental. Una de las mesas estaba dirigida al sistema político, concretamente a diputados y senadores de los cuatro partidos con representación parlamentaria. La convocatoria fue escasa, y fue difícil encontrar parlamentarios interesados en la temática. A la mesa solamente asistió un representante por el Partido Nacional y uno por el Frente Amplio, evidenciando en sus presentaciones una dificultad en la reflexión de los problemas de fondo que afectan a los usuarios de atención en salud mental.

En definitiva, tenemos por delante un arduo debate que aún nos debemos como sociedad. Entender lo político como campo en el que se articulan los distintos sectores sociales para el “gobierno de sí”, debe llevarnos, en el caso de la salud mental, a pensar cuál es el pasado de nuestras prácticas y concepciones sobre la “locura”, cómo determinan el presente, y qué debemos realizar para transformar las mismas. En este artículo nos proponemos un breve recorrido donde problematizaremos las prácticas asociadas con la “locura” y su tratamiento, su trayectoria en nuestro país y los planes políticos que se han propuesto, así como un diagnóstico del presente que incluya una proyección a futuro sobre las posibles transformaciones para una salud mental inclusiva, democrática y desestigmatizante.

Locura y encierro

“... es porque la locura no es en el fondo una entidad natural, sino una pura relación. Los libros de los historiadores han hecho pasar, con toda razón, la locura de la naturaleza a la historia, definiéndola a través del diálogo cambiante de

la razón y el desatino... no se es loco sino en relación con una sociedad dada; es el consenso social el que delimita las zonas, fluctuantes, de la razón y del desatino o sinrazón.”

Roger Bastide (1988)

En su libro, *Sociología de las Enfermedades Mentales*, Roger Bastide nos propone concebir la salud mental desde una visión amplia, que permita incluir dimensiones históricas, culturales y sociales. Esta perspectiva sitúa al fenómeno de la “locura” de forma diferente al modelo tradicional, de corte biologicista y universalizante, lo cual no implica necesariamente negar el lugar de lo biológico o hereditario en la constitución caracterológica del sujeto, sino problematizar las múltiples causas –biológicas, ambientales, culturales, vinculares, etc.– que pueden incidir en el desarrollo psicológico, así como también determinar qué tipos de caracterologías se producen, normalizan y repudian en distintas sociedades y culturas. Lo normal y lo anormal no depende de un patrón universal, sino que obedece a ciertos criterios sociales de valoración en torno a qué modos de estar en el mundo son correctos para vivir en una sociedad determinada. Es en la década de los 30 que la antropóloga Ruth Benedict (1971) introduce este debate en los círculos académicos, al describir cómo ciertas prácticas que podrían ser consideradas como anormales por nuestra cultura son normalmente aceptadas en otras: el trance en las prácticas chamánicas, la megalomanía de los líderes Kwakiutl, el relacionamiento paranoico de los Dobu. En su ya famoso libro, *Tristes Trópicos*, el antropólogo Claude Levi-Strauss (2006) clasifica las sociedades y sus mecanismos de tratamiento de lo anormal en dos tipos: las que practican la antropofagia (*fagos*, del griego, comer) y las que practican la antropoemia (*emein*, vomitar). La antropofagia correspondería a las mal denominadas “sociedades salvajes”: el mecanismo consistiría en la obtención de las cualidades del muerto a través de su ingestión –en lenguaje psicológico, *introyección*–, para así incorporar sus virtudes y neutralizar su poder. En las sociedades “avanzadas” como la nuestra, el mecanismo es la *antropoemia*, expulsión o proyección paranoica de aquellos acontecimientos sociales no deseados, que generan malestar, improductividad y miedo. Esto se realiza a través de rituales de expulsión, pero también de encierro como los leprosarios en la Edad Media, o nuestras penitenciarías y hospicios psiquiátricos en la actualidad.

Salud Mental y Psiquiatría en Uruguay

En Uruguay el primer hospital psiquiátrico surge en el año 1880, con la inauguración del Manicomio Nacional, más tarde llamado Hospital Vilardebó, formando parte del proceso de modernización de nuestro país. La apertura del

Hospital junto con la creación de la Facultad de Medicina permiten el surgimiento de la psiquiatría como disciplina. José Pedro Barrán (1990) denomina a este período –1860 a 1920– como una fase de “disciplinamiento”, introduciendo las concepciones modernas de salud que llevan a lo que usualmente se denomina medicalización de la sociedad. Si bien el Hospital comienza atendiendo a unas pocas personas en sus inicios, con el correr de las primeras décadas de siglo XX la población comienza a incrementarse, llegando en 1910 a un máximo de 1.500 personas. En el año 1912 y buscando una solución a la sobrepoblación del hospital, se funda la Colonia Etchepare, a 79 km de Montevideo. De allí en más ambas instituciones forman parte del esqueleto social que sostiene la atención en salud mental para aquellos sectores de la población afectados por la vulnerabilidad social. La medida de rescate, sin embargo, no permite sostener el progresivo crecimiento de la población, y en la segunda mitad de siglo XX ambas instituciones llegan a albergar alrededor de 5.000 personas.

El crítico informe de Pierre Chanoit (1966) capta la atención de las autoridades, y a partir del mismo surge la iniciativa de un nuevo Plan de Salud Mental en año 1972. La dictadura frena el proceso de transformación, pero con la reapertura democrática en los años ochenta la Comisión Nacional de Salud Mental trabaja sobre un nuevo Plan de reforma para el sistema Nacional de Salud Mental (PNSM). La reforma se propuso reestructurar los servicios, apuntando a un enfoque con mayor énfasis en lo comunitario, con el consiguiente cierre de los manicomios, y una mayor integración a un sistema general de cuidado de la salud, todo esto basado en una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) proclamada por la OMS. Por otro lado se buscaba fomentar la prevención y la rehabilitación a través de la creación de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales. El ambicioso plan no se llega a concretar definitivamente, aunque se producen ciertos cambios, como la creación del Área en Salud Mental, la Residencia Médica Hospitalaria en Psiquiatría, y la descentralización del servicio, a través de la reestructuración de la Colonia Etchepare y el Hospital Vilardebó, el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, y la creación de una gran cantidad de centros de rehabilitación (por ejemplo el centro Diurno del Hospital Vilardebó, el Centro Sayago, el Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social).

El PNSM nos muestra dos caras; una de ellas es de corte especulativo, en relación a lo que promete, en tanto contempla aspectos innovadores que, en el caso de consolidarse, podrían llevar a una reestructuración progresiva de nuestro sistema de salud mental. La otra cara es del orden de lo práctico, nos muestra la difícil situación en la que se encuentran los centros: falta de recursos humanos, escasa formación específica y gran presencia del autodidactismo, falta de abordajes sistemáticos y orquestados en rehabilitación, falta

de apoyo tanto económico como político. Las dificultades se acrecientan con la crisis del 2002, aumentando la marginalización y exclusión social de las personas con padecimientos psiquiátricos. En el año 2005 comienza a esbozarse cierta intención de cambio en las políticas públicas destinadas a la salud, entre ellas la salud mental. Se crea la denominada Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del Programa de Salud Mental, buscando la construcción participativa de los nuevos lineamientos a desarrollar, de acuerdo a las normas y recomendaciones internacionales que actualmente se utilizan para el caso de los Derechos Humanos en Salud Mental.

Recomendaciones Internacionales

En La Declaración de Caracas de 1990 los estados participantes, entre ellos Uruguay, se comprometieron con la intención de superar el modelo de asistencia psiquiátrica basada en el dispositivo asilar, así como a luchar contra los abusos y la discriminación que sufre la población con problemas de salud mental. Se considera impostergable la implementación de modelos de atención que no estén únicamente basados en tratamiento psicofarmacológico, sino que también hagan énfasis en los tratamientos psicoterapéuticos y fundamentalmente en los psicosociales atendiendo las dificultades asociadas a la enfermedad mental: desocupación, estigmatización, problemas de vivienda y alimentación, etc. También se hace énfasis en la importancia de los tratamientos con una perspectiva de salud comunitaria, fundamentalmente a través de la implementación de equipos de profesionales de salud mental con anclaje territorial y abordajes ambulatorios. Según la OMS, durante el año 2000 en América, las enfermedades mentales ocupan el 24% de la carga global de morbilidad, destinándose al sector de la salud mental solamente entre 2 y 5% del presupuesto sanitario en 46% de los países y menos de 2% en el 30%.

Hace 18 años se realiza el famoso informe de la ONG “Mental Disability Rights Internacional” (MDRI), donde un equipo de profesionales integrados por uruguayos y estadounidenses realiza un trabajo exhaustivo, recorriendo los principales centros de atención psiquiátrica y entrevistando a decenas de actores implicados. El informe (Mental Disability Rights Internacional, 1995) hace referencia al estado de situación en nuestro país, donde se reconoce el maltrato general a los internados, el casi exclusivo uso de psicofármacos y electroshocks, la falta de personal especializado recomendándose profundizar en estrategias alternativas y comunitarias. El MDRI plantea al estado uruguayo una serie de recomendaciones orientadas a revertir la situación, ajustándose a los Principios de Salud Mental de las Naciones Unidas. Creemos de total actualidad dicho informe y que sería un insumo necesario

para abordar hoy en día las problemáticas planteadas. Dentro de las recomendaciones del MDRI para el sistema de salud mental en el Uruguay destacamos:

- a. *Sobre las internaciones*: se propone evitar la internación de los pacientes que son llamados “sociales”, es decir aquellas personas que son internadas sin necesariamente tener un diagnóstico de enfermedad mental que lo amerite, es el caso por ejemplo de los indigentes. Asimismo recomienda un análisis exhaustivo de todos los actuales internados para evaluar las posibilidades de cada persona de reintegrarse a la comunidad. Podemos ver que aquellas personas que están internadas en los centros psiquiátricos representan un costo muy elevado del presupuesto, tanto de las Colonias como del Vilardebó. En muchos casos pasan varios años internados, si no toda la vida. Ese costo económico contrasta con la situación de pobreza en la que se encuentran las instalaciones y las posibilidades de contar con programas especializados de recuperación.
- b. *En lo comunitario*: asegurar una amplia participación de los sectores implicados en los tratamientos psiquiátricos así como la creación de una estrategia de atención basada fundamentalmente en centros de salud comunitarios establecidos en los barrios, donde las personas puedan recurrir en cualquier momento y recibir asistencia, orientación y tratamiento. Esto implica la construcción de redes de asistencia que permitan sostener desde la propia comunidad a las personas y sus familias. También sería necesario combatir la estigmatización pública y la anomia en las instituciones, fomentando programas de sensibilización social sobre la temática, así como promoviendo en la educación pública espacios para tratar las preocupaciones relacionadas con la enfermedad mental. Por último involucrar a los usuarios del sistema en los esfuerzos de reforma. Una de las carencias más importantes de nuestro sistema de salud mental es el lugar que ocupan sus usuarios en la organización, administración y control de los diferentes servicios. Las personas son consideradas objeto de asistencia y se promueve una actitud pasiva y receptiva de los tratamientos. Sería importante que tanto los usuarios como los ex usuarios del sistema colaboren en su gestión y en el proceso de reforma, promoviendo un rol activo y participativo en el nuevo sistema de salud.
- c. *En el tratamiento*: todo programa debe contar con formas de evaluar la calidad, la efectividad de los tratamientos, y su adecuada implementación. Es una carencia muy importante dentro de nuestro sistema no establecer criterios de evolución de los usuarios y de su tratamiento. Es

necesario contar con referencias y pautas que eviten arbitrariedades, así como normas para la administración de medicación. La medicación debe ser rigurosamente suministrada, de forma de disminuir sus daños colaterales. Se propone disminuir lo más posible el uso de terapia electroconvulsiva, así como construir espacios de gestión, evaluación y tratamiento interdisciplinarios. También se aconseja el desarrollo y la implementación de terapias alternativas al modelo médico.

- d. *En la mejora del servicio de atención:* establecer un sistema para mejorar la calidad del servicio en todas sus áreas (gestión, recursos humanos, materiales, tratamientos, etc.) así como desarrollar cursos especializados en áreas y avances importantes en el tratamiento de las enfermedades mentales. Estamos atrasados en la investigación y desarrollo de conocimiento vinculado a la salud mental. Es necesario capitalizar avances nacionales e internacionales en la materia; el estado debería asegurar y apoyar estos avances apuntando a todos los profesionales de la salud, y a quienes trabajan desde la comunidad. Esto podría ser canalizado (aunque no únicamente) por la Universidad de la República. Para tener una visión clara del estado de situación de nuestro sistema de salud mental, sería necesario contar con el apoyo de especialistas internacionales, independientes y capacitados para realizar un estudio detallado de todo el sistema; nos brindarían un material muy importante para proyectar las reformas necesarias. Para que la reforma en el sistema de salud mental se efectivice es necesario que se establezca un plan de acción que tenga en cuenta un cronograma de ejecución, y un presupuesto que se ajuste a las necesidades del nuevo plan.

En cuanto a los derechos de los usuarios como ciudadanos, si bien existe un marco legal que los contempla, esto no excluye que en la práctica dichos derechos sean violentados a través de la internación involuntaria, la utilización de tratamientos invasivos, la no utilización del consentimiento informado, etc. En lo que tiene que ver con la internación civil, el MDRI recomienda revisar la ley de salud mental. Es necesario que nuestra legislación se actualice y se ajuste a los avances del Derecho Internacional en particular en lo referente a libertades civiles y Derechos Humanos. Por último tenemos el problema de la reinserción del internado al contexto social, a través de políticas que permitan su reinserción en el ámbito laboral. Para ello sería necesario el desarrollo de talleres protegidos, subvenciones, exoneraciones tributarias para aquellas empresas que toman personas con discapacidades psiquiátricas, así como el desarrollo de una conciencia social en relación al problema.

Presente y futuro

Podemos considerar que en la última década hay un mayor protagonismo en la agenda pública del tema de la salud mental y su atención. Esto tiene su máxima expresión en el desarrollo del SINS, y en la obligatoriedad de realizar cambios que garanticen asistencia en esta área. La forma de concebir lo que es una enfermedad mental y su tratamiento entraña una enorme complejidad. A simple vista podemos pensar que la mayoría de las personas estamos sanas, somos normales y un pequeño grupo de esa mayoría presenta algún tipo de patología que lo inhabilita para el normal desarrollo de las funciones que nos exige la vida en sociedad. El problema se dispara cuando consideramos a la enfermedad mental desde un punto de vista histórico y cultural. Nos encontramos con que el concepto de “enfermedad mental” responde a prácticas sociales relativas al tratamiento de lo “diferente”, y en nuestras sociedades actuales, de lo que hace “ruido” o no puede articularse productivamente en la cadena de capital-trabajo. La concepción de salud mental hace referencia a las formas de identificar y tratar a la diferencia no adaptada a los estándares propuestos por el actual modelo capitalista y antiguamente por sus antecesores. El costo de la adaptación es muy alto para los cuerpos y para la salud mental. En la eterna búsqueda de satisfacción material, nos encontramos con el miedo, la soledad y la depresión. Los que no nos adaptamos cada día somos más, por falta de recursos económicos, de linaje, o de fortaleza yoica. El resultado es que las dos terceras partes de la humanidad viven en la miseria y el tercio restante vive asustado, estresado o deprimido. Definitivamente estamos ante un problema global de salud mental. Según la OMS (2001) actualmente 450 millones de personas sufren de algún tipo de enfermedad mental representando un 12% de la carga de morbilidad total a nivel mundial. Cifra que no ha parado de aumentar desde que se lleva registro a principios del siglo XX.

Otro punto sustancial en este análisis es preguntarnos acerca de los normales, es decir la población llamada “sana”, que es precisamente la que consume cada día más psicofármacos, más comida chatarra y se sienten más miedosos. El estrés tiene buena fama. Asimismo asistimos a un incremento notable de los casos de fobia y ataques de pánico. Las adicciones a las drogas, al trabajo, al estudio son algunas de las formas de conductas impulsadas por el capitalismo como los modelos a seguir. Nuestro país en la década de los 90 llega a ser uno de los que registran mayor porcentaje de venta de ansiolíticos en la región: el consumo de sedantes es de un 40% en la población, marcando sus máximos entre los 40 y 69 años (Ramírez, 1998). Según datos de la 3er Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas realizada por la Junta Nacional de Drogas y el Instituto Nacional de Estadística, en Uruguay, más de 85.000 personas se automedican con antidepresivos y ansiolíticos,

tanto de farmacias como de ferias, y más de 890.000 uruguayos tomaron psicofármacos alguna vez. Si bien la utilización de psicofármacos puede hundir sus raíces en cuestiones antropológicas cuasi universales, se ha vinculado, en nuestra sociedad, no sólo a modos de dominación, de aplacamiento de la diferencia, de “enchalecamiento químico”, sino también a formas de lucro vinculadas a las industrias farmacéuticas y su monopolización de los productos psicoactivos. La creciente demanda y generalización del uso de sustancias psicoactivas en nuestra sociedad es un tema de gran preocupación que creemos excede el campo de las llamadas “drogas ilegales”. El aumento del consumo, tanto autoadministrado como recetado por los psiquiatras, ha crecido exponencialmente a lo largo de las décadas en todo el mundo: la ritalina en los niños, los antidepresivos y los sedantes en los adultos, la utilización de antipsicóticos, los hipnóticos, el tabaco, el alcohol, la cocaína, por ejemplo, son utilizados diariamente para hacer frente –o bien en ciertos casos escapar– al ritmo vertiginoso que nos imprime nuestra sociedad de consumo.

Durante la mayor parte de la historia de la atención psiquiátrica de las enfermedades mentales en Uruguay se han privilegiado los tratamientos invasivos basados en el encierro de los cuerpos y la medicalización. Hasta el día de hoy se realizan algunos esfuerzos aislados para atender los problemas asociados a la enfermedad mental por otros caminos: laborterapia, cooperativas de trabajo y de vivienda, hogares sustitutos, entre otros. La mayoría de estos emprendimientos históricamente son raros al sistema y siempre expuestos a la inanición. Los diseños de políticas en salud mental en otros países (Brasil, Argentina, España, Italia, entre otros) han investigado diferentes formas de tratamiento para las llamadas enfermedades mentales. Se destacan el tratamiento ambulatorio, las internaciones en hospitales generales, la rehabilitación psicosocial, estrategias aún no consolidadas en Uruguay. Si bien el PNSM contempla y proyecta un conjunto de perspectivas innovadoras que implicarían un progreso significativo en el campo de la salud mental, la aplicación de las mismas en el Sistema Nacional Integrado de Salud ha sido de momento incipiente y precario. La falta de apoyo económico, de organización y de formación de recursos humanos hace que no cumplan las metas que el plan se propone. De todos modos, creemos que su creación puede llegar a ser el puntapié inicial para la transformación del Sistema Nacional de Salud Mental, para la producción de nuevos dispositivos integrales que se apoyen en la comunidad y que solucionen los problemas relativos al encierro y a la estigmatización social.

Por otro lado no debemos olvidar un problema recurrente en aquellos países que han implementado este tipo de estrategias: la “desmanicomialización forzosa”, “inscripta en un plan político de reducción de presupuesto fiscal a cualquier precio” (De León, 1996) que tenía como escenario la reconversión

del Hospital Vilardebó en un hospital para la atención de enfermos agudos y el cierre del Hospital Musto, que condujo a la reclusión de dichas personas en las Colonias, o bien el que muchos terminaran con sus familias o en la calle. La desaparición del “modelo asilar” debe acompañarse con la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener la situación de nuestra población. Debe enfocarse en el uso de la internación en forma breve; en la integralidad de la asistencia, a través del desarrollo de estrategias en rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario; en la educación no sólo del usuario sino también de la familia, de los trabajadores de la salud y de la comunidad en general. La Declaración de Caracas de 1990 proclama la superación del modelo de asistencia psiquiátrica basada en el dispositivo asilar y la lucha contra los abusos y discriminación que sufre la población con problemas de salud mental. Se hace evidente la relevancia de combinar tratamiento psicofarmacológico, psicoterapéutico y psicosocial. Asimismo es fundamental un abordaje con perspectiva comunitaria, implementando servicios de salud mental con anclaje territorial.

Numerosos informes nacionales e internacionales, evaluaciones y hasta testimonios dan cuenta de la crisis en el sistema de atención a la salud mental por lo menos en los últimos 100 años. En la actualidad no parece haber un camino claro en cuanto a la reforma del actual sistema, y las condiciones en las que viven los usuarios de salud mental en el sistema público son básicamente la misma pobreza y falta de resultados.

Para finalizar no queremos dejar de hacer mención al anteproyecto de Ley de Salud Mental que se viene impulsando desde su redacción en 2007 por diferentes colectivos: usuarios y sus familiares, gremios y profesionales de diferentes disciplinas. Este anteproyecto contempla una serie de transformaciones fundamentales y la superación de la vieja Ley del Psicópata. Lo que consideramos representa cambios sustanciales y necesarios para una humanización del sistema de atención de la salud mental (Ministerio de Salud Pública, 2009).

Bibliografía

- Barrán, J. P. (1990). El disciplinamiento: 1860-1920. En *Historia de la sensibilidad en el Uruguay* (Vol. 2). Montevideo: Banda Oriental: Facultad de Humanidades y Ciencias.
- Bastide, R. (1988). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI.
- Benedict, R. (1971). *El hombre y la cultura*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

- Chanoit, P. (1966). *Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay*. OMS. Oficina Sanitaria Panamericana.
- De León, N. y Fernández, J. (1996). “La locura y sus instituciones”. En *III Jornadas de Psicología Universitaria: Historia, violencia y subjetividad*. Montevideo: Multiplicidades.
- Lévi-Strauss, C. (2006). *Tristes trópicos*. Barcelona: Paidós.
- Mental Disability Rights Internacional (1995). *Derechos humanos y salud mental en el Uruguay*. Washington D.C.: American University. Washington College of Law.
- Ministerio Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Comisión asesora permanente. (2009). *Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay* (2009), Recuperado de: http://www.vilardevoz.org/wp-content/uploads/2013/01/10_09_ANTEPROYECTO_DE_LEY_DE_SALUD_MENTAL_DE_LA_ROU.pdf
- OMS (2001). Cartografía de la salud mental: datos básicos. En *La OPS y la reformulación de la salud mental en las Américas: un cambio de mentalidad*. Recuperado de: http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/saludmental_005.htm
- Ramírez A. (1998). Prescripción médica y consumo de sustancias psicoactivas. En *Problemas vinculados al consumo de sustancias adictivas y aspectos conexos. Curso Internacional para Graduados y Docentes Universitarios* (Vol. 1). Montevideo: Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Universidad de la República-Servicio Central de Bienestar Universitario.

Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud (*)

Ángel M. Ginés (**)

A lo largo del siglo pasado, la atención de la salud mental de nuestra población transitó una peripecia penosa de deterioro y exclusión sanitaria y social.

Hace veintiséis años, en el propicio ambiente de la apertura democrática, un movimiento de amplia participación promueve el *Programa Nacional de Salud Mental* (PNSM), aprobado por el Ministerio de Salud Pública en 1986 (Ministerio de Salud Pública, 1987). El PNSM fue Impulsado por familiares, pacientes, trabajadores, técnicos y docentes de salud mental, organizados en varias decenas de instituciones sociales, gremiales, científicas y académicas convocadas en la Comisión Asesora Técnica del Programa.

En 2005 esa Comisión elaboró el documento “*Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial*”, actualización del PNSM en nuevas condiciones sociales y políticas en los umbrales de cambios profundos del sistema de salud (Ministerio de Salud Pública, 2005).

El PNSM tuvo una trayectoria compleja y contradictoria, con claridades y oscuridades, pero logró avances que contrastan con el largo periplo previo de Iniciativas frustradas y problemáticas insolubles (Ginés, A. M.; Porciúncula, H.; Arduino, M., Diciembre, 2005).

El Programa abrió tres direcciones principales: la primera apuntó al despliegue de centros de salud comunitarios; la segunda, al desarrollo de Unidades de Salud Mental en hospitales generales; la tercera, a los nuevos modelos de atención de las personas que padecen trastornos mentales severos y a la reestructuración del Hospital Vilardebó y la Colonia de Asistencia Psiquiátrica.

Nuestro *movimiento democrático en salud mental* –que renovó la esperanza de mejorar la calidad de vida y la dignidad de quienes padecen trastornos

(*) Versión corregida de la ponencia presentada en Salud Mental en Debate (Aula Magna de la Facultad de Psicología) el 4 de junio de 2012.

(**) Prof. Director de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina (1996-2004).
Ex Director del Programa Nacional de Salud Mental (2005-2007).

mentales– tiene ahora la oportunidad de anidar y florecer en el nuevo *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS) de firmes bases solidarias, humanistas y científico-técnicas; con cambio del modelo hacia la atención primaria, con financiamiento equitativo y sostenible, con gestión descentralizada y enraizada en la comunidad.

Las innovaciones aportadas por PNSM –con principal expresión en el sector público y universitario– se beneficiaron del desarrollo de *la conciencia universal en derechos humanos*, con fuerte implicancia en la atención de personas con trastornos mentales, y *avances técnico científicos relevantes* en nuestro campo.

Así, los “*Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*” del Alto Comisionado de ONU para los Derechos Humanos (17/XII/91) expresa: “Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitario y social”. Merecen destacarse la *Declaración de Caracas* (1990) y los *Principios de Brasilia* (2005), aportes latinoamericanos relevantes hacia la reestructuración de la atención psiquiátrica, con fuerte énfasis en los modelos comunitarios y de derechos humanos.

Los planes de atención en trastornos mentales tienen hoy alta efectividad y están densamente comprobados para los agentes neurobiológicos, la psicoterapia de diversa orientación teórica y técnica y los dispositivos psicosociales y educativos. Este efectivo conjunto y, más aún, su empleo combinado cuando corresponde, permite multiplicar y elevar la calidad de las intervenciones no sólo en los episodios críticos –que durante mucho tiempo fue el lugar casi exclusivo de las acciones– sino en prevención, promoción, habilitación y rehabilitación.

Esta convergencia política, ética y científica permitió avanzar sobre *los problemas históricos más importantes de la salud mental* en nuestro país, aún no superados, a saber:

(1) *la marginación y concentración masiva y asilar de enfermos mentales* con degradación de las condiciones de asistencia y menoscabo de la dignidad de los pacientes, sus familiares, la comunidad y el personal de salud, y,

(2) *el notorio retraso en incorporar recursos psicosociales y de psicoterapia a los servicios de salud.*

Sobre esas deudas históricas, la *problemática de fin de siglo* agregó nuevos, graves y complejos desafíos. Advertía bien nuestro PNSM en su actualización del año 2005:

Existe un nuevo perfil en la demanda masiva a los servicios de asistencia y una notoria inadecuación en la respuesta. Se incluyen aquí las molestias y

quejas corporales –que no correlacionan con trastornos somáticos consistentes–, los problemas emocionales y del estado de ánimo, entrelazados con problemáticas existenciales: Trastornos por estrés, Trastornos adaptativos, Trastornos depresivos y Situaciones de padecimiento personal, familiar y social que merecen asistencia sin constituir trastorno. Alta prescripción de medicamentos, “medicina alternativa” y expansión de propuestas folklóricas –que contrastan con la prodigación, sin apropiada evaluación científica, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de tecnología especializada– traducen las dificultades para responder con propiedad a las actuales necesidades de personas y comunidades.

De especial preocupación resulta la violencia social, familiar y el maltrato infantil y sus consecuencias, y la incidencia creciente de la muerte violenta. La violencia y las muertes violentas (homicidio, suicidio y accidentes considerados en conjunto), por sus causas y en especial por sus consecuencias se han convertido en un problema principal de salud. Entrelazados a la violencia, el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y sus complicaciones y diversas condiciones de padecimiento en la vida cotidiana. Las modificaciones de la conducta de las personas y los grupos sociales, con tendencia al egocentrismo y a la devaluación de los vínculos solidarios; la exaltación competitiva sin consideración por el prójimo y por sí mismo; la incertidumbre y enajenación en la actividad laboral con desempleo, subempleo y multiempleo; los fenómenos de emigración, marginación y fragmentación social, constituyen un complicado entramado de riesgos y daños.

Los espacios de crecimiento y de formación de los seres humanos, la familia, los ámbitos de convivencia e intercambio creativo y recreativo y la actividad laboral, resultan fuertemente perturbados y hasta desmantelados, afectando especialmente a niños, jóvenes, mujeres y adultos mayores (Ministerio de Salud Pública, 2005).

En nuestro país estos fenómenos, incubados durante décadas, se expresaron con especial malignidad luego del desastre del 2002.

Para abordar la adversa y complicada problemática reseñada –la histórica y la de nueva emergencia– los programas psicosociales y de psicoterapia resultan imprescindibles. Imprescindibles, pero entramados a otras transformaciones que interactúan con ellos: educación, arte, ciencia y tecnología, sobre el cauce de un desarrollo social y productivo sostenido y soberano, con justa distribución de los bienes materiales y culturales.

La superación del modelo asilar y la inclusión social del enfermo mental y su familia

El Hospital Vilardebó –en Montevideo– y la Colonia de Asistencia Psiquiátrica –a 70 kms de Montevideo– constituyeron durante el siglo pasado

el problema más importante de salud mental, y lo que es peor, resultaron una cuestión insoluble, dolorosa e inaceptable.

Esta afirmación es válida, con matices, para todo el período y para todos los protagonistas del fenómeno asilar: en primer lugar para los pacientes y sus familiares, pero también para el personal de salud. Los datos epidemiológicos (Arduino, M.; Cáceres, D.; Grases, E., 1994 y 1995; Arduino, M.; Ginés, A. M., 2002; Ginés, A. M., octubre, 1998) y los testimonios son confiables y contundentes.

La primera concentración significativa de enfermos mentales se constituyó en 1879 en el “Asilo de Dementes”, con 348 personas, con una tasa de asilados de seis (6) por diez mil habitantes. El Manicomio Nacional (luego Hospital Vilardebó), previsto en 1880 para 700 camas, superó en una década las 1.000 personas (tasa de casi 12 o/000) y en 1910, albergó 1.500 personas (14 o/000). A partir de 1912, por la creciente demanda de asilo, se abrió la Colonia en el Departamento de San José, que sumada al Hospital Vilardebó ven elevar el número de asilados hasta cerca de 5.000 personas a mitad del siglo, con tasa próxima al 19 o/000.

Hacia la década del 70 se observa una disminución sostenida de asilados; 2.100 personas a fines de 1992 (6,8 o/000), 1.500 en 1997 (4,8 o/000) y 1.100 (3,4 o/000) al ingresar al nuevo siglo, concentrados en la Colonia de Asistencia Psiquiátrica.

La velocidad de descenso de la población asilar se aceleró en la década del noventa como para anticipar su superación en algunos años; sin embargo hacia 2000, el número de asilados tendió a estabilizarse en un millar con cierta inquietud respecto de su evolución.

En el notorio descenso no se emplearon medidas administrativas obligatorias; la disminución fue producto de la alta efectividad de los psicofármacos y su benéfica interacción con acciones psicosociales, los cambios de mentalidad y actitud hacia los enfermos mentales y el bloqueo progresivo de la emigración forzada (desde todas las ciudades y pueblos del territorio nacional al Hospital Vilardebó y de allí a la Colonia), por el despliegue de la asistencia psiquiátrica hacia el interior del país. El desarrollo de la psiquiatría en los diversos Departamentos constituyó un cambio trascendente de las últimas décadas, que marca un viraje hacia desarrollos con perspectiva nacional.

Vista la evolución estadística, veamos algunos testimonios y documentos representativos de diversos momentos históricos:

- En el centenario del Hospital Vilardebó en 1980, Daniel L. Murguía –psiquiatra y docente universitario ejemplar– recuerda el impacto que en 1936, siendo estudiante de medicina, le provocó su primer encuentro con los pacientes internados en el Hospital Vilardebó, en época en que no existían terapéuticas efectivas (el coma insulínico y el electrochoque

se incorporarían años después y la psicofarmacología en la década del cincuenta):

Todo era dolor. Existían dos grandes grupos de enfermos: uno estaba integrado por los pacientes melancólicos, que arrastraban su sufrimiento moral durante 8 o 10 meses, período que duraba la evolución natural del episodio depresivo, cuando no se tornaba crónico en plena senectud. Eran muchas decenas de enfermos que con facies doloroso nos imponían su agobio moral. La sintomatología era florida y abundaban las formas ansiosas y estuporosas. Al dolor moral que trasuntaban sus rostros se agregaba el deterioro físico... Éscaras, complicaciones respiratorias y otras incidencias ponían término a la vida de estos pacientes en alto porcentaje de ellos.

El otro grupo estaba constituido por los esquizofrénicos y delirantes. Era el grupo más numeroso, el que englobaba a la mayoría de la población hospitalaria. Se le hallaba en las salas, en los pasillos, en los rincones, por los patios o en la quinta; circulaban o se estacionaban solos, aislados, enigmáticos e impenetrables, conllevando cada uno su mundo individual privado o circulaban con sus risas inmotivadas, entregándose a sus soliloquios verbigerados, interminables e incomprensibles, musitados secretamente; otras veces, situados en un rincón o mientras se libraban a una marcha monótona e interminable, exhibían la riqueza de sus estereotipias motrices y verbales, o desplegaban toda la gama de sus manierismos; o bien se les hallaba rígidos, estatuarios en actitudes grotescas, indiferentes a las inclemencias atmosféricas, insensibles al frío en pleno invierno, algunas veces hasta morir helados en la noche perdidos en la quinta.

En ese panorama dantesco se inscribía aún el drama de los enfermos agitados, lo fueran por causas orgánicas, expresión de un cuadro maniaco, o de un estado catatónico; para ellos los únicos recursos eran la contención física o la inyección de trementina. Se les veía inmovilizados por sus chalecos de fuerza sumamente apretados, luchando en vano durante días, hasta el agotamiento, sucios por sus micciones, sudores y deyecciones, acosados por las moscas que pululaban a su alrededor, deshidratados, infectados y escarificados; si eran fijados con trementina estaban inmovilizados por el dolor y rubicundos por la fiebre; luego padecían todas las consecuencias de la supuración que se instalaba, a la que con frecuencia se sumaban infecciones secundarias (Murguía, D., 1980).

- En 1966 Pierre Chanoit, consultor de OPS/OMS, invitado por el Ministerio de Salud Pública, realizó un relevante *“Informe sobre Salud Mental en Uruguay”* (Chanoit, P., 1966), con propuestas de transformación que constituyeron un referente destacado hacia los cambios en asistencia psiquiátrica y salud mental en nuestro país.

En ese informe realiza la siguiente descripción del Hospital Vilardebó:

El día de nuestra visita se alojaban en el hospital cerca de 1800 enfermos. Este hecho explica que en estas circunstancias resulta difícil describir estructuras terapéuticas. Las camas han ido ocupando progresivamente la totalidad del espacio disponible en los dormitorios, luego las salas de reuniones, y por último, los patios, someramente cubiertos. De noche se añaden colchones para que los enfermos supernumerarios tengan donde dormir. Las condiciones de higiene son desfavorables, especialmente en el sótano donde la falta de luz y ventilación y la persistencia de su condición estigmatizante hacen que las condiciones de vida sean muy penosas, tanto para los pacientes como para el personal.

Sobre la Colonia de Asistencia Psiquiátrica señala:

Su capacidad teórica ha sido fijada por el Ministerio 3.155 camas, 420 de ellas reservadas para los enfermos mentales tuberculosos. Visitamos dos pabellones de mujeres a cargo de un Jefe de servicio. El pabellón “A” tiene dos plantas y se compone de grandes salas con instalaciones para dormitorios, comedores, salas de estar. Una de ellas se utiliza para actividades socioterapéuticas y sirve a pacientes de ambos sexos, que nos pareció ser una de las pocas empresas terapéuticas organizadas. El pabellón “B” por el contrario, idéntico por su plan arquitectónico, pero menos bien dotado de personal, produce cierta impresión de abandono confirmado por la deterioración del edificio y la desocupación de los pacientes. También visitamos un pabellón para varones que se encontraba en un estado de deterioro alarmante, los pisos de las salas se hundían, las ventanas están arrancadas y a veces obturadas con ladrillos; no hay ropa de cama y las instalaciones higiénicas son prácticamente inexistentes.

En los “Comentarios” de su informe, Chanoit dice:

El paciente mental es un estorbo para la sociedad, y la atención que de él se realiza, se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído a la vista de la población, termina su infeliz existencia. En estas condiciones no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a saciedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica), y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en esas circunstancias no se curan, ha dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables.

- El 1º de agosto de 1983, los internados del Hospital Vilardebó, sus familiares y los técnicos y funcionarios a cargo de su cuidado despiertan a una pesadilla gestada en la oscuridad discrecional del poder autoritario.

“A la hora diez, después de haber tomado su medicación, después de haber sido cortados su cabellos, otros rapados, después de haber sido bañados y cambia-

dos de ropa, los pacientes fueron llevados al patio central del Hospital para formar y hacer un simulacro de traslado a la Colonia Etchepare (...) “. “Los pusieron en el hall de entrada, y una enfermera con las fichas individuales los iba llamando, poniéndolos aparte. Esto fue muy triste, todavía cuando lo recordamos volvemos a llorar, al pensar en el dolor y en la angustia que supone el no poder hacer nada frente a la súplica de nuestros pacientes pidiendo a gritos que no los trasladaran. Porque no hay que olvidarse que a las siete y treinta de la mañana, hora para la que estaba previsto el simulacro, para los pacientes no se trataba de una prueba sino que representaba el verdadero traslado a un mundo desconocido. Se les podía ver en los corredores, temblando, llorando, en un desamparo total (...)”. “Cabezas rapadas, pequeñas valijas con nada adentro o apenas un par de zapatos viejos, gritos, llantos y pedidos, ese fue el escenario del Hospital el primero de agosto”.

Así daban testimonio los familiares al Semanario “Aquí” (9/VII/83) del simulacro de traslado a la Colonia luego que sus gestiones fueran desoídas una y otra vez.

Un par de meses antes se había conocido la maligna disposición del MSP de la dictadura. Así decía el contador-ministro: “(Se busca el cierre del Hospital Vilardebó) por tratarse de una imagen decepcionante que deseamos borrar de la ciudad”. “Es tremendo pero no es sólo un problema uruguayo, es mundial. Sólo puede esperarse que se mueran...”. “Uds. me hablaron de cosas dantescas y es así, tienen razón, pero es así por las propias características del paciente”. “Hay muchísimos pacientes por completo irracionales, que destrozan la ropa y las sábanas o las frazadas, porque no saben lo qué es, que andan desnudos, que cumplen sus necesidades fisiológicas en el lugar que sea, porque todos los lugares son iguales para ellos, porque son absolutamente irrecuperables”. Pero el subsecretario era médico y así decía: “Cuando Ud. tiene una cantidad de pacientes y le pregunta a la Medicina ¿qué se puede hacer?, y la Medicina le dice: nada, entonces ¿qué hace? El Estado lo mantiene, pero lo mantiene en las condiciones que quiere el paciente, porque a alguien que a Ud. lo mira como si fuera un árbol o un florero, que no responde al pedido o a la voz de mando, que no responde a la medicación, al que hay que ponerle el medicamento para que no sea agresivo por la fuerza en la boca, no puede mantenerlo como uno quiere sino como él quiere” (Diario “El País”, 5/VI/83).

Sería muy difícil encontrar en nuestra historia textos provenientes de la autoridad sanitaria o de otro origen, que supusieran una concepción de tal incompreensión y desprecio por las personas que padecen enfermedades mentales.

“Sólo puede esperarse que se mueran” o “absolutamente irrecuperables” remueve en la memoria la solución final del Tercer Reich. En efecto, en 1939 en

Alemania, Adolf Hitler extiende el poder de los médicos con el siguiente texto: “El Comisario del Reich, Bouhler, y el Dr. Brandt son comisionados y responsables para extender la autoridad de los médicos, que serán designados por sus nombres, de manera que se pueda dar muerte a los pacientes que, siguiendo un juicio humano, son enfermos incurables según una evaluación crítica del estado de enfermedad”. El total estimado de pacientes mentales exterminados fue de 275.000. Las instituciones alemanas de internación de enfermos mentales descendieron de 300.000 en 1939 a 40.000 en 1946 (Wertham, F., 1971).

- En 1984 la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay elaboró el trascendente documento “*Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio*” (Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 1986), que será uno de los pilares conceptuales en la formulación del Programa Nacional de Salud Mental de 1986. En el análisis referido a las Colonias señala que albergaban 2.400 pacientes. La relación técnico/paciente era de un psiquiatra cada 100 pacientes, una nurse cada 153 pacientes; en cambio reporta un administrativo cada 21 pacientes y un funcionario de mantenimiento y vigilancia cada 11 pacientes. El tiempo disponible de asistencia técnica era de 6 minutos de psiquiatra, 3 minutos de nurse y 4,8 minutos de psicólogo por semana y por paciente. Concurrían a los talleres de rehabilitación el 6,25% de los internados. El documento concluía: “Con el 78% de las camas psiquiátricas del país, su alto índice de cronicidad, su alto costo operativo y la muy baja relación técnico/paciente, la Colonia constituye una estructura asilar, custodial”.
- En 2002 el remanente asilar albergado en las Colonias era de 976 personas (607 hombres y 369 mujeres).

Asistía, además, 120 pacientes deshospitalizados, 70 en el programa de asistencia familiar y 50 en el programa de hogares sustitutos, distribuidos en los pueblos vecinos.

El perfil de los trastornos psiquiátricos de la población internada era el siguiente: Psicosis crónicas (59%), Retardo mental (30%), Trastornos de personalidad (5%), Alcoholismo (4%).

La Institución contaba con un hospital general con una dotación de treinta camas para las poblaciones cercanas, con área de influencia de treinta mil habitantes.

La dotación de personal era de 481 funcionarios distribuidos en las áreas de enfermería, mantenimiento, talleres, servicios técnicos y administrativos. Veintiún médicos psiquiatras, veintidós médicos generales, seis nurses, cinco asistentes sociales y cinco psicólogas constituían el equipo técnico.

Las cerca de mil personas asiladas convivían en unas condiciones anacrónicas en relación a las aspiraciones de nuestra sociedad y de la psiquiatría nacional, y en contradicción con las tendencias contemporáneas de la psiquiatría internacional (Arduino, M.; Cáceres, D.; Grases, E., 1994).

- El 20 de diciembre de 2005 la Comisión Asesora Técnica del PNSM, la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas, la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, la Dirección del PNSM- DIGESA/MSP, IELSUR y la Red de Familiares de Instituciones de Apoyo, Investigación y Rehabilitación en Salud Mental, en el documento “*Bases para la Reconversión del Asilo Mental*” (Ministerio de Salud Pública) alertaban:

(...) a la sociedad sobre la situación de emergencia humanitaria que afecta a casi novecientos (900) compatriotas concentrados en la Colonia de Alienados Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi. Ellos ingresaron y permanecen sin límite de tiempo en esos asilos, por padecer trastornos mentales pero principalmente por la pérdida del sostén familiar y comunitario. Sus condiciones de vida son inaceptables con afectación de sus derechos humanos y civiles.

Esta emergencia humanitaria afecta también a un número similar de personas encargadas del cuidado y la asistencia de los internados y del funcionamiento de la institución.

Este estado de situación proviene de una prolongada y anacrónica política de concentración y exclusión manicomial o asilar incompatible con el nuevo modelo de atención en salud. Desde la aprobación del Programa Nacional de Salud Mental en 1986, se realizaron acciones dirigidas a superar el modelo asilar con resultados contradictorios; así, el número de pacientes asilados en la Colonia se redujo en más del 50%, pero la calidad del internamiento –con altibajos– persiste en sus penosas condiciones.

Nuestro país debe ajustar sus acciones en salud mental a los diversos consensos nacionales y acuerdos internacionales para la atención de los enfermos mentales y para la protección de sus derechos.

A partir de la administración de gobierno instalada en 2005, se fortalecieron tareas de mejoramiento de la calidad del hábitat y de dignificación de los pacientes en la Colonia de Asistencia Psiquiátrica, que merecen ser señaladas. El otorgamiento de casi doscientos documentos de identidad completando la identificación de los internados; la extensión de las pensiones que cubren al 70% de los pacientes; un plan director con diversas obras ya concluidas y otras en desarrollo, con notorio avance en las condiciones de convivencia y en las tareas de habilitación para el egreso; el fortalecimiento de la rehabilitación

basada en la comunidad con un incremento de 120 a 200 en el volumen de los pacientes deshospitalizados. En estas nuevas condiciones se estima que un buen número de pacientes estaría en condiciones de egresar en la medida en que se consoliden los programas comunitarios que complementen las tareas implementadas en la Colonia.

Mención destacada en el mejoramiento del hábitat, merece la actuación de un conjunto de generosas personalidades, convocadas por la autoridad ministerial en 2006, en la Comisión Honoraria de Administración, Ejecución y Obras.

El remanente que alberga la Colonia es de 830 personas (Informe de Gestión 2011); pero conviene advertir que la reducción de la última década fue poco significativa (16%). Esta circunstancia convoca a profundizar las acciones orientadas al fortalecimiento de las estrategias comunitarias, que desbordan ampliamente las acciones propias de la Colonia.

El énfasis en los emprendimientos comunitarios –aún en fase naciente de desarrollo y consolidación– fueron señalados con precisión al actualizar el PNSM de 2005:

(1) Elevar la calidad de hospitalización de los pacientes en los episodios críticos. Los servicios asistenciales (públicos y mutuales) deberán disponer de internación especializada, en salas generales y en domicilio para los episodios críticos. El subsector mutual deberá asegurar la internación durante todo el episodio y cada vez que éste ocurra, sin la limitación actual de treinta días por año.

(2) Consolidar los Centros de Salud en la comunidad. Estos Centros deben transformarse en el escenario principal de la atención en psiquiatría y salud mental, en articulación con el primer nivel de atención integral de la salud.

(3) Multiplicar los Centros de Rehabilitación, pieza fundamental para mejorar la socialización de los pacientes, cooperar con las familias y disminuir la frecuencia de hospitalización. El subsector mutual deberá incorporar la rehabilitación en la cobertura de sus afiliados.

(4) Crear Albergues Comunitarios Permanentes (Hogares Protegidos) para no más de ocho o diez personas, en los que el cuidado y la recreación aporten el mejor nivel de dignidad para cierto porcentaje de pacientes con grave daño y en los que la convivencia familiar no es posible; y Residencias Supervisadas, para los pacientes con buen nivel de desempeño social pero que no conviven con sus familias. Hasta el presente las necesidades de albergue permanente son realizadas por la Colonia de Alienados y las “Casas de Salud”, en condiciones muchas veces inaceptables.

(5) El acceso pleno o protegido de los pacientes a la vida social. La variedad de estructuras asistenciales en construcción no son para retener a los pacientes, como alternativa al asilo, sino para facilitar su tránsito a la vida en la comunidad; de allí la importancia de concebir espacios, más allá de los servicios de salud, para

que las personas –en el diverso nivel de competencia al que logran acceder– se incorporen a actividades creativas apropiadas. Son caminos viables el Taller Protegido y la Cooperativa Social, asegurada por Ley y que permita a los rehabilitados operar en la actividad productiva sin las desventajas de la discapacidad remanente (Ministerio de Salud Pública, 2005).

El mencionado documento señalaba, además:

El despliegue coordinado de estas nuevas estructuras permitirá la transformación del Hospital Vilardebó en un Centro de Salud Mental, calificado en hospitalizaciones especializadas y abierto a la comunidad y la superación definitiva de la Colonia de Alienados. La profunda marca de estos asilos en la actividad laboral y en la vida social y cultural de Santa Lucía, 25 de agosto, Ituzaingó, Pueblo Nuevo, Villa Rodríguez y San José aconseja la amplia participación de esas comunidades en las vías de superación, comenzando por reconocerles el haber albergado durante casi un siglo más de veinte mil pacientes, gravemente afectados, procedentes de todo el país.

La incorporación de psicoterapia y programas psicosociales al SNIS

Las psicoterapias de diversa orientación, comenzando por las derivadas del psicoanálisis –a mitad del siglo pasado– tuvieron buen desarrollo en nuestro país; por su calidad y seriedad obtuvieron merecido reconocimiento. Pero sus beneficios se limitaron a los sectores que podían obtener por pago personal la asistencia o la capacitación técnica. En términos de formación socioeconómica, *la psicoterapia quedó constreñida a categoría mercantil, no accediendo a la condición de derecho efectivo a la salud de los ciudadanos, con independencia de su situación social o económica*. Esa es, aún hoy, la situación dominante.

Por iniciativa de la Clínica Psiquiátrica universitaria, en nuestro abnegado e innovador Hospital de Clínicas y a partir de 1987, se logró un notable avance en psicoterapia y procedimientos psicosociales abiertos a la comunidad. Este Programa con veinticinco años de actividad ininterrumpida, fue el primero en consolidarse en un servicio público de salud (Universidad de la República, 2009; Ginés, A. M., 2009).

El Programa constituyó una propuesta universitaria con el objetivo estratégico de modificar tres obstáculos insolubles en el ejercicio profesional privado:

- su incapacidad de constituirse en recurso de salud apropiado y accesible a la población;
- el desarrollo separado, incomunicado y muchas veces confrontado de las diversas escuelas de psicoterapia y el divorcio de todas ellas de las demás acciones en salud;

- el retraso en emplear metodologías de investigación que ampliaran y potenciaron el método clínico tradicional; se desecharon otras metodologías y en especial el importante número de pacientes que transitó esas experiencias sin dejar rastros pasibles de procesamiento epidemiológico.

Participaron del Programa diversas orientaciones (psicoanálisis, psicodrama, terapia conductual y cognitiva, terapia familiar sistémica, vincular psicoanalítica, psicósomática) que emplearon técnicas individuales, grupales y familiares. Este programa tiene valor estratégico ya que, junto a los desarrollos comunitarios y a las terapéuticas de fundamento neurobiológico aseguran una amplia gama de procedimientos para impedir la persistencia de acciones unilaterales que cercan al paciente, su familia y al equipo de salud en respuestas sesgadas y de alto costo/beneficio en diversos sentidos.

Estas y otras experiencias universitarias y la cooperación de las escuelas nacionales permitieron poner en marcha el Programa de Formación en Psicoterapia en Servicios de Salud, en el marco de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, y crear la Federación Uruguaya de Psicoterapia (FUPSI), emprendimiento abierto y plural. Especial mención merece el documento de 2005 “Psicoterapia y Técnicas Psicosociales” de un amplio y representativo Grupo de Trabajo del PNSM.

Estas fértiles vertientes, acumuladas durante un cuarto de siglo, aportaron al *decreto del Poder Ejecutivo del 23 de agosto de 2011*, que señala el carácter prioritario de la salud mental en esta fase del SNIS y la incorporación progresiva de prestaciones psicosociales y de psicoterapia, ampliando por primera vez, el derecho a estos servicios (Poder Ejecutivo, 2011; Ministerio de Salud Pública, 2012).

Sería ingenuo suponer que esa trascendente resolución de la autoridad sanitaria asegurará la accesibilidad universal a esas prestaciones. Su implementación dependerá en gran medida de la disposición inteligente y comprometida de psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas empeñados en la construcción de tales servicios.

Tres cuestiones estratégicas se abren hacia el futuro:

- 1^a) La edificación del SNIS que nos convoca como ciudadanos y como trabajadores de la salud; la participación activa y consciente de la sociedad es condición principal.
- 2^a) La construcción de servicios de salud mental en las entrañas de ese sistema supone articular las bondades de la psicología y la psiquiatría, de los procedimientos psicosociales, de psicoterapia y neurobiológicos.

Esta convergencia impone cambios radicales de mentalidad y nuevos estilos de trabajo colectivo.

- 3^a) La investigación en salud mental, cuestión cardinal para avanzar hacia un arte fundado en comprobaciones, condición imprescindible para la alta calidad de nuestros servicios y para avanzar con inteligencia en las transformaciones.

Los notables recursos del arte en salud mental, están lejos aún de beneficiar a nuestra población en forma equitativa, accesible, oportuna y universal. Cuando una contradicción de este tipo se instala, *su superación sólo puede lograrse con decisión política y activa participación de las fuerzas sociales.*

La nueva fase a la que estamos accediendo es heterogénea, incluye aún muchos aspectos inaceptables, pero, entrelazados a emprendimientos esperanzadores, que aportan y potencian a la magna transformación en salud que nuestra sociedad está construyendo en el nuevo SNIS. Nuestro *movimiento democrático* en salud mental tiene ahora amplias posibilidades de germinar en él, superando el prolongado periplo de exclusión social y sanitaria.

Bibliografía

- Arduino, M.; Cáceres, D.; Grases, E. (1994). Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi: su evolución entre los años 1912 y 1992. *Revista de Psiquiatría del Uruguay. Año LVIII; N° 328*: 10-22. Uruguay.
- Arduino, M.; Cáceres, D.; Grases, E. (1995). Aspectos histórico-estadísticos acerca de los pacientes esquizofrénicos internados en las Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi en un período de 80 años. *Revista de Psiquiatría del Uruguay. Año LIX; N° 330*: 19-34. Uruguay.
- Arduino, M.; Ginés, A. M. (2002). Noventa años de la Colonia Etchepare. *Revista de Psiquiatría del Uruguay; 66 (2)*:119-127. Uruguay.
- Chanoit, P. (1966). *Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay*. OPS/OMS.
- Declaración de Caracas. (14 de noviembre de 1990). *Conferencia sobre Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina*. Caracas.
- Ginés, A. M. (octubre, 1998). Desarrollo y Ocaso del Asilo Mental en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol 62, N 2*: 37-40. Uruguay.
- Ginés, A. M. (2009). “Del Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas a la Psicoterapia en el Sistema Nacional Integrado de Salud”. En *El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas*. Montevideo: Publicaciones de CSIC; Universidad de la República.
- Ginés, A. M.; Porciúncula, H.; Arduino, M. (Diciembre, 2005). El Programa Nacional de Salud Mental: Veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol 69 N° 2*, 129-150. Uruguay.

- Ministerio de Salud Pública. (1987). *Programa Nacional de Salud Mental*. ASSE. Programa de Crónicos y Especializados. Montevideo: M.S.P.
- Ministerio de Salud Pública. (2005). *Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial*. Documento programático de la Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental. Uruguay: DIGESA, MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2005). *Bases para la Reconversión del Asilo Mental*. Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental, Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas, Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, Red de familiares de Instituciones de Apoyo, Investigación y Rehabilitación en Salud Mental. Uruguay: Dirección del PNSM, DIGESA, MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (Mayo, 2012). Segunda etapa de evaluación del “Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud”. *Programa Nacional de Salud Mental*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Murguía D. (1980). Salud Mental-Evolución de la Asistencia Psiquiátrica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol 45 (267):* 120-126.
- Poder Ejecutivo. *Decreto del 23 de agosto de 2011 que incorpora el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Poder Ejecutivo.
- Principios de Brasilia. (7-9 de noviembre de 2005). *Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas*. Brasilia.
- Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (1986). Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio. Investigación de la Comisión de Salud Mental de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 5:1-16*. Uruguay.
- Universidad de la República. (2009). *El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas*. Montevideo: Publicaciones de CSIC; Universidad de la República.
- Wertham, F. (1971). *La señal de Caín (Sobre la violencia humana)*. México: Ed. Siglo XXI.

Clínicas del Acontecimiento y Políticas de Estado

Adriana Molas*

Los dispositivos de intervención clínica generan procesos de producción subjetiva al mismo tiempo que son posibles composiciones existenciales capaces de producir también procesos de subjetivación libertaria.

A este tipo de dispositivos el amigo Javier los nominó procesos de dispositivación. Componiendo luego, colectivamente, este concepto, podríamos decir que serían procesos de creación y disolución de dispositivos, flujos mutacionales que componen planos de consistencia en los que se embrionan encuentros intensos, alegres, potentes.

La nominamos clínica del acontecimiento, clínica del desvío, clínica de la alegría. Somos un colectivo que nos encontramos en la universidad hace más de cuatro años. Creamos un servicio universitario que intentó abordar los problemas de la clínica, el territorio y el entramado social. El proyecto fue cerrado cuando el plano de la organización era ya una limitante para los flujos que se habían producido en el encuentro con el barrio, las personas, las instituciones, los equipos, las redes... Nos encontramos ahora en momentos de análisis y creación conjunta de nuevas propuestas de conexión, ya ni hablamos de dispositivos...

De esta experiencia aprendimos muchas cosas. En primer lugar que la producción de espacios clínicos de este tipo son posibles, en cualquier territorio existencial que se componga. Las “resistencias” más duras se fueron disolviendo, el deseo está ahí, produciéndose.

* Coordinadora del Programa “Fundamentos Históricos y Políticos de la Psicología”, Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología, Facultad de Psicología, Udelar. Línea de Investigación: “Dispositivos, Estrategias y Políticas de Intervención en el Campo Psi”. Co-Directora de la Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Udelar. Esquizoanalista.

Trabajando con niños, familias, instituciones y equipos de abordaje pudimos ver que las personas todas comparten una misma miseria. Y la universidad también, nosotros. Hay un plano de sufrimiento que parece ser el mismo en todas las situaciones que abordamos, o, dicho de otro modo, todas las situaciones que abordamos parecen ser parte de la misma situación.

Desde el trabajo cartográfico con usuarios de los servicios asistenciales en el territorio, con maestros, educadores, equipos técnicos que atienden problemáticas sociales de ese territorio se compuso la visibilización de un entramado que se tensa en el plano de las políticas de Estado.

A partir de la Asunción del primer gobierno de izquierda en el país, éstas se han transformado tendiéndose a la articulación de las políticas económicas y las sociales, a la descentralización (de recursos, de decisiones, de administración), la territorialización (adecuación de las políticas a la incidencia de cada territorio) y la articulación interinstitucional. Asimismo, a lo que en Brasil se nomina la “humanización de la política” que incluye los planos anteriores pero que agrega el plano de la simetría de poder entre las instituciones y la ciudadanía.

Este tipo de políticas parecieran tener un buen diseño, fundamentalmente si uno analiza su retórica. Los números dan bien. Sin embargo es claro que en el plano de la vida cotidiana de las personas, tanto sea usuarios como operadores, generan sufrimiento. Entonces, no hay un buen diseño, a pesar de la adecuada retórica.

La descentralización no es real, la territorialización y lo interinstitucional operan sobre “la población” efectivizando mecanismos de seguridad. Las políticas públicas son políticas de seguridad. Efectivamente.

El poder actúa sobre su propia acción, dice Foucault. Y Lazzaratto reafirma, las técnicas de seguridad operan sobre las reglas de juego más que sobre el juego mismo. El autor, en *Políticas del Acontecimiento*, llega a dos conclusiones: “la primera es que las políticas neoliberales son políticas del gobierno de las conductas que pasan por la gestión diferencial de las desigualdades” (Lazzaratto, 2010: 14). Esto se logra por una modulación de los derechos, normas, reglamentos” y los modos de ejercicio del poder. “Las competencias y las desigualdades son disolventes y solo la seguridad puede funcionar como pegamento” (Lazzaratto, 2010: 15).

La segunda conclusión es que lo que cambia entre las formas modernas de gobierno y las formas liberales es el dominante, el “sistema de correlación entre los mecanismos jurídico-legales, los mecanismos disciplinarios y los mecanismos de seguridad” (Lazzaratto, 2010: 15).

Una característica de los gobiernos de “izquierda” es el desarrollo de políticas que amortigüen el impacto de las políticas liberales, los Estados intentan erigirse en funciones que fueron “abandonadas” en la década de los

90' retomando funciones e instituciones. Algunos estudios a nivel nacional y regional indican que en estos procesos se generaron transformaciones en los modos de formulación de las políticas, pero es visible la dificultad para que estas transformaciones logren impactos positivos en términos de distribución de la riqueza y las oportunidades así como en relación al dominio de las tecnologías de seguridad.

Un ejemplo es la política de protección a los derechos de la infancia, caracterizada por la transversalización de las instituciones con matrices pre-Convención de los Derechos, estados tutelares y una población objetivo empobrecida (“infantilización de la pobreza”) tras una década de liberalismo en la región.

“A pesar de los avances que la Convención ha generado a nivel de las reformas normativas a nivel nacional, la situación de los niños, niñas y adolescentes a nivel mundial y especialmente a nivel latinoamericano es cada vez peor, la situación real de los niños se halla en una zona de no Derecho” (Dinechin, 2006: 4).

De la investigación “La bajada de la política” (Molas, 2012) surge que las transformaciones en la formulación de las políticas no ha generado todavía una transformación acorde en las instituciones.

Lazzarato plantea que el cuadro institucional y el proceso económico se modelan recíprocamente generando las condiciones de posibilidad del capitalismo. Los efectos de poder de los dispositivos económicos y sociales, de las prácticas discursivas, de restricciones y libertades implicadas en las relaciones de poder y saber, los dispositivos de sometimiento y los dispositivos de subjetivación, la dinámica acontecimental del conflicto, la relación entre lo micro y lo macro, lo molecular y lo molar son dimensiones que se visualizan, pero que aún son despreciadas. Son las que se perciben, afectan y se padecen en el territorio en el que trabajamos, en los territorios.

Una de las formas en las que aparece es a través de lo que Austin nombra lo performativo y que Lazzarato retoma planteando que las enunciaciones performativas (ej. Pornografía, discursos de odio) actúan sobre el oyente produciéndolo, reestableciendo la estructura de poder por la potencia de la palabra. Asimila entonces la enunciación performativa a una conducta que neutraliza la potencia de actuar de las personas a quienes está dirigida. Este tipo de enunciación es cotidiano en las instituciones que implementan las políticas, sobre todo en lo referido a la pobreza y la infancia; la peligrosidad, la sospecha, el caos.

Es la “multitud la carne verdadera de la producción posmoderna” afirman Hardt y Negri (2004). Gelado, en su análisis de la obra de Negri retoma la idea de que, “frente al temor a la diferencia será la capacidad (de la multitud) de hibridarse, de mezclarse (lo que Negri llama “metamorfosis biopolíticas”)

la que otorgue a la multitud un poder que le permita cambiar el presente sistema” (Gelado, 2009).

Deleuze y Guattari definen la política de las sociedades en función de las lógicas mayoritarias y minoritarias. Desde esta perspectiva, el modo de producir la cohesión de las partes, de asegurar la continuidad y discontinuidad de los pedazos, va variando en función de los dispositivos de seguridad, disciplinarios y político-económicos. Retomando a Foucault, Lazzaratto afirma que “la centralidad de la relación capital-trabajo debe ser buscada en el hecho de que se reveló como la más pragmáticamente eficaz para controlar, dominar y apropiarse de la exterioridad de las relaciones y de su potencia de producción de lo nuevo” (Lazzaratto, 2010: 34).

Lo uno, la totalidad, el objeto y el sujeto son procesos singulares de unificación, totalización, verificación, objetivación, subjetivación inmanentes a tal dispositivo, cada dispositivo es una multiplicidad en la que operan devenires. Foucault propone hacer jugar los saberes fugándose de estos efectos de poder “centralizadores” ligados a las instituciones y a los aparatos teóricos.

Un movimiento, afirma Lazzaratto, “puede participar de varios sistemas a la vez, tener varias relaciones, experimentar diferentes funciones, estar al mismo tiempo dentro y fuera de la relación capital-trabajo” (Lazzaratto, 2010: 30). Desde la filosofía del acontecimiento lo importante son las condiciones bajo las cuales se produce lo nuevo más que las condiciones sobre las cuales se puede alcanzar el todo, lo universal.

“Hay que actuar sobre el medio (...) es lo que se necesita para dar cuenta de la acción a distancia de un cuerpo sobre otro, es el soporte y el elemento de circulación de una acción... La seguridad no actúa sobre el adiestramiento directo del cuerpo sino” “(...) a través de la moneda, la comunicación, el consumo, etc., sobre el soporte” (Lazzaratto, 2010: 11).

Lo que permite transformar las palabras en una enunciación completa son fuerzas pre-individuales y sociales, ético-políticas, que son internas a la enunciación. Las intervenciones en este plano requieren de una ontología del acontecimiento que posibilite la emergencia de estas fuerzas sociales, éticas y políticas, en la construcción de nuevos modos de comprender y accionar. Desde una ontología de lo múltiple, “trazarse otras relaciones posibles entre las cosas, más que las relaciones entre las partes y el todo” (Lazzaratto, 2010: 21).

Proponemos entonces una clínica del acontecimiento que implica, tomando los aportes de Deleuze:

- a. La conectividad de lo que se cierra para abrir logrando subsumir al ser en el devenir. Deleuze plantea la cuestión del ser del devenir como disposición relativa de una pluralidad de elementos que se “constituyen

- diferencialmente unos en relación a otros” y logran “hacer pasar algo que necesariamente los excede y atraviesa por el medio” (Mengué-Gallego, 2008).
- b. Una estética que pasa por la capacidad de desplegar “otras maneras de sentir”, la posibilidad de responder política, éticamente a lo que sentimos construyendo una “línea abstracta, deseante, singular que se determina como la trayectoria de una potencia de ser capaz de volver, de una potencialidad que no cesa de sobreponerse por sobre cada una de las pequeñas muertes que la afectan” (Gallego, 2008: 21); la jovialidad, la capacidad del deseo de sobreponerse a los efectos de la muerte produciendo la mayor capacidad de acción y respuesta posible.
 - c. Una política en la que la línea de fuga no es central sino constituyente en la ontología social. En este sentido la política implica la definición de una práctica respecto de lo estatal ya que los diversos tipos de Estados tienen el mismo valor dada la axiomática capitalista.
 - d. Una ética, una posición ante lo que pasa, ante el acontecimiento, la búsqueda de lo que en cada encuentro hace posible la alegría y la disposición ante aquello que vuelve. La ética entendida como una “terapéutica del deseo, una etología de la potencia y una genealogía del valor (...) y se expresa en una afirmación: la muerte no es nada, carece completamente de valor, no educa, no engrandece, no mejora ni fortalece la vida” (Gallego, 2008: 26).
 - e. Una clínica que aísla y destruye “el conjunto de los componentes ontológicos, presentes en los diversos niveles de la clínica psicoanalítica, que tendían a disponer lo mejor de sus potencialidades al servicio de lo peor de nuestra sociedad y de nuestro propio deseo” (Gallego, 2008: 32).

Y, desde una idea de inconsciente que no es “un inconsciente de especialistas sino de un dominio donde cada uno puede tener acceso sin inquietud y sin una preparación particular, de un territorio abierto por todos lados a las interacciones sociales y económicas en relación directa con las grandes corrientes de la historia y donde no emerge exclusivamente con las peleas de familia de los héroes trágicos de la antigüedad griega (...) Simplemente, las problemáticas en las que se asienta (el inconsciente) van más allá del dominio de la psicología. Involucran las opciones de la sociedad y las opciones deseantes más fundamentales, un cómo vivir en un mundo transversalizado, en todos los sentidos, por sistemas maquínicos, expropiantes de los procesos de singularización y lo vuelcan sobre territorios estandarizados tan reales como imaginarios” (Guattari, 1986: 128).

La posibilidad de establecimiento conectivo-colectivo se está generando por fuera de las organizaciones-instituciones que ofician de reguladores

para ello a través de las políticas de Estado. Los encuentros intensos producen condiciones para la emergencia de acontecimientos que, en términos generales, traspasan las estratificaciones preestablecidas de las políticas y las instituciones.

Bibliografía

- Dinechin, P. (2000). *Los utópicos derechos del niño*. Buenos Aires: Escaparate.
- Gallego, F. (2008). Nota sobre la traducción. En *Deleuze o el sistema de lo múltiple*. Buenos Aires: Las Cuarenta.
- Gelado, F. (2009, enero/junio). La multitud según Hardt y Negri: ¿ilusión o realidad? *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*. 39 (110), 15-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=151412842001>
- Guattari, F. (1986). Les temps machiniques et la question de l'inconscient. En *Les années d'hiver: 1980-1985*. Paris: Barault.
- Lazzaratto, M. (2008). *Políticas del Acontecimiento*. Buenos Aires: Tinta Limón.

Capítulo II

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

Marco Jurídico: Salud Mental y Derechos Humanos

Francisco José Ottonelli*

Un concepto de salud mental

El autor de este artículo en la década del 90 formó parte de un equipo de estudio autodenominado “*Grupo Interdisciplinario de Salud Mental en ciudades de complejidad creciente*” que estaba integrado también por los siguientes profesionales: Paulo Alterwain, Michele Benavente Amorós, Mario De Pena, Aquiles Rodríguez e Hilda Surraco. Para la revista mexicana *Salud Problema N° 6* (junio de 1999), de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, se publicó un trabajo de investigación de este grupo titulado: “*La salud mental de los jóvenes en el Montevideo de hoy. Representación social y discusión grupal interdisciplinaria*” en el cual se consensuó una definición operativa de salud mental en estos términos:

(...) un proceso dinámico de las personas y grupos sociales, resultantes de fenómenos de interacción dialéctica de los diferentes componentes, que le permiten la adaptación adecuada y ajuste en función de las diferentes circunstancias por las que atraviesa como individuo y ser social en un lugar y momento dado. El estado de salud aspirado, es aquel en que las personas dispongan de mejor capacidad y habilidad de supervivencia, representación de sí mismos y de lo externo tal, que puedan vivir, convivir y generar bienestar y desarrollo.

* Abogado. Integrante de IELSUR (Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay). Integrante de MINCAD (Mesa Interinstitucional de la Niñez con Capacidades Diferentes). Egresado del Curso de Derecho Internacional de los Derechos Humanos para Jueces y Abogados, Academia internacional de La Haya.

Ampliación del objeto de la salud mental

El tema de la salud mental desde hace décadas está siendo objeto de una renovación y en especial de una revalorización.

No sólo se ha renovado en cuanto se considera un derecho de toda persona acceder a todos los servicios que se brindan para su mejor desarrollo –independientemente de su condición social y económica– sino que se ha revalorizado en cuanto se entiende que en la medida en que el paciente es el centro de la atención debe priorizarse su restablecimiento o rehabilitación en forma integral para su incorporación a la vida activa de la sociedad.

La salud mental ha operado cambios a partir de la época en que la internación, encierro y la asistencia asilar eran lo habitual. Debe tenerse presente que llegó a existir una concentración masiva de enfermos mentales internados en hospitales, colonias y asilos que llegó a cifras inmanejables, imposible de atender correctamente. Recién a partir de la década del 70 se observa una disminución sostenida de asilados (Ginés, A. M., 1998: 6). Fue así que se comenzó por establecer exigentes requisitos para proceder a la internación; luego la instrumentación de talleres educacionales, medidas psicosociales y la protección integral de los derechos del paciente.

La aparición de los psicofármacos colaboró mucho en esos cambios a partir de los años 50.

A nivel nacional se produjeron cambios importantes, no sólo por el esfuerzo realizado por el propio país a través de los técnicos especializados en esa materia sino por la influencia de Declaraciones, Principios y Tratados que llegaron del ámbito internacional y a los cuales nos referiremos de inmediato.

Fue así que muchos conceptos evolucionaron. Se puso el acento en la Atención Primaria de Salud; se priorizó el trabajo por la salud y no sólo en atender la enfermedad; se procuró poner mayor esfuerzo en la Prevención y en atender los pacientes sin sacarlos de su comunidad. En este sentido se abrieron salas de atención psiquiátrica en muchos Hospitales Generales del país.

Un cambio importante en esa línea es la prioridad que se otorga al Primer Nivel de Atención en la Especialidad buscando la rehabilitación del paciente configurándose un Programa de atención que cubre gran parte del territorio nacional (Garrido, G., 2004).

En los últimos tiempos también se está produciendo un novedoso adelanto. Se trata del abordaje de los problemas, no ya del individuo aislado sino en conjunto con sus iguales, ya sean éstos integrantes de una generación o grupo que tienen situaciones o problemas similares. Por ejemplo, se analizan los problemas de la tercera edad, o de los jóvenes de una ciudad o un barrio o la situación de los que están pasando de la actividad laboral a la jubilación.

Esas situaciones generan sentimientos o problemas que los perturban o no saben cómo manejarlas o enfrentarlas. En esos casos las acciones preventivas, los apoyos oportunos en salud mental han demostrado ser eficaces.

Veamos cómo tanto la legislación nacional como las normas internacionales han hecho su gran aporte en beneficio la salud mental, teniendo como eje rector la vigencia y protección de los derechos humanos.

El marco jurídico nacional e internacional

Ambos se complementan, aunque estrictamente tienen fuerza obligatoria o vinculante en el plano nacional las leyes, decretos o resoluciones ministeriales y en el plano internacional los tratados o convenios ratificados por el país. Sin embargo, hay otros documentos que tienen su origen tanto en el país como en el exterior, que estrictamente no son obligatorios pero que por su oportunidad y por su acertado contenido sus recomendaciones son cumplidas por los distintos países.

Se organiza la asistencia de psicópatas.- De eso trata una ley de 1936 (N°9581) que establece que los establecimientos psiquiátricos deberán estar bajo la dirección de un médico psiquiatra y autorizados por el M.S.P. y crea un organismo de contralor, la Inspección General de Psicópatas. Exige determinadas constancias y certificados para habilitar la internación y pone en funciones una Comisión Asesora de la Asistencia de Psicópatas que resuelve sobre las faltas o irregularidades constatadas por un Inspector y tiene iniciativa en la mejora de la asistencia.

Se crea el Patronato del Psicópata.- La ley es de 1948 (N°11,139) y pone el acento en procurar el reintegro del enfermo a la sociedad. Determina que se hagan funcionar talleres que puedan capacitar y dar trabajo a los internos y luego un Decreto creó el “Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica” como dependencia del Patronato.

Diagnóstico y atención del retardo mental.-Ley N° 13.711(29/11/68). Declara obligatoria la denuncia ante el M.S:P. de todo menor con diagnóstico de retardo mental. Confirmado el mismo se procederá a su inscripción en un Registro quedando garantizado su secreto. Queda a cargo del Poder Ejecutivo la organización de los servicios médicos, educacionales, de rehabilitación y si fuera necesario de internación. Se dispuso también la duplicación de la asignación familiar para los inscriptos en el Registro.

El Decreto Reglamentario dispuso que el Patronato de Psicópatas será la institución encargada de controlar los servicios médicos, educacionales y de rehabilitación.

Programa o Plan Nacional de S.M.- Surge en 1986 como repuesta a una fuerte voluntad nacional de renovación y cambio en la atención de la S.M. No nace de una ley sino de una Resolución del M.S.P. y en su elaboración participaron el propio Ministerio, la Universidad, Grupos de Familiares y Asociaciones Profesionales. Si bien no contó con una estructura y respaldo económico se convirtió en el documento básico de trabajo de quienes se esforzaban por una renovación en esta tarea. Se desarrollaron talleres de rehabilitación y se capacitó a la propia familia del paciente. Se abrieron salas psiquiátricas en los hospitales generales. A partir de este Programa se consideró fundamental la atención de base comunitaria.

Cabe destacar que la Sociedad Civil desde sus instituciones organizadas o con acciones personales participó activamente en la década del 90 de esta renovación a través de la Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental convocada en su inicio por el Dr. Paulo Alterwain desde la Unidad de Salud Mental del M.S.P.

Con la base de las ideas de este Plan aparecen o se renuevan instituciones públicas o privadas de las cuales recordamos las siguientes con las cuales tuvimos encuentros:

- CIPRES – Dra. Eva Palleiro
- Centro Sayago –Dra. Sandra Romano
- Grupo de la Esperanza – Sra. Ofelia Stajano
- Centro Psico Social Sur Palermo – Lic. Renée del Castillo
- Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, del Patronato del Psicópata – Dr. Osmio Curbelo
- Centro de S. M. Benito Meni
- Sociedad de Psiquiatría del Uruguay – Dr. Ariel Montalbán

Declaración de Alma Ata -6-12 Setiembre de 1978 (URSS). La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud definió la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante...” al cual deben colaborar otros sectores sociales y económicos además del de la salud.

Señala como grave la desigualdad en el estado de salud de la población. El pueblo tiene el derecho de participar en la planificación de su atención de salud.

Define con amplitud y precisión qué es la atención primaria de salud y denuncia que se dedican abundantes recursos económicos para armamentos que deberían destinarse a la atención primaria de salud como factor de desarrollo.

14/11/1990 – Declaración de Caracas. Conferencia Regional sobre reestructura de la atención psiquiátrica.

Señala que la atención psiquiátrica convencional no es compatible con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

Considera que la *Atención Primaria* en salud es la estrategia adoptada por los organismos mundiales de salud.

Declara que se deben promover modelos alternativos centrados en la *comunidad* y dentro de sus redes sociales haciendo una revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del Hospital Psiquiátrico. Debe salvaguardarse la dignidad personal y los derechos del paciente y propender a su *permanencia en su medio comunitario*.

Finalmente propicia que la internación psiquiátrica se realice en los *hospitales generales*.

Esta Declaración marcó un mojón fundamental en la asistencia de los pacientes afectados en su salud mental en América Latina. A partir de ella a nivel internacional se estima que la atención debe desplazarse “del modelo basado en los hospitales y asilos psiquiátricos para centrarse en las estructuras extrahospitalarias y de la comunidad para conformar una red coordinada de servicios” (Cherro Aguerre, M. A., 2009: 470).

1991. NN.UU.- Principios sobre la protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.

Fue elaborado luego de observar la situación de establecimientos psiquiátricos en distintos países.

Algunas de sus propuestas y conclusiones:

- Todas las personas con enfermedad mental tienen derecho a la mejor atención, a contar con un defensor que velará por el respeto de sus derechos y que no sean discriminados.
- Tendrán derecho a vivir, trabajar y ser atendidos en su comunidad.
- Con respecto al tratamiento se les atenderá con arreglo a las normas *médicas internacionales* y se le protegerá contra la administración injustificada de medicamentos.

- La información sobre la enfermedad será confidencial y tendrán derecho a ser tratados en un ambiente lo menos restrictivo posible.
- El tratamiento se basará en un plan aceptado por el paciente o sus representantes quienes deberán otorgar el “consentimiento informado” y se desarrollará en un ambiente lo menos restrictivo posible.
- Queda prohibido aplicar la esterilización como tratamiento.
- Comprende normas sobre equipos técnicos, requisitos para la internación, órganos de control y garantías por la vigencia de los derechos humanos.

“Declaración de Montevideo” 1995

En ese año había un gran entusiasmo, tanto en las instituciones públicas como en las privadas, en concretar realizaciones importantes en el campo de la salud mental. Y se previó la fundación de un Plenario Nacional de integración muy amplia que las concretara. El acto inaugural se realizó en el Salón de AEBU y la figura impulsora fue el Dr. Carlevaro, ex decano de la Facultad de Medicina. La Declaración pública votada decía en uno de sus párrafos: “La atención actualizada de la enfermedad mental exige una reestructura efectuada sobre la base de la asistencia familiar y comunitaria reservando la internación para los casos estrictamente necesarios e implementando programas de rehabilitación de amplio alcance y accesible a todos”.

2007 – *Convención internacional de NN.UU sobre los derechos de las personas con discapacidad que incluye a los enfermos mentales.*
Aprobada por Uruguay en el año 2008 (Ley N° 18.408).

Promueve: la instalación de *bienes y servicios* que favorezcan la promoción de personas y la superación de su discapacidad. Parte de la base de que hay discriminación y que se debe luchar contra la misma.

Condena todo tipo de explotación y consagra el derecho a la *inclusión* social y a la asistencia personal. Reconoce el derecho a fundar una familia y acceder a la educación inclusiva.

Para el caso de los enfermos mentales es importante el concepto que trae el artículo 2 sobre “*ajustes razonables*”: es decir las adaptaciones que se deben hacer para que puedan acceder a los servicios y derechos que le impliquen alguna dificultad.

Contiene normas específicas sobre su derecho a la rehabilitación, trabajo y protección social.

En resumen, la Convención es un verdadero estatuto de protección de los derechos de las personas con alguna dificultad, que comprende explícitamente a los enfermos mentales.

2010. Ley Nacional: Protección integral a los derechos de las personas con discapacidad. (N°18.651)

Aplica, completa y amplía los derechos consagrados en la Convención y es en beneficio de los enfermos mentales en la medida en que tienen imposibilidad o dificultad para defenderlos o ejercerlos directamente. Esto es importante porque tales enfermos en su apariencia física no siempre exhiben la dificultad y a veces la imposibilidad de desarrollar una actividad o trabajo.

La ley se refiere a las personas que padezcan alguna alteración funcional física o mental (y señala especialmente “intelectual y/o psíquica”).

Esta ley otorga fuerza legal (art.5) a los siguientes instrumentos internacionales:

- Declaración de los derechos de los impedidos (1975)
- Declaración de los derechos del retrasado mental (1971)
- Declaración de los derechos de la Salud Mental del Pacto de Ginebra (2002)

Recordemos que la Convención consagró como derechos: la atención médica y psicológica, la rehabilitación integral, la educación y la formación laboral.

Crea la *Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad*.

Constituye el *Bien de Familia* sobre un inmueble a favor del familiar discapacitado.

Faculta al Poder Ejecutivo a crear el *Programa de Asistentes Personales* para personas con discapacidad severa.

En cuanto a la *Educación* determina la integración a las *aulas comunes* y reconoce la *diversidad como factor educativo*.

Con respecto al trabajo se actualizaron las normas que obligan a los organismos públicos a ocupar los cargos en una proporción no inferior al 4% con personas con discapacidad. Esto debe trabajarse más pues hay personas con enfermedad mental que están en condiciones de acceder a determinadas tareas.

Un doble avance

Es el que se fue imponiendo poco a poco al superarse carencias o defectos en la atención de la salud mental: el apartamiento asilar o encierro indefinido de enfermos mentales y la falta de contar con el aporte de la psicoterapia en los centros públicos de atención (Ginés A. M., 2005, julio: 32) Esos avances se perciben en los Decretos del Poder Ejecutivo y en el “Plan de Implementación” de las prestaciones del M.S.P. que examinaremos de inmediato.

Instauración del Sistema Nacional Integrado de Salud

Ley N°18.211 (5/12/2007). Por Decreto 465/08 (3/10/08) y Decreto 305/11 (23/8/11) se incorporan servicios en un amplio “Plan de Implementación

de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud” que tiene un extenso desarrollo explicativo. Señala como áreas de trabajo la prevención, la promoción y la detección precoz de las patologías. Pone énfasis en la rehabilitación, además de afirmar que debe superarse el modelo asilológico evitando el hospitalismo e integrando a los pacientes a su medio original. Indica 6 (seis) prioridades: desde la integralidad de la salud en las franjas etáreas, la atención psicológica y priorizar el primer nivel de atención, hasta el desarrollo saludable de niños y adolescentes, situaciones de prevención y violencia y poner el acento en los colectivos que pueden ser multiplicadores de salud.

El indicado Plan señala las prestaciones que se aseguran –es decir determina la población objetivo– y entre otras, señala:

Adultos:

- uso problemático de sustancias,
- esquizofrenia o trastorno bipolar,
- muerte inesperada de familiar,
- intento de autoeliminación (IAE),
- violencia doméstica,
- temáticas vinculadas a la docencia en enseñanza primaria, secundaria y técnica y personal de salud.

Niños y adolescentes:

- padres con hijos en edad escolar o con discapacidad, adolescentes, embarazadas primerizas, madres dentro del primer año, educadores de la primera infancia, niños con dificultades en el aprendizaje, entre otros.

Como formas de atención médica indica:

- 1 – intervenciones grupales,
- 2 – atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal y
- 3 – atención orientada a la rehabilitación.

Reflexión final: Derechos Humanos y Salud Mental

Todo lo referente a la salud y enfermedad mental está vinculado estrechamente con los derechos humanos.

Se debe procurar que la enfermedad mental sea atendida en debida forma y esa atención alcance al mayor porcentaje de la población afectada. Es importante al respecto el aporte de la disciplina médica especializada así como también de otras que contribuyan al restablecimiento integral de las personas como la psicología, la asistencia social, la educación, las expresiones

artísticas, las manualidades en sus variadas áreas, el deporte, la recreación, etc. Esos aportes contribuyen a promover al paciente como persona: “la terapéutica psiquiátrica se edifica sobre lo sano y lo rescatable, que aún el más sicótico de los pacientes puede poseer” (Probst, E., 1989: 15).

- a. *Internación/hospitalización.*- Un punto aún pendiente es todo lo referente a la internación. Sin pretender incursionar más allá de nuestra disciplina jurídica hemos tomado conocimiento de trabajos de prestigiosos especialistas médicos que diferencian entre *hospitalización* breve para tratar un episodio agudo y una *internación* por tiempo indeterminado ante la cual habría que abordar estructuras asistenciales alternativas.
- b. *Una propuesta relevante.*- Nos referimos a “ACRI-Asistencia en Crisis Psiquiátrica” de los médicos Horacio Porciúncula e Isabel Wilhelm por la cual “*el sistema de atención psiquiátrica y de salud mental se desplace del actual y tradicional modelo basado en los hospitales y asilos psiquiátricos para centrarse en las estructuras extrahospitalarias y de la comunidad, conformando una Red coordinada de servicios, integrada al sistema general*” (Porciúncula H. y Wilhelm I., 1998: 30). Sistema que ya se está implementando, que es muy amplio y sería un buen aporte que se concretara en su totalidad.
- c. *Aportes colectivos.*- Se han concretado propuestas o grupos de trabajo, tanto en el ámbito público como en el privado, que han puesto de manifiesto el importante aporte que se puede hacer en beneficio de la salud mental de la población. Uno de ellos ha sido la “esa Interinstitucional sobre niñez con capacidades diferentes” (MINCAD) liderado por el Dr. Miguel Cherro que busca sensibilizar a la sociedad acerca de la necesidad de procurar la integración/inclusión educativa y social de la niñez con alguna discapacidad. El fundamento básico de la educación inclusiva es que ella favorece la educación integral, solidaria y democrática de todos los educandos, tanto de los que tienen alguna discapacidad como aquellos que no acusan ninguna.
- d. *Conclusión.*- La atención de la salud mental de la población –en su conjunto y de los diferentes grupos y estratos sociales que la componen– es una tarea de gran significación humana. Su cuidado involucra no sólo a médicos sino a hombres y mujeres de diversas disciplinas con vocación de servicio.

A modo de evaluación: una opinión valiosa

Sobre la situación actual de la enfermedad mental en Uruguay nos pareció conveniente recabar la opinión de una persona que ha dedicado gran parte de su vida a capacitarse y a capacitar a otros sobre dicha enfermedad,

en especial sobre esquizofrenia: la Sra. Ofelia Stajano de Caldeiro. Fue fundadora y presidenta del “Grupo de la Esperanza” –de familiares de enfermos mentales– y hoy con sus lúcidos 93 años de edad asesora y capacita a nuevos familiares que se enfrentan por primera vez a dicha enfermedad.¹ Accedió a contestar el siguiente cuestionario:

1º) *En Uruguay, ¿cuántas personas, aproximadamente, sufren de esquizofrenia o bipolaridad?*

No hay cifras oficiales en Uruguay, porque no se han realizado relevamientos a nivel nacional. La Organización Mundial de la salud (OMS) estima que el 2% de la población global padece esta sicosis, sin distinción de raza, clase social, cultura o sexo.

En el Uruguay se estima que 50.000 personas son portadoras de estas patologías.

2º) *¿De estas personas, cuántas se calcula que reciben algún tipo de tratamiento?*

Expertos calculan que no más de 1/3 reciben algún tipo de atención psiquiátrica tradicional, sumando a los internos de las Colonias, los pacientes que se atienden en Salud Pública o Privada, más los pocos que hacen Rehabilitación o algún tipo de psicoterapia especializada.

3º) *El denominado “Plan de Implementación en Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Integrado de Salud”, ¿está difundido y se aplica?*

Está en pleno proceso de estudio y gestación.
No se ha difundido con la responsabilidad que les cabe a los prestadores, y esto favorece una aplicación deficiente.

4º) *Las intervenciones psicosociales y la psicoterapia ¿se aplican a todos los pacientes?*

No, sólo a los que la demandan y a veces con mucha energía.
La psicoterapia estuvo por largo tiempo sólo al alcance de los que podían financiarla.

1. Ofelia Stajano de Caldeiro asistió a múltiples cursos de capacitación, conferencias y reuniones internacionales sobre el tema realizados en Argentina, México, Bélgica, Inglaterra, Irlanda, Holanda, Madrid, Barcelona y Estados Unidos.

5º) *La mayoría de los pacientes con esquizofrenia ¿asisten a los centros de rehabilitación?*

Es asombroso constatar que sobre 48 familiares de personas con enfermedad mental, atendidos por nosotros en consulta, sólo 5 usuarios asisten a un Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Este hecho ¿se debe a la poca o ninguna indicación del psiquiatra que no informa o refuerza este tratamiento a su paciente?

¿O se debe al rechazo del usuario a participar en un centro de rehabilitación?

6º) *¿Qué vida llevan aquellos enfermos mentales que no reciben asistencia? ¿se sufre un estigma por esta enfermedad? ¿Hay quienes se niegan a tomar la medicación y caso afirmativo, por qué?*

Bueno, en general es bastante marginal, sobre todo a nivel social.

Sufren mucho porque también otro aspecto de su patología es la sensibilidad.

El estigma existe como consecuencia de sus manifestaciones y estilo de vida, aislamiento y dificultades para reintegrarse a la comunidad, conservar un trabajo y progresar.

Es muy frecuente que el usuario se niegue a tomar la medicación, porque no tiene conciencia de estar enfermo y porque no aguanta los efectos secundarios negativos de la medicación.

7º) *¿El apoyo y capacitación a los familiares está cubierto y generalizado?*

No, a veces las familias se resisten a admitir las patologías en sus enfermos y otras veces los prestadores no cumplen con ese requisito del plan. Sólo algunos están siendo atendidos.

El Grupo de la Esperanza hace 26 años dedica su atención y apoyo a los familiares, educando y fortaleciendo.

Ofrece 1 o 2 veces por año cursos de 6 clases de psicoeducación para los familiares.

8º) *¿La pensión por discapacidad está difundida? ¿A cuánto asciende?*

Cuesta implementarla muchas veces, porque los mecanismos burocráticos no facilitan, u otros por desidia familiar.

Es una lucha intentar la pensión.

Actualmente supera los \$5.000.-

9º) *La norma legal de cubrir el 4% de los cargos en los entes públicos, con personas que tengan alguna discapacidad ¿se cumple?*

Sólo en algunas dependencias.

Bibliografía

- Cherro Aguerre, M. A. (2009). “Breve reseña sobre la internación psiquiátrica en América Latina. La quinta del Reloj”. En M. Hardcastle; D. Kennard; S. Grandison y L. Fagin (eds). *Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria*. Barcelona: Editorial Herder, 470 pp. (55-88).
- Garrido, G. (Comp.). (2004). *Equipos Comunitarios de Salud Mental: un modelo en movimiento*. Montevideo: GEGA S.R.L. Imprenta editorial.
- Ginés, A. M. (1998). *Ley N° 9581 de Asistencia de Psicópatas*. [Montevideo]: Ministerio de Salud Pública.
Dirección General de Salud. p. 6.
- Ginés A. M. (2005, julio). Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental: hacia un Sistema Integrado de Salud. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 69 (1), p. 32.
- Porciúncula H. y Wilhelm I. (1998). *ACRI: Atención en crisis*. Montevideo: Ediciones de la Plaza, p.30.
- Probst, E. (1989). Intervención. En *Legislación y Salud Mental*. Montevideo: IELSUR, p. 15.

Aspectos jurídicos en el campo de la salud mental, Derechos Humanos: un tránsito necesario

María Judit Kakuk *

“Sin duda no estamos en condiciones de crear un sistema jurídico ideal, así como una sociedad ideal en nuestras mentes, no sabemos lo suficiente, estamos muy limitados, somos muy parciales...”

Sin embargo, estamos en la situación de imaginar y avanzar en la creación de una sociedad mejor”.

Chomsky, N.; Foucault, M. y Elders, F. (2007)

Introducción

En el devenir histórico, muchos estudiosos del tema *Salud Mental*, desde sus diferentes y múltiples abordajes, relatan en sus libros, las condiciones de sufrimiento de las personas con padecimiento psíquico, que son atravesadas por múltiples vulnerabilidades: familiar, social, laboral, percibiéndose claramente sus condiciones de vida y de sufrimiento constante.

También desde la literatura, por ejemplo Artaud –poeta, dramaturgo, actor de teatro– da fiel testimonio de una de las situaciones que surca la temática: el encierro. En su obra “*Carta a los directores de asilos de locos*” (2003) describe: “(...) ¡Y qué encarcelamiento! Se sabe –nunca se sabrá lo suficiente–, lejos de ser asilos, son cárceles horrendas donde los reclusos proveen mano de obra gratuita y cómoda y donde la brutalidad es norma. Y ustedes toleran todo esto. El hospicio de alienados, bajo el amparo de la ciencia y de la justicia, es comparable a los cuarteles, a las cárceles, a los presidios...”.

* Dra. en Derecho y Ciencias Sociales, Investigadora Asociada al Instituto de Psicología Social de la Facultad de Psicología UdelaR (período 2009-2012) drajuditkakuk@gmail.com

Si bien desde la década de los años 40 del siglo pasado,¹ comienza a vislumbrarse el nacimiento y desarrollo del derecho internacional de los Derechos Humanos, se observa que si bien las condiciones de las internaciones han mejorado lenta y paulatinamente, aún dista mucho para que la misma sea operativa. Efectivamente:

Numerosos autores han estudiado los efectos adversos que produce la institucionalización en hospitales psiquiátricos, entre los cuales podemos destacar la iatrogenia y la estigmatización. El primer concepto refiere a la cadena de eventos que llevan a un deterioro progresivo en las capacidades cognitivas y sociales de las personas internadas, en tanto son encerradas en una institución que las aísla del entorno social y las lleva a un sedentarismo y pasividad que las estancan, perdiendo cualquier posibilidad de salir adelante. Observemos que su ingreso al hospital psiquiátrico es consecuencia de la imposibilidad de seguir el rumbo “normal” de su vida cotidiana (Apud, I.; Techera, A. y Borges, C.,2010: 25).

La Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, constituida por la Organización Mundial de la Salud (Declaración de Caracas, noviembre 1990) (firmada por Uruguay), marcó un hito jurídico y político en cuanto a visibilizar el rol del hospital psiquiátrico. Los representantes de los países allí reunidos notaron:

(...) que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva; que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, al crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo, al requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental.

En consecuencia, y en sintonía con nuevos paradigmas respecto a la atención en salud mental declararon:

(...) que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales; que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la

1 Carta de San Francisco de 1945 en adelante.

revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios; que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben: salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados, propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario; que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento.

Quince años después, los Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas se redactaron con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990 (Principios de Brasilia: noviembre 2005). Los representantes de países asistentes establecieron que la Declaración de Caracas ha sido utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos como un estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los informes relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales, comprometiéndose a continuar trabajando firmemente en la implementación de los principios étnicos, jurídicos, técnicos y políticos incluidos en la Declaración de Caracas.

En estos últimos años la Organización Mundial de la Salud (organismo especializado de las Naciones Unidas) establece que una buena política en salud mental requiere de la concreción de los derechos establecidos en el art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que establece:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (1948).

Es por eso que en algunas leyes de salud mental de la región,² se establece que ésta está vinculada a la concreción de los derechos al bienestar, al trabajo, a la seguridad social, a la vivienda, a la educación, a la cultura, a todas las expresiones artísticas, a la capacitación entre otros inherentes a todas las personas, teniendo en cuenta la equidad entre los géneros y las generaciones y la no discriminación.

2 Argentina, ley n° 26657 Derecho a la Protección a la salud mental, art. 3.

En las próximas páginas intentaré visualizar algunos aspectos fundamentales que transversalizan el tema.

Marco jurídico

Básicamente, en Uruguay, sólo se tiene conocimiento de que la ley n° 9581 sancionada en el año 1936, que organiza la asistencia de psicópatas, es la norma aplicable a la materia.

Sin perjuicio de su injerencia en la temática, son varias las disposiciones que en nuestro ordenamiento positivo se vinculan al tema Salud Mental, desde diferentes aspectos, como ser: Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10/12/1948; Pacto internacional sobre Derechos Civiles y Políticos y Pacto internacional sobre derechos Económicos, Culturales y Sociales, ambos aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 16/12/1966, ratificados por la ley n° 13.751; Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada por la ley n° 15.737; Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13/12/06, ratificada por Uruguay con la ley n° 18.418, Ley 18.651 del 19/2/2010 sobre Protección de las personas con discapacidad; Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos; Principios para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento de la atención en salud mental, resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas n° 46/119 del 17/12/1991; Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 30/12/1993; Conferencia para la reestructuración de la *atención psiquiátrica en América Latina*; O.M.S./O.P.S.-noviembre 1990, Caracas, Venezuela; Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas O.M.S./O.P.S - Noviembre 2005; Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (O.E.A) sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con discapacidad mental, Santiago de Chile, 4/4/2002 todas ellas conformando el marco jurídico fundamental aplicable a la temática que nos convoca.

No obstante, no debe olvidarse, que nuestro Estado se cimenta –así lo consagra nuestra Carta Magna– sobre la base del derecho de todos los habitantes de la República a ser protegidos en su vida, entre otros, y de la igualdad de todas las personas ante la ley (Constitución de la República Oriental del Uruguay, 1996).

Capacidad jurídica – Sujeto de derecho

Un tema importante relacionado con la salud mental, es la declaración de incapacidad civil y la curatela. ¿Por qué el nexo?

Porque ésta afecta las decisiones de las personas con algún diagnóstico de trastorno mental, en virtud de que se la limita y/o excluye de la posibilidad de decidir, de actuar, haciéndolo por ella el curador que detenta la representación.

La curatela es el cargo impuesto a una persona, a favor de otra, que no puede dirigirse a sí misma o administrar sus negocios. Son incapaces los dementes aunque tengan intervalos lúcidos y los sordomudos que no pueden darse a entender por escrito, ni mediante lengua de señas según lo establecido en la Ley 17.378 (Código Civil uruguayo).

Es declarada por un Juez de Familia, previo informe pericial de dos psiquiatras y una audiencia ante el magistrado, a la que debe comparecer la persona cuya declaración de incapacidad civil se solicita.

Se fundamenta en la protección del presunto incapaz, en virtud de su eventual vulnerabilidad psíquica y emocional originada por el trastorno mental diagnosticado, y por los posibles abusos de los que pudiera ser objeto la persona.

Los efectos jurídicos de la declaración versan principalmente sobre la imposibilidad de ejercer los derechos de los cuales goza.

Sería productivo imaginarnos las siguientes circunstancias: quiero vender mi casa, quiero mudarme, quiero casarme, quiero trabajar, todo, pero no puedo.

Me pregunto ¿Cómo se sentirá una persona declarada incapaz, que es consciente de la situación jurídica antes mencionada?

Desde 1990, con la sanción y vigencia del Código General del Proceso, se establece que en el procedimiento de incapacidad si el Juez al analizar las pericias no adquiere la convicción del estado de incapacidad, podrá no declararla y en su lugar mantener el régimen de asistencia y administración provisoria. Esta situación, solo procede cuando la prueba de incapacidad total es insuficiente, valoración sujeta al criterio del Juez.

Cabe preguntarse entonces, ¿una persona declarada incapaz es sujeto de derecho realmente? ¿Goza y ejerce sus derechos en forma efectiva? ¿Se protege a la persona declarada incapaz o de alguna manera se lo excluye de la sociedad?

Ser sujeto de derecho implica ser titular de derechos y contraer obligaciones y deberes jurídicos. Esta circunstancia es la que caracteriza a la persona, desde el punto de vista jurídico, la que se denomina capacidad de goce. Pero esta capacidad se integra con la capacidad de ejercicio, de dichos derechos, que en el caso de la declaración de incapacidad el ejercicio se pierde.

Como se puede apreciar, el tema central es el ejercicio. La persona declarada incapaz civilmente, si bien es titular de los derechos (capacidad de goce), el ejercicio de los mismos, por disposición legal y resolución judicial los posee el curador (representante), que lo sustituye en el otorgamiento de actos jurídicos y decisiones (Kakuk, M. J., 2008).

La declaración de incapacidad descripta precedentemente pone el énfasis en que la “problemática” de la discapacidad está en lo físico de quien la padece.

En los últimos años, a partir de los años 1970, existe una mayor conciencia social y jurídica, y la barrera social para la igualdad de oportunidades y condiciones de las personas con capacidades y potencialidades diferentes ha pasado a entenderse como discapacidad social. El enfoque social de la discapacidad considera la aplicación de la "discapacidad" principalmente como problema social creado y básicamente como cuestión de la integración completa de personas en sociedad (la inclusión, como los derechos de la persona con discapacidad).

“Nada acerca de nosotros, sin nosotros” fue la frase que se escuchó en Naciones Unidas y constituyó el eje que se traduce hoy en la redacción y vigencia de la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad, que recoge el paradigma de discapacidad social.

De esta manera en nuestro ordenamiento jurídico existen dos normas jurídicas con concepciones relativas a la discapacidad totalmente opuestas, las del Código Civil sancionado en el año 1868 y las de la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad, año 2006.

La Ley 18.651 del 19/2/2010 sobre Protección de las personas con discapacidad, que deroga la n° 16.095 sobre la misma temática, regula en términos generales la Convención referida en el párrafo que antecede, pero aún no está reglamentada.

Además existen dos artículos constitucionales que restringen de manera grave la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y el Estado uruguayo reconoce esta situación.

Por un lado, el artículo 80 de la Constitución establece: “La ciudadanía se suspende” (...) 1) Por ineptitud física o mental que impida libre y reflexivamente.” Por último, el artículo 37 de la Carta Magna establece que: “Es libre la entrada de toda persona en el territorio de la República, (...) pero en ningún caso el inmigrante adolecerá de defectos físicos, mentales o morales que puedan perjudicar a la sociedad.”

Participación de las personas con discapacidad, en la elaboración, aplicación y evaluación de legislación y políticas

En el Informe inicial de Uruguay al Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas sobre las medidas que ha adoptado el Uruguay para cumplir con las obligaciones contraídas por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (elaborado en el año 2012), el Estado reconoce que no han existido medidas específicas relevantes que faciliten la participación de las personas con discapacidad, en la elaboración de legislación y políticas en la materia.

En claro reconocimiento de la personalidad humana, por ende de la calidad de sujeto de derecho de las personas con diagnóstico de alguna discapacidad las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en su artículo 18 básicamente establecen que “los Estados deben reconocer el derecho de las organizaciones de personas con discapacidad a representar a esas personas en los planos nacional, regional y local. Los Estados deben reconocer también el papel consultivo de las organizaciones de personas con discapacidad en lo que se refiere a la adopción de decisiones sobre cuestiones relativas a la discapacidad.”

Consentimiento informado válido

Otro tema aparte muy importante es el consentimiento informado válido para recibir tratamiento. La Ley N° 18.335 del 15/8/2008 regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. Su artículo 11 dispone:

Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

En la atención de enfermos psiquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la Ley N° 9.581, de 8 de agosto de 1936, y las reglamentaciones que en materia de atención a la salud mental dicte el Ministerio de Salud Pública.

En definitiva, en materia de consentimiento informado, esta ley no se aplica en la atención de enfermos psiquiátricos. Éstos no tienen derecho a

recibir una información adecuada ni a negarse al tratamiento, ya que se aplicará la ley n° 9.581 y en ella no existe disposición alguna al respecto sino todo lo contrario, se guía por la discrecionalidad absoluta del psiquiatra tratante.

El inc. 4 del artículo 11 de la ley de referencia al redactarse no tuvo presente las siguientes normas: los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, que lo regula en forma extensa en el principio n° 11, el artículo 12 (igual reconocimiento de persona ante la ley) de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad, así como tampoco el Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación.

Además no debe olvidarse que nuestra constitución en su artículo 8 establece “Todas las personas son iguales ante la ley, no reconociéndose otra distinción entre ellas, sino la de los talentos o las virtudes”.

Cabe destacar que el consentimiento informado se ha tenido presente en los siguientes documentos de organizaciones internacionales: Declaración de Hawai de la Asociación Mundial de Psiquiatría (1977), Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría (1996), Normas éticas para la práctica psiquiátrica, Declaración de Luxor de la Asociación Mundial de Psiquiatría (1989), ambos de la Asamblea General de la World Psychiatric Association, Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos de los pacientes (1981).

Órgano de revisión de las internaciones

El Instituto jurídico del Órgano de revisión fue creado en los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental,³ como forma de regular las internaciones involuntarias.

Principio 17: el órgano de revisión será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la legislación nacional. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes y tendrá presente su asesoramiento... Examinará periódicamente los casos involuntarios a intervalos razonables especificados por la legislación nacional... Todo paciente involuntario tendrá derecho a solicitar al órgano de revisión que se le dé de alta o que se le considere como paciente voluntario, a intervalos razonables prescritos por la legislación nacional... El paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución psiquiátrica.

3 Infra Hacia una ley de Salud Mental en Uruguay.

Algunos países de la región, como Argentina, en su ley Nacional de Salud Mental (art. 40) le atribuyen más facultades al referido órgano.

Algunas particularidades de la ley N° 9.581

La Ley N° 9.581 del 8 de agosto de 1936, que organiza la asistencia de psicópatas, fue una ley de avanzada para el momento histórico en que fue sancionada.⁴

¿Por qué? Porque se crearon especialmente dos órganos con conceptos relevantes para la época: la Inspección General de la Asistencia a los Psicópatas (art. 48 y siguientes) y la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia a Psicópatas (art. 42 y siguientes) cuya finalidad última fue la protección de las personas con enfermedades mentales.

En relación al soporte del órgano unipersonal: Inspector General de Psicópatas, cabe expresar que mediante las funciones que le asignó la ley oportunamente, habilitó la inspección y vigilancia de la asistencia de los enfermos psíquicos de todo el país (arts. 38 y 41).

En cuanto a la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia a Psicópatas (en adelante CHAAP), órgano colegiado (art. 43) son importantes sus funciones de intervención, consultivas y de iniciativa en materia de internaciones y asistencia de los “psicópatas” (art. 44).

Pero desde su promulgación han transcurrido casi 76 años y la misma ha quedado descontextualizada en el tiempo, por múltiples circunstancias: a) Surgimiento de soportes epistemológicos actuales y diferentes respecto del concepto de salud mental y de atención psiquiátrica; b) Avances legislativos a nivel internacional, en el marco de las naciones organizadas como las N.N.U.U. y la O.E.A. con sus respectivos órganos especializados en el campo de la salud (O.M.S, O.P.S) de los cuales Uruguay es miembro por haber ratificado sus cartas fundacionales, c) Visualización, fomento y fortalecimiento de los derechos humanos, expresados en documentos internacionales, instrumentos básicos y esenciales para implementar el real ejercicio de los mismos.

Sin entrar en un pormenorizado análisis de la ley de referencia, es necesario realizar las siguientes puntualizaciones en relación a determinados aspectos que se regulan en ella.

En primer término, la ley de referencia denomina “psicópata” a aquellos “enfermos de afección mental”, en sentido estricto equivalente a enfermo psiquiátrico internado involuntariamente y en sentido amplio, término que

4 Gobierno de facto del Dr. Gabriel Terra, Constitución de 1934, incapacidad civil de la mujer casada y demás concepciones jurídicas, hoy superadas.

resulta altamente estigmatizante y discriminatorio, operando en consecuencia una estigmatización normativa, en virtud de establecerse en una ley.

La ley no posibilita la intervención “per se” del usuario del sistema de salud mental en las cuestiones relativas a su internación. Se debe recurrir a la asistencia y eventual patrocinio de un abogado e institutos jurídicos como la acción de amparo, para el caso de vulneración de los derechos de los pacientes internados.

No existe plazo máximo para la duración de las internaciones. Estas quedan sujetas a la discrecionalidad del psiquiatra tratante.

No se prevé para la atención del usuario un abordaje interdisciplinario, quedando sujeto a la oportunidad y conveniencia del psiquiatra tratante y de las políticas en salud mental, que se materializan mediante decretos y/o resoluciones del Poder Ejecutivo o el Ministerio de Salud Pública.

Por todo lo expuesto, sin dejar de tener presente la positiva labor que desempeñan los órganos mencionados ut-supra, debe reconocerse que dicha ley ha quedado cristalizada en un marco jurídico, donde operan otros principios filosóficos ya expresados en el derecho positivo que no son los rectores de la ley n° 9.581, y que descontextualiza la norma referida, desde una perspectiva semántica, pragmática y paradigmática (Kakuk, M. J., 2009).

Hacia una ley de Salud Mental en Uruguay

En el año 2007, en la Comisión Asesora Técnica Permanente (C.A.T.P) del M.S.P. subgrupo n° 1 Legislación y Derechos humanos, se comenzó a redactar un anteproyecto de ley de salud mental, con la participación, entre otros, de quien escribe este artículo.

En primer término buscamos legislación comparada el respecto, así como normas jurídicas nacionales e internacionales en la materia.

Uno de nuestros objetivos fue que “Muchas de sus normas, de vital importancia en este ámbito, pertenecen al llamado “*soft law*”. Si bien las disposiciones son válidas en virtud del espacio donde nacen y por la firma de los Estados, éstas no poseen obligatoriedad. Su fuerza vinculante las adquieren básicamente por el transcurso del tiempo, integrando paulatinamente el derecho consuetudinario internacional (Kakuk, M. J., 2008).

Por eso, se impone la necesidad de que cobren obligatoriedad indiscutible mediante una norma legal.

Como ejemplos importantes de lo mencionado precedentemente se encuentran: Los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental,⁵ que son “normas mínimas”. Para la protección de las libertades fundamentales y los derechos humanos y jurídicos de las personas, sean usuarias/os internadas/os en instituciones psiquiátricas o no, e independientemente de que hayan sido diagnosticadas/os con alguna “enfermedad mental”. En definitiva son un instrumento de evaluación de los derechos humanos en los sistemas de salud mental en los diferentes países. Por otro lado Las Normas Uniformes consisten en un resumen del mensaje del Programa de Acción Mundial y son un instrumento para la formulación de políticas que generen la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, que además sirven de base para la cooperación técnica y económica. También debe incluirse la Declaración de Caracas.

Fue así que restando la elaboración del capítulo de las internaciones principalmente, se acordó la redacción sobre los siguientes puntos:

- a) Garantizar en la República Oriental del Uruguay el derecho humano a la salud mental de todas las personas.
- b) Garantizar la universalidad y la accesibilidad en promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción comunitaria para todas/os las/os habitantes de la R.O.U.
- c) La función del Estado como garante y responsable del efectivo derecho a la salud mental individual, familiar, grupal y comunitaria; evitando políticas, prácticas que tengan como fin el control social.
- d) La articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, la familia y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario.
- e) La internación concebida como una modalidad de atención, solo aplicable cuando se hayan agotado los abordajes previos y ambulatorios.
- f) Todas/os las/os usuarias/os del Sistema de Salud Mental, así como sus familias, gozan de los mismos derechos humanos y libertades fundamentales, sin excepción, limitación, distinción, ni discriminación: por motivo alguno.
- g) A ser tratada/o con el respeto debido a la dignidad de cualquier ser humano, especialmente en su libertad de decisión respecto a su vida y su salud.
- h) A tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento, a través del acceso de la persona y de sus familiares a información completa

5 Ut supra Marco jurídico.

- y clara inherente a su salud y a los procedimientos terapéuticos incluyendo las alternativas para su atención, así como a cambiar en cualquier momento de profesional y/o de equipo tratante.
- i) A acceder a una efectiva rehabilitación, reinserción familiar, laboral y comunitaria.
 - j) A respetar los valores y creencias, culturales, ideológicos, políticos y religiosos, los que podrán ser utilizados como recursos psicosociales potenciales de soporte en situaciones de crisis.
 - k) El fomento por parte del Estado de la creación de organizaciones civiles, reconocidas legalmente, con el otorgamiento de personería jurídica de: usuarias/os, familiares, usuaria/os y familiares, con la finalidad de mejorar, fortalecer, difundir, y efectivizar los derechos enfatizados en los artículos que anteceden. Se promoverá, asimismo, la participación y colaboración de la/os usuaria/os y familiares en la planificación, elaboración y evaluación de Políticas de Salud Mental, a los efectos de garantizar que se atiendan sus reales necesidades al poner de relieve sus problemas específicos, y encontrar soluciones concretas que mejoren la calidad de la salud mental de la sociedad y de los servicios de salud mental.

Órgano de revisión de las internaciones.

Conclusiones

Los derechos humanos no pueden restringirse, ni ser percibidos, como meras categorías enunciativas. Para su respeto y ejercicio pleno, los derechos humanos requieren la ratificación de los instrumentos internacionales en la materia, así como su adecuada incorporación y armonización en el orden jurídico de cada país, los cuales pasa también por la adopción de políticas públicas inclusivas, integrales y eficaces, que garanticen su cumplimiento y aseguren la consonancia con las obligaciones internacionales contraídas, en cual deben participar las personas directamente involucradas, en este caso personas con algún diagnóstico de discapacidad mental.

Los Seminarios “Salud Mental en Debate” realizados en el marco del Proyecto Pasado, presente y futuro de las Políticas en Salud Mental (CSIC ART.2), son pasos en la búsqueda de ese camino de intercambio de experiencia, reflexión y diálogo, de casi todos los que de alguna manera estamos implicados en el tema, en aras de comenzar a visualizar situaciones que nos permitan pensar juntos y encontrar soluciones.

Es una manera además de quitar el velo estigmatizante que se relaciona con la enfermedad mental, origen de toda discriminación. Al respecto cabe

señalar que “La discriminación es un no valor, una actitud negativa y hostil que vulnera la dignidad humana, el principio de igualdad de todas las personas cualquiera fuera su condición y rompe la fraternidad entre las personas” (Eroles, C., 2008: 17).

Bibliografía

- Apud, I., Techera, A., y Borges, C. (2010). *La sociedad del olvido: ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: Udelar: CSIC.
- Artaud, A. (2003). *Carta a los poderes*. Buenos Aires: Argonauta.
- Barbagelata, A. (2000). *Derechos Fundamentales*. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria.
- Bespali, Y. y De Pena, M. (2000). La evolución de los derechos de los enfermos psiquiátricos en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64 (3).
- Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad, Naciones Unidas 2006, leyes uruguayas de ratificación nº 18.418.
- Chomsky, N.; Foucault, M. y Elders, F. (2007). *La naturaleza humana: justicia versus poder; un debate*. Buenos Aires: Katz.
- Declaración de Caracas. (noviembre, 1990). Venezuela.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución de 10/12/1948. París; Francia.
- Eroles, C. y Fiamberti, H. (comp.) (2008). *Los derechos de las personas con discapacidad*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Galende, E. y Kraut, A. J. (2006). *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires, Lugar.
- MSP. PNSM. CATP. Grupo de trabajo 1: Política, Legislación y DDHH en salud mental (2009). Propuesta de Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la R.O.U. *Publicación Oficial de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*. (2009). Recuperado de www.psicologos.org.uy
- IELSUR (1998). *Instrumentos internacionales de Derechos Humanos universales y regionales vigentes en el ordenamiento jurídico uruguayo*. Montevideo: Iconoprin Fanelcor.
- IELSUR. Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2006). *Estudio sobre armonización legislativa conforme a los tratados de derechos humanos ratificados por Uruguay u otras normas legales con fuerza vinculante*. Montevideo: Productora editorial.
- Informe inicial de Uruguay al Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre las medidas que ha adoptado el Uruguay*. (2012).
- Kakuk, M. J. (2008, octubre). Ponencia. En *Mesa Redonda: ¿De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental?* [inédito]. Montevideo: Udelar: Facultad de Psicología.
- Kakuk, M. J. (2008, noviembre). Ponencia sobre proyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay. En *Jornadas de Salud Mental y Derechos Humanos hacia una agenda de integración entre Justicia y Salud mental*. La Plata.

- Kakuk, M. J. (2009). *Fundamentos para la creación del Órgano de Revisión*. Elaborado en la Comisión Asesora Técnica Permanente (C.A.T.P) del M.S.P en el marco del anteproyecto de ley de salud mental. Recuperado de www.psicologos.org.uy.
- Meseguer, L. (2001). *Amparo legal: legislación y discapacidad*. Montevideo: EQUUS.
- OMS (s.d.). *Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental Derechos Humanos y Legislación*.
- Principios de Brasilia. (noviembre 2005). Brasilia.
- República Oriental del Uruguay. (1996). *Constitución Art. 7, 8, 72 y 332*. Uruguay.
- República Oriental del Uruguay. *Código Civil Arts. 431 y siguientes*. Uruguay.

Capítulo III

CONTEXTOS DE REFORMAS REGIONALES E INTERNACIONALES EN SALUD MENTAL

Procesos de Reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario¹

Nelson de León*

En la contextualización del campo de la salud mental y producción de la enfermedad mental se puede observar cómo las lógicas de poder, las concepciones e imaginarios en relación a la locura y la enfermedad mental, los aspectos jurídicos y las modalidades de tratamiento, emergen y se inscriben en el contexto sociohistórico y político del cual forman parte. En tal sentido, Europa (1970) y EEUU (1960) fueron pioneros en las re-estructuras a la atención y en el abandono del Manicomio y del Hospital Psiquiátrico como la centralidad para la atención. Estos procesos, a partir de la década del 60-70, tuvieron un impacto reducido y escasa información en nuestro país, dada la censura proveniente de la dictadura cívico-militar que vivimos en esos años, ya que estos movimientos y reformas estaban vinculados a fuertes críticas a las instituciones de encierro y a la vulneración de derechos humanos.

Italia, Inglaterra, Francia fueron referentes en tal sentido, autores como Castel (1980; 1984), Foucault (1966; 1967), Basaglia (2008), Laing (1993), Evaristo (2000) entre otros han participado, investigado y sistematizado estas prácticas instituyentes. De estos movimientos resultaron procesos de

1 El presente artículo forma parte de mi Tesis de Maestría en Salud Mental del Centro de Posgrados de la Facultad de Enfermería "Estudio del proceso de cronificación de personas con padecimientos psiquiátricos usuarias/os del Sistema Público de Atención en Salud Mental de Montevideo: el caso del Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Psiquiátrico Teodoro Vilardebó". Tutoría: Dra. María Jose Bagnato.

* Lic. en Psic. Docente e Investigador Universitario. Prof. Adj. Coordinador del Programa "Estudio de las Formaciones Subjetivas" del Instituto de Psicología Social. Facultad de Psicología. UdelaR. Integrante del Colectivo La Grieta: Salud Mental y DDHH. Trabajador del campo de la Salud Mental.

institucionalización, con diversa expresión en la construcción de políticas públicas y transformaciones institucionales en las estructuras de atención en Europa.

Si tomamos en Iberoamérica el ejemplo de Madrid (España), visualizamos cómo en las últimas décadas se continúan realizando esfuerzos y construyendo políticas de inserción comunitaria social y laboral para personas con padecimiento psiquiátrico. Tal es la elaboración del “Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007”. Esta iniciativa tiene como propósito la inclusión social de personas diagnosticadas con trastornos mentales severos y crónicos, que presentan dificultades de funcionamiento psicosocial para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y, por tanto, para su integración social y laboral (Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la comunidad de Madrid, 2003).

Se instrumenta como una política integral de atención, compuesta por una red de Servicios integrada por Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, Residencias y Pisos; donde se intenta mantener a las personas en su entorno socio-comunitario (Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la comunidad de Madrid, 2003).

Los procesos de reforma en la atención a la salud mental en América Latina y la región adquieren desarrollo fundamentalmente a partir de la década del 90, orientados desde la Declaración de Caracas adoptada en Venezuela el 14 de noviembre de 1990 y enmarcada en la convocatoria de la OPS/OMS. Desde entonces, los diferentes países han ido adoptando y adecuando diferentes medidas en procura de abandonar las lógicas manicomiales y desarrollar la atención comunitaria, con inclusión de una perspectiva de derechos.

Galende (2008) indica acerca de los problemas que han caracterizado estos procesos de reestructuras en la atención, ante la necesidad y dificultad de transformar prácticas, aparatos administrativos estatales y creencias del imaginario social respecto a la locura. Resulta indispensable generar transformaciones en estos planos para producir una atención en salud mental desde una perspectiva de derechos.

Rodríguez (2011) establece que los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en América Latina y el Caribe y contribuyen de manera importante a la discapacidad y la mortalidad prematura. No se ha logrado que los servicios de salud y recursos humanos para la atención en salud mental sean adecuados y suficientes, produciéndose procesos de estigmatización y vulneraciones de derechos a las personas con padecimientos, lo que agrava la situación deficitaria de atención.

Si tomamos el ejemplo de Brasil, firmante de la Declaración de Caracas, se ha desarrollado un importante movimiento de trabajadores de salud mental

y de la organización de familiares y usuarias/os, votándose una Ley de Salud Mental en noviembre de 1999. Esta ley permite el desarrollo de programas de apoyo psicosocial para pacientes psiquiátricos en acompañamiento en los Servicios Comunitarios (Tosta, 2009). Desde entonces, varias leyes y disposiciones ministeriales continuaron profundizando la sustitución de la atención manicomial y la mejora en las condiciones y la calidad de atención.

Tosta (2009) señala cómo la reforma brasileña ha realizado una transformación importante en la atención a la salud mental cambiando la dirección del modelo, reglamentando el cuidado especial a usuarias/os, previendo la posibilidad de sanciones para la internación involuntaria o innecesaria; impulsando la desinstitucionalización de pacientes con largo tiempo de permanencia en hospitales psiquiátricos y las intervenciones de rehabilitación psicosocial e inclusión en programas de atención extrahospitalaria.

En Argentina, el proceso de Reforma Psiquiátrica tuvo impulso Provincial, desde la Provincia de Río Negro a fines de la década del 80, iniciándose un movimiento de desmanicomialización que incluyó programas de inclusión laboral para personas con “sufrimiento mental”, cierre de neuropsiquiátricos, promoción del tratamiento comunitario y prohibición de terapéuticas invasivas. Acciones expresadas en la Ley 2440 de 1991 de “Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental” que en su art. 1 indica:

(...) queda prohibida la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados en la presente ley. (...) La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.

Mientras que, en el art. 10 de su reglamentación establece:

Prohíbese al personal perteneciente al Consejo Provincial de Salud Pública la utilización de electroshock, shock insulínico, absceso de fijación y toda otra técnica seudoterapéutica que afecte la dignidad de las personas, ordenándose la destrucción de cualquier elemento que facilite la utilización de estas técnicas, que pudiese conservarse por razones patrimoniales en el ámbito de Salud Pública.

Este movimiento tuvo repercusiones y desarrollo en otras Provincias como San Luis, donde desde 1993 se comenzó la reformulación de la Atención en Salud Mental en el Sistema Público.

Proceso que ha devenido en controversias y debates respecto a los resultados obtenidos, dada la difícil continuidad al otorgar los recursos económicos y humanos necesarios para sostener las políticas de desinstitucionalización.

En julio de 2000, la Legislatura Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires, con el impulso del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional, sancionó la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. En tanto en junio de 2011, se votó en Buenos Aires la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, en cuyo Art. 3 se establece: “En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. Si bien existen dificultades en la reglamentación de la misma, que se expresan en la insuficiencia de dispositivos sustitutivos al manicomio dentro de otros analizadores, sin duda contar con la Ley Nacional augura un fuerte énfasis de profundización en la Reforma.

Las Dictaduras Militares en los países de la Región incidieron en el retraso respecto a la humanización, democratización y mejora en las condiciones de la atención. Tal fue el caso de Chile, que a fines de los sesenta comenzaba un proceso de rectificación de las modalidades discriminativas y estigmatizantes pero fue recién en la década del 90 con la reapertura democrática que se profundizan los cambios, construyéndose recién en 1993 el primer Plan de Salud Mental. Minoletti y col. (2009) plantean que con la restauración democrática en Chile, en la década de los años noventa, se incluyeron en los programas de atención acciones para otorgar garantías a los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos mentales, comenzando el proceso de cambio para un nuevo modelo de atención acorde con las recomendaciones de los organismos internacionales de salud (Minoletti, y Col. 2009).

En 1993 fue creado en Chile el primer Plan Nacional de Salud Mental, el cual se reformula en el 2000 con importante participación de la sociedad civil. Desde una concepción de atención integral y con intervenciones de carácter preventivo (primario, secundario, y terciario) dirigidas al diagnóstico oportuno, tratamiento temprano y rehabilitación de la persona con enfermedad mental (Minoletti, y Col. 2009).

El desarrollo de estas orientaciones, en los diferentes países, exige: recursos económicos, formación en recursos humanos, descentralización, participación. Proceso que se despliega de forma heterogénea entre los países de la región y aún dentro de los mismos, sin quedar saldada aún la deuda histórica con las personas con padecimiento psiquiátrico.

En Chile en particular, dentro de algunos desafíos a resolver se destacan: la necesidad de promover la formación de profesionales y técnicos, el

desarrollo de dispositivos sustitutivos faltantes, defensorías legales de defensa de usuarias/os, mayor presupuesto entre otros (Minoletti, y Col. 2009).

Del estudio de los procesos de reforma de la atención en salud mental en América Latina y el Caribe desarrollados en las últimas décadas, algunas experiencias que se consideran positivas e innovadoras por la OPS-OMS se desarrollan en Brasil, Chile, Cuba, Panamá. Desde el análisis y estudio de estos procesos, Rodríguez (2011) destaca que Brasil ha tenido fortaleza en la construcción de una política nacional de salud mental con participación de usuarias/os y trabajadoras/es, desarrollándose importantes dispositivos de inclusión como los Centros de Atención Psicosocial y el Programa Vuelta a Casa. En Chile, se ha podido implementar y sostener un Programa Nacional de Salud Mental que sigue los principios de un modelo comunitario. En Cuba, se ha desarrollado una amplia y diversificada red de servicios de salud mental, destacándose especialmente los Centros Comunitarios de Salud Mental. Y de Panamá, se señala como gran avance la transformación del Hospital Psiquiátrico Nacional de más de 1.000 camas, convertido hoy en un Instituto de Salud Mental con menos de 200 camas (Rodríguez, 2011).

En nuestro país, la dictadura cívico-militar también incidió en el proceso de reforma. A fines de la década del 60, ya se establecían las recomendaciones y alertas acerca de las condiciones de atención. En 1985, y luego de más de una década de recrudescimiento en las Instituciones de encierro en el marco del terrorismo de Estado, la reapertura democrática y el contexto de la Concertación Nacional Programática produjo condiciones para la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental. El mismo describía y criticaba la preponderancia del modelo manicomial en la atención a la salud mental. En el diagnóstico de situación del PNSM (1986), se planteaba que el MSP con el 90% de las camas psiquiátricas del país, manejaba la hospitalización y el asilo como opción preponderante en la atención a la salud mental. Caracterizándose la asistencia psiquiátrica por un marcado grado de pauperización, fragmentación organizativa y centralización geográfica inadecuada, con cobertura insuficiente, contando con escasos recursos, entre otros humanos, y parcialmente calificados.

Diez años después, y resultado de investigaciones patrocinadas por organizaciones vinculadas a la defensa de los DDHH, se concluía que la dependencia del modelo de atención basado en la internación y el tratamiento institucional provocaba la potencialmente dañina hospitalización de personas capaces de vivir y trabajar en la comunidad. Por lo tanto, se consideraba que la estructura del sistema de salud mental del Uruguay violaba normas médicas y derechos humanos internacionalmente aceptados, adoptados por la OPS en la Declaración de Caracas, y por la Asamblea General de las Naciones Unidas en los “Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental” (I.E.L.S.U.R., 1995).

Los cambios –anteriormente nombrados– realizados a partir de mediados de los noventa produjeron resultados, sin embargo la problemática de la institucionalización y las condiciones de atención no pudieron ser resueltas comenzando a emerger cada vez con más visibilidad personas con padecimientos psiquiátricos en situación de calle. Los procesos de externalización de la década del noventa sin adecuadas condiciones de restitución civil e inserción al campo social, y el aumento de la pobreza vivida en nuestro país durante décadas, reforzaron los procesos de exclusión, enfatizándose en los sectores de población más vulnerables. De un relevamiento realizado a personas en situación de calle usuarias del Plan Invierno 2002 se constató un alto porcentaje de personas con padecimientos psiquiátricos en la Zona del Cordón, en su gran mayoría con antecedentes de internaciones psiquiátricas. Un 14,20% de un total de 591 personas ingresadas al 14 de septiembre de 2002 en el Refugio Casa de Acogida presentaban procesos de co-morbilidad que no podían atender adecuadamente por su difícil acceso y continuidad en el sistema sanitario (de León, y Col. 2003).

El actual contexto socio-político, y la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud, con inclusión del Programa Nacional de Salud Mental, han exigido dar cuenta de algunos problemas no resueltos históricamente a la vez que atender la emergencia de nuevas situaciones. Así fue establecido desde el 2005, en ocasión del ascenso del gobierno del Frente Amplio en nuestro país. En el primer documento elaborado desde el Programa Nacional de Salud Mental, se indicó que los problemas históricos más importantes de la salud mental en nuestro país, aún no superados, incluían la marginación masiva de los enfermos mentales y el retraso en la incorporación de psicoterapia y abordajes psicosociales a los Servicios Públicos y a las Instituciones de Asistencia Privadas. (M.S.P. - DI.GE.SA., 2005).

Para que sean posibles los cambios del modelo manicomial al abordaje comunitario –además de voluntad política– los mismos deben realizarse basados en el desarrollo de la investigación en salud mental, en la producción de conocimientos y tomando la realidad desde donde se producen los procesos. Y para que sean sostenibles resulta indispensable la organización y participación de las/os usuarias/os con una Ley de Salud Mental que los garantice.

Bibliografía

- Argentina. Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud. (2011). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Buenos Aires.
- Argentina. Legislatura de la Provincia de Río Negro. (1991). *Ley de Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental N° 2440*.

- De León, N.; Davyt, F.; Rial, V. y otros. (2003). Condiciones de vida y redes de pacientes psiquiátricos en situación de calle. En *VI Jornadas de Psicología Universitaria: la Psicología en la realidad actual*. Montevideo: Psicolibros.
- Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. (2003). Plan de Atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica. *Intervención Psicosocial*. 12 (29), 261-265.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: la inclusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.
- Mental Disability Rights International. (1995). *Derechos humanos y salud mental en el Uruguay*. Washington D.C.: American University, Washington College of Law.
- Minoletti, A.; Narváez, P.; Sepúlveda, R. y Caprile, A. (2009). Chile: lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental. En: Rodríguez, J. (Ed.). *Salud mental en la comunidad*. Washington D.C.: O.P.S.
- Ministerio de Salud Pública. (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*. Montevideo.
- Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. (2005). Salud mental en la emergencia social y el nuevo modelo asistencial. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*. 69 (2), 155-160.
- Rodríguez, J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*, 75 (2), 86-96.
- Tosta, M. (2009). La Reforma Psiquiátrica Brasileña : perspectivas y problemas. *Revista Salud Mental*, 32 (4), 265-267.
- Uruguay. Asamblea General. (2007). Ley Sistema Nacional Integrado de Salud N° 18.211. Montevideo.

El proceso de los equipos de salud de la familia (APS): análisis de complejidades desde la perspectiva "clinitaria"

Agustín Barúa Caffarena

Sentidos del trabajo

Nos interesa pensar las complejidades del cruce entre lo estatal-institucional y lo local-vecinal en contextos de desigualdad social (como el caso paraguayo donde, por citar una cifra, aunque de un tema no menor, en el 2008, 85% de la propiedad de las tierras está concentrada en el 2% de la población) (MAG, 2009) y de estigmatización territorial (como son las periferias urbanas de Asunción).

Queremos analizar¹ algunos aspectos del proceso de doce de los equipos de salud de la familia (ESF). Para ello, usaremos la referencia de clinitaria que es nuestra construcción técnico-política en tanto trabajadores de salud

* Trabajador de salud. Médico (Universidad Nacional de Asunción, UNA)(1996). Psiquiatra (Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, 2003). Antipsiquiatra. Ex Auxiliar de la enseñanza en las Cátedras de psicología médica y de psiquiatría (Medicina, UNA). Ex Jefe del Departamento de Salud Comunitaria (cátedra de psiquiatría-Medicina UNA). Psicodramatista. Ex-docente en la materia abordaje comunitario I (Psicología comunitaria -UNA). Ex Acompañante de unidades de salud de la familia –Atención Primaria de Salud (San Blas, Virgen del Luján, San Alfonso, Tacumbú, Republicano/Roberto L. Petit, San Felipe y 3 de febrero)– Dirección de Salud Mental/Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Educador popular. Maestrando en Antropología Social (Universidad Católica de Asunción). Ha participado en colectivos antimanicomiales. Actualmente integra el proyecto “*Paa!! Para qué elegiste medicina?*” Sensibilización de estudiantes y docentes de medicina en el territorio de lo deseante” (Medicina-UdelaR); coordina el equipo del proyecto “Promoviendo intercuidados en salud mental docente en dos liceos en contextos urbanos de Montevideo” (ADES-Montevideo); realiza talleres con equipos que trabajan en contextos de alta desigualdad social.

1 Una aclaración: este trabajo está hecho por alguien quien trabaja en territorio como contratado por el estado y no reside en el territorio.

territoriales, entendida como *un modo de acercamiento, de vinculación y de acompañamiento a comunidades, surgido dentro del campo de la llamada salud mental* (Barúa 2011: 52).

A continuación, introducimos los contextos que hacen al tema a trabajar.

Cuatro con-textos

Contextos histórico e institucional

En el Paraguay de la segunda mitad del siglo XX, las políticas estatales en salud en general han estado muy sujetas a lógicas fuertemente:

- Prebendarias, como mucho del poder ejecutivo, se usaron como clientela para truecar por lealtades partidarias.
- . Verticalistas, con prácticas extendidas con un doble movimiento, que promovían, por un lado sometimiento y disciplinamiento a quienes trabajan allí y, por otro, expulsión por sus formas a las personas que acudían a los servicios.
- . Privatizadoras, no son raras las múltiples precarizaciones de las prácticas por diversos modos (desvío de insumos, de personas para ser atendidas en servicios privados por citar dos ejemplos).
- . Corporativistas, los gremios que se fueron configurando se fueron haciendo a la medida de sus intereses particulares.

Desde el 89, a nivel nacional se fueron perfilando heterogéneos movimientos de salud (campesina, indígena, VIH, discapacidad) que fueron convergiendo a lo largo de 20 años en el movimiento por el derecho a la salud, en los seminarios de salud pública; esta progresiva articulación fue construyendo una comprensión: la idea de salud como derecho y no como mercancía.

Esto sirvió de base para la propuesta programática en salud de la Alianza Patriótica para el Cambio², que, tras el 20 de abril del 2008³ se convertirán en las políticas de calidad de vida y salud con equidad del nuevo Ministerio de Salud Pública de Paraguay.

Una de las experiencias más referenciales dentro de los cambios institucionales posteriores fue la creación de la Dirección General de Atención Primaria de Salud. La Atención Primaria de Salud consiste en una estrategia en salud estatal que es la puerta de entrada a los diversos servicios de salud con una base territorial guiados por cuatro valores: universalidad, equidad, integralidad y participación (MSPYBS).

2 Alianza de partidos que ganó las votaciones presidenciales en Paraguay.

3 Fecha en la que en las votaciones presidenciales el Partido Colorado perdería su primera votación en 60 años y se iniciaría el gobierno presidido por Fernando Lugo.

Dentro de la estrategia, el dispositivo central es el equipo de salud de la familia (dirección general de atención primaria de salud, 2010) que inicia su trabajo en territorio en octubre del 2008. Estos equipos son responsables de un territorio poblado por hasta 5000 personas y están compuestos por profesionales (médico, licenciado en enfermería u obstetricia, auxiliar de enfermería) y las agentes comunitarias de salud, las que representan un aspecto resaltante dentro del estado paraguayo: el reconocimiento, prácticamente inédito, como sujeto empleable de personas (identitariamente no indígenas) sin formación universitaria en ámbitos de salud de origen popular. El perfil de las agentes comunitarias de salud, para la experiencia que presentamos, es en su mayoría mujeres pobres vecinas del territorio en el que trabajan, con edades de entre 19 y 65 años.⁴

Contexto territorial

La zona ribereña sur de Asunción hace parte de la costa de la ciudad con el río Paraguay, donde residen aproximadamente 150.000 personas (algo más del 15% de la población total de la ciudad).

En la misma, la situación en varios aspectos es bastante penosa: los empleos son precarios (mayormente reciclado de basura o limpieza en casas de la zona alta y trabajos de construcción) o ausentes, la zona carece prácticamente de desagües cloacales y pluviales (inundándose en casi cada lluvia), los servicios (agua, energía eléctrica) provienen frecuentemente de conexiones clandestinas.

En otro aspecto, el territorio (“zona roja... peligrosa...”) y su población (“haraganes... delincuentes... drogadictos...”) reciben un rotulado desde un sostenido e intenso discurso tanto mediático como por gran parte de la población de la “zona alta” de la ciudad.⁵

Esta combinación de explotación, desafiliación (Castel, 1997) y sujeción simbólica afectan los modos cotidianos en que reproduce su vida la población bañadense.

Contexto clinitario

Esta construcción para acompañamientos territoriales en salud, viene siendo realizada a lo largo de 8 años en ámbitos de periferia urbana de asunción metropolitana; hace hincapié en varios aspectos que venimos construyendo desde nuestra praxis en los territorios (a los que le llamamos *sensibilidades*), a saber:

4 Valga aclarar que en noviembre del 2010, por disposición de la ministra de salud, este perfil cambia: pasa a ser una condición tener una preparación académica en salud (“mínimo” bachiller técnico).

5 De seguro, dentro de la población local también se reproducen estos etiquetados, complejizando el escenario.

- localizar-nos: para situarnos complejamente tomamos dos cuestiones: pensar desde lo territorial (valorando lo local, lo próximo, lo cotidiano) y dignificar las culturas locales (permitiéndonos, en el quehacer de cada día, interpelar e inspirar por las formas culturales del territorio).
- erótica social: lo erótico aquí se relaciona con el *eros*, lo alegre, lo vitalizante, desacartonar, desolemnizar, desaburrir la tarea. Ante el sesgo habitual de las llamadas profesiones de salud, hacia el malestar, la enfermedad, velando el polo sano del eje salud-enfermedad, la apuesta de la erótica social se operativiza en cuatro ámbitos: fiesta, arte, humor, juego.
- tiempos: referida al ritmo, al compás que queremos guíe cada acto, cada encuentro. Para esto, usamos la dialogicidad (construcción de escucha y pregunta), el movimiento de acción-reflexión-acción, lo procesual (que reconoce temporalidades locales para la construcción), lo caótico, lo complejo y lo incierto como cualidades de lo comunitario.
- compro-meterse: en la medida en que nos dejamos interrogar por lo que pasa como pregunta en y de las periferias, se va dando un proceso eminentemente político que apunta a ir deconstruyendo las relaciones de poder, a ir pro-moviendo la participación protagónicamente (lo protagónico como el reconocimiento de una deuda histórica no saldada con ciertos sectores sociales).
- utopi-andando: ¿qué nos mueve en esta tarea? Y aquí usamos tres nociones: singularidad (como la experiencia particular que es cada ser humano, a quien no podemos reducir con etiqueta), potencias (lo que realmente puede hacer un ser en cada situación, y no su “nombre”), grietas (ante situaciones y desafíos que de entrada se nos presentan como indiscutiblemente insuperables, buscamos entrar por las fisuras).
- re-conocer-nos: como, en tanto trabajadores de salud, nos damos tiempo para re-visarnos, por un lado sosteniendo aportes teórico-metodológicos y, a la vez, entendiendo que para nuestra tarea requerimos reivindicar nuestro derecho a la rareza del profesional, a crear desde lo raro (entendiendo lo raro como lo que nos asusta pero cuya singularidad nos es necesario para arriesgar y crear lo nuevo).

A modo de mayor ilustración adjuntamos una tabla (1) (Barúa, 2010: 64).

Análisis de la tarea cotidiana desde clinitaria

El proceso de los equipos de salud de la familia puede ser pensado desde múltiples ejes (los normados son cuatro: actividades programáticas, gestión de equipo, territorialización, participación); para el análisis siguiente nos centramos en aspectos de índole vincular, político, cultural, afectivo e institucional postergando

otros aspectos como lo asistencial o de insumos a los que consideramos cuestiones –comparativamente con las primeras– más reconocidas y validadas.

Las cuestiones planteadas serán ordenadas siguiendo las sensibilidades de clinitaria nombradas.

En localizar-nos

- Dificultades para los movimientos. Entendemos esto en relación a dos ámbitos:
- Relación con el espacio físico de la unidad de salud de la familia. Hemos observado en profesionales frecuentes dificultades para flexibilizar sus formas, ideas y prácticas que se manifiestan a través de quejas de personas usuarias (que no hacen contacto físico, que “mensajean” durante la consulta sin ninguna aclaración, que las explicaciones de sus comentarios son excesivamente abreviadas o abiertamente hostiles o cargadas de tecnicismos), de las mismas profesionales (múltiples insatisfacciones, ausencias laborales) o de las agentes comunitarias respecto a que en particular las médicas no quieren salir de la institución.
- el lugar subjetivo: permanece dominante el imaginario de que profesionales en lo territorial son “de segunda” en comparación con quienes están en hospitales y consultorios.

Esto recoloca el debate sobre el aún pendiente repensar sus procesos por parte de las escuelas universitarias para vincularlos con las necesidades que los modelos de salud de base territorial demandan.

Entre las agentes comunitarias también hay aspectos movilizados; van tres de ellos: -dejan de ser una vecina promedio para pasar a ser funcionarias (sueldo estable, status, exigencias, celos, envidias y rivalidades); -en el caso de las agentes del bañado Tacumbú quienes, viniendo de un activismo de más de dos décadas en una organización vecinal (previa a los equipos), tras su contratación reciben el rechazo de la vecindad al colaborar voluntariamente en actividades; -las agentes comunitarias también inician tareas de auxiliar de enfermería o de administración (entregar fichas para las consultas) o de farmacia (entregar medicamentos por ejemplo) dentro del local. Resaltamos que, a la vez, esto dificulta poder avanzar en trabajos que requieren cierta sutileza como acompañar procesos de grupos o fomentar el protagonismo político de los sectores populares.

En erótica social

Observando una de las prácticas más frecuentes, los clubes (“de diabéticos” y de “hipertensos”), veíamos que por más que se coloquen los deportes,

la nutrición, lo grupal, aún predomina la medicalización en el espacio, partiendo del nombre genérico que reciben quienes participan.

Habitualmente, en el eje salud-enfermedad suele hablarse clásicamente de cuatro cortes para la tarea (promoción, prevención, atención, rehabilitación), los primeros suelen entenderse más vinculados a la salud; en éstos, sin embargo la medicalización de los contenidos con sus formas frecuentemente formales y solemnes suelen anudar estos espacios a estas formas.

Otro punto, probablemente vinculado al anterior, es que con el alto predominio de lo racional en el “deber ser” de una tarea como ésta –compleja, caótica y contradictoria– se desestiman las formas lúdicas tan necesarias para una tarea que convoca a la inventiva casi permanentemente; tomamos el ejemplo de *kachia'i*, esta palabra guaraní la usamos en su acepción de picardía y juego, cuestiones que habitan los pasillos, las medias mañanas, los comentarios sin jefes; los aportes de esto para la tarea serían:

- Creatividad (ya mencionada).
- Contención (de gran importancia ante tareas con alta demanda y poco acompañamiento).
- Rebeldía (considerándola como valor al generar formas de resistencia en situaciones de opresión) (Scott, 2000).

Dos expresiones de esta erótica promovidas por las agentes comunitarias son los “sábados de locura” (espacios para trabajar comunitariamente desde la recreación), y el grupo de teatro espontáneo del bañado sur (espacio creado a partir de la necesidad de acompañar heterogéneos emergentes comunitarios más una sensación de sobrecarga en sus tareas de las agentes).

En compro-meterse

Lo afectivo suele ser desconocido, subestimado o subordinado a otros aspectos de los procesos. Querría trabajar dos cuestiones que tomadas en cuenta pensamos que aportan comprensibilidad a los procesos y sus momentos; son:

- Hostilidades: en la construcción de las tareas de los equipos de salud de la familia, nos parece pertinente explicitar los niveles de pugnas, conflictivas y disputas que constituyen y afectan la tarea cotidiana; a saber:

a. En el nivel central del Ministerio de Salud Pública: en una institución con fuerte tradición jerárquica como el Ministerio, la disputa por los cargos centrales tiende a ser intensa; aquí intentaré, en un corte grueso,⁶ caracterizar

⁶ Sin duda, dentro de estos grupos no hay homogeneidad; existen contradicciones y complejidades que no podré desglosar aquí pero que es imprescindible asumirlas.

cuatro grupos que –entiendo– se disputan, con oscilante fragor, alianzas fluctuantes y desgastes la direccionalidad del proceso:

- Un primer grupo encabezado por la actual ministra,⁷ que viene referenciado por su cercanía a la socialdemocracia y a las ONGs, en particular al CIRD⁸ (institución fuertemente ligada a la embajada de Estados Unidos), con énfasis tecnocrático; la que, para sostener su liderazgo, ha tenido que establecer alianzas y también detener procesos.⁹
- Otro sector de rostro sindical está referenciado fundamentalmente en las prácticas clientelares históricas de los gobiernos colorados (aunque los sectores liberales no han buscado con particular énfasis diferenciarse en sus prácticas); ha generado el modelo que aún es dominante en el funcionariado. Su dirigencia promueve un trabajo más o menos encubierto de tutela, amenaza, descalificación y sabotaje permanente sobre las propuestas de la actual administración.
- Un tercer sector que pugnó por la dirección del proceso del ministerio pero que fue derrotado en esto, es el que mencionamos construyó la propuesta que luego se vino convirtiendo en política estatal. Su extracción es cercana a los movimientos sociales y organizaciones políticas de izquierda. Entre otros espacios de la institución, el proyecto de APS está fuertemente referenciado por estas perspectivas críticas de fuerte compromiso ante la desigualdad social.
- Un último sector está compuesto por funcionarios de nivel intermedio en el aparato burocrático que más bien evade ahondar en disputas, con una práctica más conciliadora.

b. Con las organizaciones locales: aquí se dan también, podríamos decir muy simplistamente, dos líneas según su postura con el proceso de construcción de APS:

- Las de carácter aliado, que buscan legitimar también su control sobre ciertos procesos locales teniendo por momentos posiciones tan autoritarias con los equipos como las de los partidos tradicionales, y también a

7 Esperanza Martínez.

8 El Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD) se define como “una Fundación Comunitaria de Desarrollo”. su misión es “Incrementar el impacto y la sustentabilidad de proyectos para el desarrollo, mediante la gestión eficiente de recursos e información, útil y oportuna” (fuente: <http://www.cird.org.py/>).

9 Emblemática fue la final destitución de Raquel Rodríguez (médica cercana a las organizaciones sociales populares campesinas), quien en el 2009 fue nombrada primeramente como directora de la II Región Sanitaria (departamento de San Pedro), lo que generó un enfrentamiento entre los sectores dominantes de la zona (con su rostro más visible en este caso por médicos) y movimientos campesinos (que hicieron multitudinarias movilizaciones defendiendo la permanencia de la misma). Finalmente, la ministra revocó su decisión.

veces reproduciendo prácticas paternalistas (en esto último, sujetos importantes son religiosos que vienen dedicando décadas de trabajo muy comprometido con el territorio).

- Las enfrentadas, éstas buscan más detener o desacelerar la construcción; tienen su correlato en las prácticas sindicales mencionadas.

c. Redes de trabajadores estatales previas a la implementación de la estrategia de APS: en las instituciones de salud de base (unidades de salud de la familia¹⁰), con diferentes intensidades, se ven también estos enfrentamientos de trabajadores (a veces se destacan personas que trabajan en áreas de recursos humanos o de administración) contra el proceso y las nuevas prácticas que se quieren promover.

Una cuestión también a considerar es que la estrategia que se asumió desde la dirección central de atención primaria de salud fue avanzar en la apertura de la mayor cantidad de equipos de salud de la familia, asumiendo que éstos cristalizan un derecho largamente negado a los sectores populares, pero sabiendo que no se podrán acompañar con suficiente delicadeza, y apostando a que las comunidades sean quienes finalmente defiendan este derecho cristalizado. Hacemos esta salvedad porque los cuidados para facilitar los vínculos entre quienes estaban antes y quienes llegaron después del 20 de abril vienen siendo claramente insuficientes facilitando múltiples fantasías persecutorias en los primeros.

d. Mediáticas: en general, la gran mayoría de los medios de comunicación están al servicio de mantener el *status quo* respecto a la desigualdad social, promoviendo un clima enrarecido con diferentes líneas (ocultamiento de información, exageración, repeticiones, entre otras) (Ortiz, 2011). Esto también influye en el trabajo territorial en las autocensuras para difundir procesos por temor a que éstos sean presentados despectivamente como “bolivarianos” o “izquierdistas”.

- Miedos: en general, aunque con ciertas fisuras contemporáneamente, podemos ver que éste es el signo emocional en que se vive; desde los promovidos como desconfianza social pasando por el horror cotidiano en varios ámbitos. En este clima social realizan su trabajo territorial los equipos.

10 Llamados anteriormente puestos de salud; como ejemplo de estos enfrentamientos que estamos contando, la XVIII región sanitaria (cuyo actual director es de origen colorado y vicepresidente de uno de los sindicatos de salud) colocó enormes carteles frente a los locales donde hace dos años vienen trabajando los equipos de salud de la familia con tres textos que resalto: la nomenclatura anterior (“puestos”), el lema “más cerca de la comunidad” y el membrete de la región.

En tempos

Dos aspectos de los ritmos de la tarea:

- Trabajo grupal intraequipos: nuestra academia prácticamente no nos prepara para trabajar grupalmente,¹¹ si bien los equipos tienen normados hacer encuentros semanales, no es raro que o no los hagan o los hagan con agendas predeterminadas (por profesionales), demorándose temas en conflicto.
- La tarea burocrática: todo el trabajo de registro y estadificación que implica el llenado de planillas, fichas (necesarias en varios sentidos) suele tener poco en cuenta para su construcción el contexto cotidiano de los equipos; esto facilita que el completado de las mismas sea irregular, cuando no fraudulento.

En utopi-andando

En general, hay un imaginario muy extendido de descreimiento asociado a la idea de “lo paraguayo”:

no se va poder... así nomás luego es acá.. en este país: ¿qué podés esperar?

Esto atraviesa la experiencia de los equipos de salud de la familia: sólo un ejemplo, cuentan las agentes que al principio del trabajo en el 2008, la gente no podía creer que esto durara una semana, acostumbradas como están al abordaje precario y fugaz.¹²

Por otro lado y en el mismo tema, hablamos en diferentes oportunidades sobre cuáles son para las agentes los sentidos más importantes de esta tarea: por lejos, se destacaba el reconocimiento de la gente por su labor que se da en la confianza como lo crucial en este proceso,¹³ y el sentirse “útiles”. Llama la atención el valor afectivo y simbólico que tienen ambas puntos.

11 Un ejemplo: pregunté a estudiantes de diferentes cursos de medicina de la Universidad Nacional de Asunción cuántas clases recibían sobre trabajo grupal en su currículo de pregrado, su respuesta fue: “ninguna”.

12 Una muestra de esto es lo que nos respondían cuando les preguntábamos a pobladoras de la zona qué servicios tenían en salud mental estatal antes del 2008; decían recetas para comprar psicofármacos y algún apoyo ocasional a la “vaquita” (colecta) vecinal juntando fondos para el combustible para el vehículo que llevaría a la persona a la internación compulsiva en el Hospital Psiquiátrico de Asunción.

13 Conversábamos sobre el desafío que implica ir pasando de la confianza de la puerta abierta a las agentes, a la construcción colectiva de la organización popular territorial como paso siguiente.

En re-conocer-nos

Dos cuestiones:

- Imaginarios “aristocráticos” en las agentes comunitarias. En la discusión sobre las conductas de sus vecinas, frecuentemente la mirada de las agentes tiende a descalificarlas (“si quieren, pueden... yo pude: ¿por qué no ellas?”) reduciendo su análisis a una visión ahistórica, descontextualizada y, si se quiere, hasta proyectiva. Un reto es ¿cómo construir dialógicamente con ellas procesos que permitan avanzar en la comprensión de los procesos y sus sujetos?
- Una experiencia: el caminar diario para las tareas en el territorio –desde las tareas en salud mental (por ejemplo: le llamamos “donde vive la gente” a ir junto a las personas, a hacer el encuentro y las entrevistas, en su ámbito)–, es un momento que ha devenido en espacios de confianza y terapéuticidad con las agentes, ya que ellas suelen preferir usar esos momentos tanto por lo apretado de nuestra agenda cotidiana como por la persistente dificultad de asumir su derecho al malestar psíquico y pedir un espacio como cualquier otra persona.

Cierre y apertura

Queda mucho por puntuar, por profundizar, sí; dentro de la estructura del estado paraguayo –tan particularmente tenebroso en los últimos sesenta años– el guante está echado para que podamos ir tentando colaborar para producir otras formas de lo político en la bisagra vecindad-estado, ante las dificultades de las políticas sociales de los llamados gobiernos progresistas latinoamericanos que nos plantea Zibechi (2010): “Instalan la pobreza como problema y sacan a la riqueza del campo visual, eluden los cambios estructurales, congelan la desigualdad y consolidan el poder de las élites, bloquean el conflicto para facilitar la acumulación de capital y disuelven la autoorganización de los de abajo”.

Bibliografía

- Barúa, A. (2010). Clinitaria: Anotaciones para compañamientos comunitarios. En *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*. 43 (1).
- Barúa, A. (2011). *clinitaria: andando, de a chiquito, con la gente : acompañamientos clínicos en salud mental desde sensibilidades comunitarias*. Asunción: Cruz Roja suiza.
- Castel, R. (1997). *La cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.

Dirección General de Atención Primaria de la Salud. (2010). *Manual de Funcionamiento de las USF*.

Asunción: Ministerio de Salud Pública.

Foucault, M. *El sujeto y el poder*. Recuperado de:

www.philosophia.cl/.../Foucault/El%20sujeto%20y%20el%20poder.pdf

Ortiz, A. *Como inflar “globos” mediáticos para desinflar gobiernos*. Recuperado de:

<http://ea.com.py/como-inflar-%E2%80%9Cglobo%E2%80%9D-mediaticos-para-debilitar-un-gobierno/>

Paraguay. Ministerio de Agricultura y Ganadería. (2009) *Censo Agropecuario Nacional 2008*. Recuperado de: <http://www.mag.gov.py/index-censo.php?pag=volumenes.html>

Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Documentos*. Recuperado de:

<http://www.mspbs.gov.py/v2/documentacion.php>

Scott, J. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia: discursos ocultos*. México: Era.

Zibechi, R. (2010). *Contrainsurgencia y miseria: las políticas de combate a la pobreza en América Latina*. México: Editorial Independiente Pez en el Árbol.

Tablas

Tabla 1. Sensibilidades comunitarias, descripción de las mismas, autores

Sensibilidades	Descriptores	Autores
<i>localizar-nos</i>	<i>trabajar desde lo territorial como referencia para comprender</i>	Armando de Negri
	<i>dignificar las culturas locales (descolonizar)</i>	Patricio Guerrero
	<i>armonizar nuestra tarea con el caos, la complejidad y la incertidumbre, características de lo comunitario</i>	Denise Najmanovich
<i>erótica social</i>	<i>partir de lo sano</i>	Alicia Fernández Mujeres creando
	<i>trabajar con la noción de inconsciente desde lo esquizoanalítico</i>	Maite Larrauri, Osvaldo Saidón
<i>tempos</i>	<i>priorizar los abordajes en dispositivos grupales</i>	Eduardo Pavlovsky Rene Kaës Enrique Pichon-Rivière
	<i>trabajar desde lo dialógico</i>	José Luis Rebellato Paulo Freire
	<i>operar desde un movimiento de ida y vuelta entre la acción y la reflexión</i>	Paulo Freire Orlando Fals Borda
	<i>acompañamiento buscando comprender lo cotidiano, cuidando los tiempos y ritmos locales</i>	Alfredo Moffatt Rosana Guber
	<i>ir tejiendo vínculos y redes</i>	Elina Dabas
<i>compro-meterse</i>	<i>construcción de espacios horizontales de decisión colectiva y pública</i>	Raul Zibechi, Marina Sitrin Ligas Agrarias Cristianas
	<i>análisis, comprensión y deconstrucción de las relaciones de poder</i>	Michael Foucault James Scott
<i>utopi-andando</i>	<i>reconocimiento de que cada ser va cambiando, esto es su singularidad</i>	Felix Guattari

Ssensibilidades	Descriptores	Autores
	<i>potencias entendidas como lo que vamos siendo</i>	Gilles Deleuze
	<i>reivindicación de que ante una realidad que nos resulta aplastante, debemos ir colándonos por sus grietas</i>	Alfredo Moffatt
<i>re-conocer-nos</i>	<i>promover espacios y prácticas sistemáticas en las que podamos repensarnos, tanto cada quien, como por grupos de trabajo</i>	Eduardo Pavlovsky
	<i>reivindicar el discurso de la locura como legítimo, buscando abordar complejamente los sufrimientos psíquicos</i>	Franco Basaglia Eduardo Menéndez Foro Permanente de Salud Mental
	<i>sostener nuestro aporte teórico-metodológico</i>	Todos los anteriores

Resumen

El intentar pensar los acercamientos del estado (reconociéndolo en sus múltiples lecturas: aparato burocrático, promotor de políticas públicas, dispositivo de control, constructor de derechos, lugar de disputa por la hegemonía) a las vecindades, lo entendemos vinculado a lo cotidiano, a lo próximo, a lo complejo. Esto asume que el cruce estatal-vecinal demanda sutilezas para su comprensión dinámica. Para ello, venimos construyendo una perspectiva para pensar acercamientos, vinculaciones y acompañamientos de lo vecinal en ámbitos de salud; a este constructo le llamamos "clinitaria": palabra que más allá de su significado inmediato (prácticas que sintetizan perspectivas clínicas y comunitarias) intenta dar cuenta de las interrogaciones que nos plantea lo comunitario; como es modalidad de acompañamiento en salud mental, opera a través de sensibilidades comunitarias, las que están articuladas por lo transdisciplinario, lo intercultural, lo antimanicomial y la opción popular. Ellas operan como transversalidades:

- Transdisciplinario. Entendemos que lo comunitario es de una cualidad intrínsecamente compleja; por esto, optamos por una mirada *trans* (ni multi ni interdisciplinaria), caracterizada por construir sus preguntas desde lo que emerge en los procesos de acompañamiento y no desde lo disciplinar (ej. solo desde la psiquiatría comunitaria).
- Intercultural. Defendemos la construcción de relaciones de diferencia no jerárquica entre saberes, haceres y sentires “académicos y no académicos”. Al trabajar con ciertos grupos sociales (llamados populares), esto nos es de importancia política y subjetiva crucial.

- Antimanicomial. Aquí entendemos lo manicomial a través de tres ejes de sentido:
- Estigmatización. Como descalificación de la diferencia; se entiende la locura como una posición incomprensible, invalidada y subordinada a una racionalidad única.
- Encierro. Como la lógica de respuesta básica para esta concepción de *lo loco*; esto fundamentado en la idea de peligrosidad, argumento esgrimido como legitimador de estos abordajes.
- Discriminación por clase social. Este es un subyacente de la segregación; su elemento fundante es una lógica de utilidad en la que se pune a la “locura” por “improductiva”.
- De opción popular. Entiéndase no como un “estar a favor o en contra”, sino como “estar con”, pensar haciendo con ellos.

El trabajo se inicia planteando su objetivo: compartir un análisis de las complejidades del cruce entre lo estatal y lo vecinal a partir de la experiencia de los equipos de salud de la familia (ESF). Luego, colocamos elementos que caractericen el territorio (zona ribereña sur de Asunción). Continúa desglosando nudos críticos, aprendizajes en movimiento e incertidumbres vigentes. Esta presentación busca dialogar con quienes estén motivados en Latinoamérica con procesos que entonen con nuevas formas que aporten tanto a la deconstrucción de avasallamientos desde lo estatal como a la potenciación de procesos colectivos locales populares.

Capítulo IV

LOS EQUIPOS, LAS DISCIPLINAS Y LAS CONCEPCIONES DE SALUD

Los equipos, las disciplinas y las concepciones de salud y enfermedad

Delia Bianchi*

“Es la primera vez que conozco a alguien que busca a la gente y ve más allá de las apariencias. Puede parecer trivial, pero yo creo sin embargo que es profundo. Nunca vemos más allá de nuestras certezas y, lo que es más grave todavía, hemos renunciado a conocer a la gente, nos limitamos a conocernos a nosotros mismos sin reconocernos en esos espejos permanentes”.

Muriel Barbery

El cometido de este trabajo es aportar a las reflexiones de los roles y las tareas que les competen a los equipos interdisciplinarios de salud que desarrollan sus acciones en el marco de las instituciones del primer nivel de atención.

El primer nivel de atención se orienta a la sociedad y su ambiente: es el que organiza las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación en los lugares donde la población vive, estudia o trabaja, en estrecha comunicación con las personas, las familias y los grupos sociales, y con su participación organizada (Vignolo, Henderson, Sosa, Schelotto: 2011).

Para ser coherentes con la concepción de integralidad, daremos por sentido que equipos de salud será una categoría lo suficientemente abarcativa de la perspectiva de la salud mental, como campo e incorporación de los aspectos psicológicos en la salud.

Adjetivaremos si, como comunitaria a la salud, porque esto implica una posición y enfoque específicos con metodologías de intervención solidarias con esta posición.

* Psicóloga; docente universitaria del Programa Integral Metropolitano (PIM).

El énfasis estará dado en las estrategias que nos ayuden a pensar esas acciones en el ámbito propio de la salud, trabajando para fortalecerla, y conceptualizando algunas de sus características. Para esta labor, nos interesa partir desde el entendido que el “trabajo en salud se basa, todo el tiempo, sobre relaciones interpersonales” (Campos, 125: 2001).

Este componente relacional comporta una línea de base para la constitución de un equipo y para delinear los aspectos a jerarquizar en una estrategia de salud, cuya intervención deberá visibilizar, mapear, desfragmentar y sistematizar el componente de las relaciones entre los integrantes de los equipos, entre éstos y los usuarios y entre los usuarios, como población con la cual los equipos trabajan.

Gran parte de la eficiencia en las estrategias de intervención tiene que ver con las formas como se han conectado, entendido y asociado quienes comparten la zona de problemas de intervención. *Podríamos afirmar aquí, que el concepto conector o frontera entre la salud y la enfermedad se centra en la capacidad de los equipos de contrarrestar los riesgos de desafiliación a los que están sometidas las personas que demandan ser atendidas.*

Robert Castel prefiere el concepto de desafiliación al de exclusión.

“La exclusión es inmóvil, designa un estado o, más bien, estados de privación. Hablar de desafiliación, en cambio, no es confirmar una ruptura, sino retrazar un recorrido” (Castel: 1997: 16-17).

La contribución en los procesos de rearmar las tramas, retrazar recorridos, será un cometido específico de los equipos de salud. Así pensada, la interdisciplina tiene un margen de construcción desde las propias vulnerabilidades de los integrantes de los equipos, cuyos objetos disciplinarios más convencionales tienen límites precisos y no difusos como los de la vulnerabilidad, el riesgo y la desafiliación.

“La vulnerabilidad es una marejada secular que ha marcado la condición popular con el sello de incertidumbre, y casi siempre de la desdicha... la zona de vulnerabilidad alimenta las turbulencias que debilitan las situaciones logradas y deshacen las estabildades aseguradas” (Castel: 1997: 17).

Equipos y disciplinas: núcleos y campos

Para realizar la primera ubicación del tema, parece interesante recurrir a las ideas sobre campo y/o núcleo de competencias y responsabilidad que propone Gastón Campos. Este autor plantea que el núcleo está conformado por el conjunto de saberes y de responsabilidades específicas de cada profesión o especialidad, mientras que por campo entiende los saberes y responsabilidades comunes o que confluyen en varias profesiones o especialidades. (Campos: 2001). Según estas definiciones, podríamos suponer la importancia de obtener

claridad y especificidad en los aportes y tareas de cada uno de los integrantes del equipo interdisciplinario en el ámbito de la salud comunitaria en el primer nivel de atención.

Desde esa claridad y especificidad, como atributos previos, es que se pueden practicar las nociones de núcleo y campo, en clave de instituirse como categorías más abarcativas e integrales que las de disciplina y profesión.

¿Qué es lo que el equipo construye como perfil y objetivos de la tarea, en términos de aprendizajes personales y colectivos?

Unas cualidades sustantivas de estos aprendizajes deberían ser las de complementariedad y cooperación, tanto en la construcción de los problemas de intervención, como en el correlato de las estrategias planificadas, que cada uno de los integrantes ha ensayado en su proceso formativo y de ejercicio profesional.

La elaboración de un marco conceptual común, no necesariamente acabado, sino justamente en términos de interrelación entre núcleo y campo, (hablado, pensado y reflexionado entre los integrantes del equipo) provee sustento y contención cotidiana, institucional, generando experiencia compartida.

Desenvolver procesos de trabajo en la salud comunitaria requiere destrezas que pongan en juego pensamiento y acción ecológicos (Morin: 1990). Esta forma de situarse con respecto al propio trabajo, permite espejar la complejidad del área de la salud desde el posicionamiento de la intervención comunitaria.

Transición ecológica e intersectorialidad para la salud

La consideración de la propuesta de desarrollo humano ecológico (Bronfenbrenner: 1987), en la cual las categorías de entorno y contexto adquieren particular interés para la elaboración de las estrategias en salud, nos parece fundamentalmente pertinente y útil.

El entorno como un lugar en el que las personas pueden interactuar cara a cara fácilmente, y el contexto como descriptor de las condiciones interrelacionadas donde las personas viven sus vidas cotidianas, se convierten en ámbitos privilegiados para la consolidación de estrategias que conceptualicen el sentido relacional de las intervenciones en tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a la identificación y diseño de apoyos para las personas y los grupos en los espacios cotidianos y próximos.

El contexto representa una perspectiva ecológica que implica tres niveles: a) microsistema: incluye entorno social inmediato, a la persona y la familia, actividades, roles y relaciones interpersonales; b) mesosistema:

comprende el vecindario, comunidad, organizaciones que ofrecen servicios educativos, laborales, de rehabilitación o apoyos y c) macrosistema: como los patrones más amplios de la cultura y sistemas de organización política.

Para el diseño de los programas y acciones en salud comunitaria, adquiere especial relevancia entender que las personas que presentan distintos tipos de padecimientos asociados a los trastornos psíquicos y emocionales tendrán diferentes posibilidades de desarrollar sus vidas con mayor o menor grado de discapacidad, de acuerdo a las formas en que sean atendidos en el ámbito de sus entornos y contextos. Trabajar sobre el aspecto relacional-ambiental debería ser una prioridad, en tanto comporta grados intensos de producción de salud en términos de seguridad y confianza en la percepción de apoyos, así como autonomía en la toma de decisiones sobre posibilidades y proyectos.

Las relaciones interpersonales que las personas pueden establecer suponen el desempeño de roles, realización de actividades y ámbitos de participación en distintas áreas de la vida.

Desde las actividades de la vida diaria, el deseo de estudiar, la posibilidad de inserción laboral, el estar con amigos, preparar un viaje o cocinar se significan contextos de relación y para realizarlas se necesita del establecimiento de capacidades de planificación en el tiempo y en el espacio. Requiere haber incorporado nociones de secuencia y exige rudimentarias nociones de ritmo y estructura que permitan organizar y ordenar los recursos para desarrollar esas acciones.

La disponibilidad de los diferentes apoyos requiere de una cultura intersectorial, posibilitando la accesibilidad a los recursos y servicios que competen a toda el área de la vida de las personas y no sólo a los del sector salud. Es necesario mirar y atender todas las dimensiones de la vida de la persona, para que la persona viva con salud.

La necesidad de intersectorialidad se vuelve tangible a través de la utilización del concepto de la transición ecológica (Bronfenbrenner, 1987), en tanto los desempeños de roles, actividades, participaciones y entornos van cambiando a lo largo de la trama de la vida (Capra: 2000).

La posición de una persona en el ambiente ecológico se modifica como consecuencia de un cambio de rol, de entorno o de ambos a la vez, promoviendo procesos de desarrollo e incidiendo en conductas de autonomía, competencia, rol y relaciones interpersonales (Bronfenbrenner: 1987).

Esta idea de cambio, como signo y dato saludable, necesita ser incentivado, promovido y sostenido no sólo entonces a través del trabajo con las personas sino con las organizaciones e instituciones que reciben, permiten y potencian u obturan esos cambios. El sentimiento de frustración que provoca en los usuarios y en los equipos interdisciplinarios que trabajan en la consecución

de las estrategias para acompañar transiciones ecológicas adecuadas, y que no logran que los ambientes sean solidarios con esos cambios, es una escena repetida cuando la intersectorialidad no es puesta en práctica.

Todas y todos quienes hemos trabajado en la salud, debemos tener alguna historia del fracaso del proceso de integración e inclusión en los centros educativos, de trabajo, de recreación. En esas historias, lo que falla es el ajuste entre las expectativas, los recursos y apoyos con los que se cuenta, provocándose un descolocamiento. Este descolocamiento es parte de un sufrimiento que padecen las personas y sus familias, los equipos y las instituciones, y genera mayor vulnerabilidad.

Necesidad de repensar el primer nivel de atención como ambiente ecológico

La reflexión sobre los supuestos de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, como parte constitutiva de la tarea de los equipos, nos orienta a la reconceptualización del primer nivel de atención como ambiente ecológico.

En este sentido es preciso discutir cómo se configura, a partir de una serie de nociones asociadas, tales como las de barrio, territorio y comunidad, incluyendo la perspectiva de los modelos de articulación y coordinación con las organizaciones e instituciones, con los vecinos organizados, y movimientos sociales, integrando redes y estableciendo acuerdos con distintos tipos de actores, técnicos, políticos, académicos, comunitarios.

Incorporar estas ideas permite situarlo como lugar de convergencia y expresión de conflicto entre distintos tipos de organizaciones y ámbitos en los cuales las personas van realizando esas transiciones. Por tanto, repensar el primer nivel de atención es tomarse muy en serio que allí donde “la gente vive y trabaja”... y no trabaja, es un lugar privilegiado para tomar la cotidianidad como una trama valiosa en la cual es significativo potenciar relaciones de apoyo, cuidado, sostén, disfrute, acompañamiento y aprendizaje. Es allí en donde se puede trabajar confrontando los déficits de integración (Castel, 2010), operando en los comportamientos relacionales, en los cuales se evidencian “los procesos de desestabilización (...) como la fragilización de los soportes de la sociabilidad” (Castel, 2010: 269), considerando sus resonancias e impactos en el diseño de las prácticas de inserción (Castel, 2010).

Insistiremos en la diferenciación entre los conceptos de exclusión y desafiliación propuestos por Castel, por su utilidad para relacionarlos con el concepto de transiciones ecológicas de Bronfenbrenner. Éste otorga un poder casi mágico a la idea de rol, por su potencia modificadora, ya que la auto-percepción de la persona con respecto a cómo es tratada, tiene efectos sobre lo que actúa, hace, piensa y siente. Por tanto, cuánta confianza depositen los

equipos de salud en las posibilidades de los cambios de roles de los usuarios de salud será una cuestión imprescindible para colaborar con el desmontaje del “rol de enfermo mental”. Esto significa problematizar las actitudes estereotipadas y rutinizadas en el encuentro entre usuarios y equipos, sin margen para la creatividad.

Una conceptualización de rol, entonces, despojada de su asociación a la transición ecológica, no resultará eficaz para promover cambios con respecto a la desafiliación, en tanto no considerará a la persona y al ambiente desde una perspectiva ecológica.

Así mismo, omitirá la noción de identidad construida como procesual (Baumann, 2001) y constituida a partir de varios referentes (inscripción territorial, lugar en la estratificación social, género, pertenencia religiosa... (Castel: 2010) singularizada por los aspectos específicos de los trastornos de la enfermedad mental, expresados y significados en la persona y su ambiente.

La tarea de reconceptualización del primer nivel precisa incluir las preguntas por los elementos que definen actualmente al trabajador de la salud comunitaria y por los componentes del sistema de salud (Saforcada: 1999) en la coyuntura de la reforma en cuanto a potenciar procesos transformativos con respecto a las prácticas de atención a la salud en accesibilidad e integralidad. Cuánto se hace pesar el sistema de determinantes de la salud a la hora de priorizar las acciones desde un enfoque clínico restrictivo o social expansivo (Saforcada: 1999). Y por último, en qué formas ingresa la consideración de los aspectos de la subjetividad en la producción de la salud, junto a la utilización de criterios objetivos para la evaluación de los procesos y resultados.

Reconceptualizar el primer nivel de atención, implica trabajar con las paradojas y tensiones entre lo mental y lo integral; entre lo clínico y lo comunitario. Requiere del diseño y desarrollo de programas de intervención comunitaria, con indicadores específicos de evaluación, incorporando la herramienta de la epidemiología.

Por último, necesita extremar los cuidados para lograr congruencia entre los procesos de reflexión y de acción, tratando de que este modelo ecológico de desarrollo humano nos oriente en el trazado de las acciones en el primer nivel de atención, pudiendo lograr programas específicos que atiendan las singularidades de las situaciones de desafiliación y vulnerabilidad, de acuerdo a concebir que bajo la misma denominación de trastornos severos y persistentes –roles de usuarios de salud mental– identidad de la enfermedad mental, se significan personas que “no tienen ni la misma trayectoria, ni la misma vivencia, ni la misma relación con el mundo ni el mismo porvenir” (Castel, 2010: 258).

Sin duda que otra de las tensiones para los equipos y sus núcleos-campos de saberes que conjugan, es el armado de programas con estatutos de generalidad en el nivel de lo mesosistémico y de singularidad en su aplicación

microsistémica. La paradoja entre la necesidad de diseñar pautas comunes y recorridos protocolizados convive con la intimidad y sutileza de los espacios de encuentro, cocreados entre usuarios e integrantes de los equipos, capacidades y deseos de establecer encuentros entre personas con objetivos de retrazar los recorridos.

Para llegar al final, no se me ocurre mejor cosa que volver, como en el inicio, a la novela en la cual, de acuerdo a mi interpretación, Muriel Barbery describe la paradoja de ese tipo de encuentros como una lluvia de verano.

(...) primero la belleza pura horadando el cielo de verano, ese temor respetuoso que se apodera del corazón, sentirse uno tan irrisorio en el centro mismo de lo sublime, tan frágil y tan pleno de la majestuosidad de las cosas, atónito, cautivado, embelesado por la magnificencia del mundo.

Luego, recorrer un pasillo y, de pronto, penetrar en una cámara de luz. Otra dimensión, certezas recién formadas. El cuerpo deja de ser ganga, el espíritu habita las nubes, la fuerza del agua es suya, se anuncian días felices, en un renacer.

Después, como a veces el llanto, cuando es rotundo, fuerte y solidario, deja tras de sí un gran espacio lavado de discordias, la lluvia en verano, barriendo el polvo inmóvil, crea en las almas de los seres una suerte de hálito sin fin.

Así, ciertas lluvias de verano se anclan en nosotros como un nuevo corazon que late al unísono del otro.

Bibliografía

- Barbery, M. (2011). *La elegancia del erizo*. Buenos Aires: Seix barral.
- Bauman, G. (2001). *El enigma multicultural: un replanteamiento de las identidades nacionales, étnicas y religiosas*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Capra, F. (2000). *La trama de la vida: una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Morin, E. (1997). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención a la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Vignolo, J.; Henderson, E.; Sosa, A. y Schelotto, F. (2011). Plan de estudios 2008 de la carrera de Medicina de la UdelaR-Uruguay, en la implementación de la estrategia de APS y su renovación. En E. Lewkowicz, I. G. Antonio, D. Sánchez, y M. Fernández Galeano (Comps.). *Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Montevideo: OPS.

Disponer espacios: poder pensar, poder hablar

Ana Hounie*

“Pensar es ver y hablar, pero pensar se hace en el entre dos, en el intersticio o la disyunción del ver y del hablar. Pensar es inventar cada vez el entrelazamiento, lanzar cada vez una flecha desde uno mismo al blanco que es el otro, hacer que brille un rayo de luz en las palabras, hacer que se oiga un grito en las cosas visibles. Pensar es lograr que *ver* alcance su propio límite, y *hablar* el suyo, de tal manera que los dos sean el límite común que los pone en relación”.

Gilles Deleuze (1987)

¿Qué cosa significa trabajar en el campo de la salud?

Si avizoramos una respuesta más amplia que aquella que procura el alcance de una instancia ideal y nos apartamos de definiciones normativizantes de dicho campo provenientes de manuales u organizaciones, nos percatamos que nos encontramos en el mismo terreno en el que la subjetividad como construcción que involucra cuerpo y palabra muestra su herida en el seno del lazo social.

Por esto, trabajar en ese ámbito es ante todo disponerse a la trama de un encuentro colectivo que concierne a las variadas formas del dolor de existir y a los más sutiles modos de apertura de la potencia vital de las relaciones humanas.

“Nada de lo humano me es ajeno”, reza el dicho del que solemos servirnos cuando queremos dar cuenta de cómo estamos jugados en el terreno en el que nuestras acciones se despliegan. Cuando este ámbito es el referido,

* Responsable del grupo de investigación Clínica psicoanalítica y lazo social. Coordinadora Programa Clínica Psicoanalítica y fronteras disciplinares. Instituto de Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UdelaR.

cuando se trata de promover salud, calmar, aliviar, reconstituir, fortalecer, transformar o cualquiera de los verbos que nos permiten definir acciones ligadas a posibilitar “vivir de mejor manera”, nos adentramos en terrenos en los que la subjetividad configura un escenario propicio para una intervención posible. El carácter de ésta radica precisamente en promover los movimientos habilitantes de nuevos reordenamientos significativos que enriquezcan nuestro *ser en el mundo*, singular y colectivo.

Para este abordaje resulta preciso dar lugar a un instrumento que entendemos privilegiado: la palabra. Dar lugar a la palabra no significa reducirla a responder cuestionarios en busca de estándares protocolizados ni someterla a regular la incomodidad de una queja. Que una palabra tenga lugar significa que se le ha permitido ser en su condición de inesperada, reveladora, intempestiva y potente para construir espacios en los que poder habitar.

Algunos escenarios posibles dispuestos para esta emergencia, lo constituyen los llamados “grupos de palabra”. Estos dispositivos crean espacios privilegiados en los que estos movimientos se hacen posibles y por este motivo nos convocan. Ellos forjan, ocasionan y conmueven una de las tramas significativas de mayor complejidad de lo humano.

Dentro de la amplísima gama de concepciones de lo grupal y los abordajes posibles, la propuesta mencionada dispone una instancia que antes que nada recupere el valor del encuentro como acontecimiento transformador de la experiencia.

Mi experiencia en la coordinación de estos grupos me ha permitido constatar el hecho de que los llamados *trabajadores de la salud*, es decir aquellos quienes trabajan cotidianamente en situaciones de alta complejidad involucrando distintos niveles de sufrimiento (en múltiples ocasiones al límite de la vida), al ser convocados a hablar, manifiestan su sensación de soledad a la hora de enfrentarse con las situaciones más adversas, sintiendo en ocasiones la ausencia de herramientas para poder tramitarlas. Esta circunstancia –nada menor por cierto puesto que pone en juego la propia situación existencial– resulta relegada la más de las veces al “desahogo” con algún o algunos compañeros en busca de alivio momentáneo. Sin embargo, la vivencia es la de que esto no alcanza.

Es que sin marco de colectivización que permita compartir los sucesos y sus afectaciones, cada quien sustrae al espacio de lo íntimo la dimensión de lo intolerable, ocasionando alto grado de sufrimiento psíquico. Para algunos, este silencio impacta en las posibilidades de elaboración, arriesgando muchas veces el acto, en el orden de lo impensado. De ahí la importancia de los grupos de palabra, puesto que ellos permiten instaurar espacios desde donde promover, a partir del relato de experiencias y trabajo sobre las mismas, la exploración de recursos para resolver diversas situaciones planteadas. Al suscitar en el encuentro con el otro la búsqueda de respuestas y la producción

de interrogantes, se promueve una escucha abierta a lo nuevo y respetuosa de la diversidad. Al mismo tiempo, en tanto cada uno ejercita la posibilidad de entender la problemática de los compañeros y de verse a sí mismo a partir de la mirada del otro, permite potencializar la creación de una red de sostén y espacio de contención frente a las múltiples demandas que devienen cada vez más problemáticas debido a la complejidad de las tareas a abordar dadas las condiciones en que se efectiviza la tarea. Cabe señalar que los espacios colectivos propiciados posibilitan el desarrollo de un pensamiento crítico que ayuda a destrabar obstáculos perturbadores de la práctica y a facilitar la integración en equipos de trabajo.

No obstante, es preciso plantear que ellos en sí mismos no constituyen lugares provocadores de alguna suerte de lugar ideal que pueda operar a modo de refugio o “burbuja” (como suele decirse metafóricamente) aislada de “la realidad” que aguarda fuera. No se trata de la búsqueda de una homogeneización de la experiencia potenciando identificaciones especulares o promoviendo una “catarsis” cuyo único efecto concluya en una posición de “queja”. Si bien las diversas grupalidades conllevan la potencialidad de producir estos mecanismos, la intervención apunta precisamente a recuperar en la trama de lo *diverso*, en las notas distintivas, el valor que tiene la construcción de una red de sostén copartícipe.

Así, en el tránsito en que las diferencias pasan a constituir la riqueza de lo múltiple, una gama de emociones vitales entre las que se encuentran vivencias de incertidumbre, confrontación, perplejidad y también dolor, se convierten en lugares de circulación recurrente. Este atravesamiento necesario, este encuentro con lo próximo y lo ajeno, implica necesariamente el sostén de *zonas de tensión* que no son a eliminar, ya que ellas en sí mismas resultan productoras del marco necesario sobre el que se apoya la acción colectiva.

Es de este modo como entendemos la perspectiva de un encuentro con lo que “no encaja”, aquello que no es necesariamente esperable, y que lejos de reducirse al intercambio de opiniones entre una sumatoria de individualidades (puesto que no hay aquí ninguna concepción “in-dividua”), conmueve lo que resulta imposible de *normalizar* y resulta, cuando ocurre, el más grande promotor de reconocimiento de la subjetividad que nos habita.

Esto es lo que otorga sentido a un ofrecimiento que habilite el “poder hablar”. Y esta propuesta simple en apariencia, parecería no serlo tanto. La proliferación de dispositivos grupales casi a modo de moda a la que asistimos en nuestro tiempo, puede no dar lugar a otro modo de entender la función de la palabra y del encuentro con lo radicalmente otro, acallado comúnmente por las ofertas discursivas que con respuestas prontas de antemano procuran esquivar toda interrogación.

Las voces entre sonidos y silencios...

Cuando nos adentramos en el espacio grupal, rápidamente recibimos el impacto de una resonancia. Nos impactan ecos del encuentro intersubjetivo, portadores de una intensa gama de climas afectivos. Estos se imprimen en nuestro cuerpo, generando la condición de apertura por la cual se otorga posibilidad al advenimiento de un pensamiento colectivo, entramado, cuyo sentido produce siempre un plus respecto del conjunto de decires de los integrantes. Se trata de un efecto multiplicador, pero no en sentido estricto, ya que el resultado tiene, antes que nada, consecuencias de resignificación. En los grupos a los que nos referimos, es posible resaltar al menos dos líneas claramente visibles: una de ellas relativa a la vivencia de compartir desde lugares laborales muy disímiles, una tarea que los enfrenta al dolor y más precisamente a la experiencia de una carencia en el saber qué hacer con éste. Casi unánimemente las distintas voces expresan que no tienen preparación para dicho enfrentamiento. En el escenario más complejo, esto comporta un reclamo hacia la Institución que habitan: no se sienten preparados, dicen no haber sido formados para lo que enfrentan, es decir que sus saberes son siempre ineficaces respecto de la realidad que abordan, siempre desajustados a sus expectativas, siempre sumiéndolos en la incertidumbre. Aquello que los aqueja es colocado en el plano de una exterioridad que por momentos retorna a través de una vivencia de lo *siniestro*, tomado esto en el mismo sentido del *unheimlich* freudiano, una ajenidad intolerable vuelta propia, lo más íntimo vivido ajenamiento.

El abordaje de esta exclusión constituye uno de los desafíos en la intervención propuesta, ya que viabilizar la creación de una zona de transición, de pasaje, de metaforización posible, resulta indispensable para la promoción de salud como condición de posibilidad. Poder hablar, entonces, requiere ya de una posición subjetiva advertida del conflicto; poder transitar los *impasse* del discurso, lo no siempre explicable racionalmente, los destiempos, los equívocos, las zonas de tensión, forja mojones en el camino de una subjetividad que se reconoce involucrada más creativamente en los procesos vitales que la conciernen.

En los múltiples relatos surgen voces que intentan transmitir algo de esto: Recortadas de diversos encuentros en los distintos grupos, ellas **dicen del miedo:**

Una persona en situación de calle se presenta buscando una cama para quedarse, el psiquiatra puede internarlo y le da un pase al Servicio Social. Se queda en el patio del local, vuelve a pedir una cama y se genera una situación violenta pues comienza a romper cosas en la sala de espera. El médico estaba con miedo, yo tenía miedo, el miedo estaba latente en todos. Uno está expuesto. Intento mediar pero

sigue exigiendo una cama y comienza a dar golpes. En ese momento interviene el guardia con quien se pelea, intenta patearme y ya no me hace más caso. No estábamos preparados para esto.

Dicen de la incertidumbre: “Tenemos pacientes con problemas sociales, buscan refugio y no hay camas”, “Está toda la Salud recargada”. “La psiquiatría ha cambiado”, son problemas sociales mezclados con problemas del hogar, “ahora está todo mezclado”.

Dicen de la impotencia: “Hay que hacer lo que se puede, estamos en la guerra con un pomo”. “Y nos transformamos en espectadores”.

Dicen de la omnipotencia: “Nosotros salimos a reanimar, a salvar la vida”. “Nosotros no podemos equivocarnos.

Dicen de la desconfianza: “Siempre se habla de lo ideal, pero nunca de lo real” “Viene alguien, da una charla y después cada cual a la suya”.

Dicen de la soledad: “Hay un momento en que te la jugás solita”.

Dicen de la locura: “El temor es a perder la humanidad, pero y ¿cómo te defendés de tanta cosa? Hay que tomar distancia...”

Pero ¿hay que tomar distancia? ¿Cuál? ¿Cómo?

Aquí, el valor de la palabra adquiere relevancia en el sentido de que aún mas allá de los momentos de encuentro con abismos de la subjetividad en los que es posible sentir que ésta puede no colmar ni calmar el dolor de la experiencia, aún se torna preciso procurarse palabras para bordear esta distancia, esta herida. Hay en esto todo un valor constructivo, necesario y muy humano. Aunque a veces no haya, no surjan palabras, esto no necesariamente sume en la impotencia sino en la necesidad del encuentro de otras formas creativas que son lenguaje también y que anudan la subjetividad que incluye la herida que nos habita.

Algo que ilustra muy bien esto se halla en una escena de la película de Akira Kurosawa: *Rapsodia en agosto*, cuando dos ancianas se reúnen periódicamente a partir de la muerte de sus seres queridos ocurrida muchos años antes en la guerra de Hiroshima. Largo rato se las ve sentadas en *zeiza* una frente a otra, tomando el té en silencio. No pronuncian una palabra, sólo se miran; y frente a la pregunta posterior del nieto a su abuela acerca de qué clase de visita es ésa en la que nadie habla, la abuela responde que precisamente ésa es su manera de decirse algo. Claro está que se trata de una forma constructiva, que incluye la presencia del otro como remedo al dolor. No tapa la ausencia, tal vez incluso la reflota, pero para poder manejarla de otra manera.

Al mismo modo que en la *música*, el interjuego de notas y silencios provoca una construcción nueva en la que la palabra transita desde un mero

valor catártico para pasar a constituir en enlace para nuevas significaciones posibles.

Es notorio cómo en algunas ocasiones fue posible para quienes integraron estos grupos de palabra que algo de esto se produjera:

Estos grupos mueven bastantes cosas“. “Es posible poder hablar y ser escuchados...“ “Salir fortalecidos...Transitar la angustia de las situaciones que vivimos y poder poner límites, discriminar...“ “Buscar intersticios y canales, no dejarnos ganar por ese pesimismo que invade“. “Sentir que también podemos apoyar a otros, acercarnos...“ “Aprender a ver que lo que te pasa, también pasa en otros lugares, que no estás sólo“. “*Me di cuenta de lo importante de moverse de una posición. Un granito que se mueve, a alguien sirve... Me voy más satisfecho con el trabajo que hago. Me doy cuenta de que no soy un objeto en una máquina. Me voy con más cosas para poner en práctica, cosas para pensar...*

Sí, acordamos, de pensar se trata, y es una cuestión eminentemente ética la de darle lugar a un pensar en el cual estamos implicados de lleno quienes nos involucramos como profesionales de la salud. Un pensar sacudidor, promotor de interrogaciones, salpicado de incertidumbres, zonas de tensión y efectos paradójales y, antes que nada, no exento de pasión, condición de posibilidad para una acción transformadora. Es que como señala el escritor y filósofo Santiago Kovadloff (2004): “cuando alguien que conversa con nosotros es capaz de mostrarse expuesto a la emoción de vivir, le sea favorable o no, no podemos menos que sentirnos reconocidos hacia él, pues ha dejado caer ante nuestros ojos la máscara que a diario nos desfigura”.

Bibliografía

Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Barcelona: Paidós.

Kovadloff, S. (2004). El acto de Escribir. En *Una Biografía de la lluvia*. Buenos Aires: Emecé.

Capítulo V

CIRCULACIÓN Y ESPACIO PARA LOS CUERPOS EN LA APLICACIÓN DE LÓGICAS PSIQUIATRIZANTES

Composición entre Paisajes y Cuerpos

Psic. Carmen De Los Santos*

Hay vida cuando hay escucha

Agradeciendo la invitación y celebrando la oportunidad de discurrir por el tema de la circulación y espacio de los Cuerpos en una publicación que instala el debate sobre Salud Mental, referiremos entonces a lo que en este entorno venimos realizando y experimentando en la región, como prácticas provenientes de tres vertientes confluyentes: de la investigación, de la docencia y de la clínica psicoterapéutica.

A sabiendas de que el lenguaje es esquivo, ya que en su polisemia permite y esconde problemas, vamos a ir introduciendo algunos conceptos que circulan en el espacio conceptual y operacional que despliega nuestra práctica, en el entendido de que es en el mismo campo del lenguaje que entendemos la circulación y hacemos espacio para eso llamado Cuerpo(s).

Hace ya mucho tiempo sabemos que lo entendido como irracional, ilógico y que escapa del sentido compartible en la llamada “insanía mental”, ha perpetuado lógicas de encierro, de apartamiento y exclusión, y actualmente podríamos llamar, en una sociedad altamente medicada, de narcotización de los cuerpos.

La angustia, como uno de los obstáculos determinantes al capitalismo salvaje en el que vivimos, es leída como un mal condenable, en tanto retrasa el flujo continuo del capital (la gente angustiada no produce, desea) y por ello esa angustia es intencionalmente adormecida por el propio sistema que la activa.

Marcelo Percia propone:

(...) la angustia como afección anticapitalista. La angustia es el infinitivo de la vida humana: es silencio y soledad. No hay deseo sin la invención de ese

* Docente universitaria e investigadora en Instituto de Psicología Clínica de Fac. de Psic., UdelaR, psicodramatista y psicoterapeuta. Correo electrónico: carmendelossantos@psico.edu.uy

vacío. El deseo no busca la posesión, sino el buscar. El deseo es una forma impersonal sin compromisos con una meta anticipada. El deseo tampoco se posee, se da o se aloja, provisorio, en su paso hacia lo otro. El deseo es inconformidad.

Las lógicas de encierro circulan socialmente condenando y enclaustrando las voces que dicen de su angustia (y de su deseo). La farmacología narcotizante actúa sobre las prácticas de angustia. Cada vez más la angustia se considera improductiva, cada vez más el deseo es consumido. Los escolares deben moverse menos, las personas con privación de libertad aguantarse quietas, los viejos deben dejar de quejarse.

Los espacios de encierro son cada vez más cotidianos, más sistemáticos, son lógicas que nos enclaustran a todos.

Las zozobras de la inseguridad social ayudan a pasarnos la llave hacia el afuera.

Nótese que ya no decimos angustia vinculada a la locura o enfermedad mental, no planteamos acá manifiestos desmanicomializantes.

Proponemos escuchar las voces de la angustia, en el entendido de que las sociedades de enclaustramiento están dominando su decir y la producción capitalista es un rumbo que arrasa lo humano.

Hablamos de la angustia del cotidiano, del ser común, del estar en el encierro de las instituciones y sus prácticas, de la imposibilidad de humanizar un trazado del deseo, de la pasividad de la búsqueda colectiva, del encierro que produce una lógica territorializante de distribución de los cuerpos y espacios, y su circulación escasa, o segada.

Intentamos hacer algo con esa angustia, sosteniendo su errancia y yerro, sin desterrarla.

Intentamos sostener sus voces en Instalaciones de Escucha y Habla, en Paisajes que se mueven, que proponemos en Movimiento.

Venimos conceptualizando en experiencia los Paisajes en Movimiento que están compuestos de Instalaciones de Escucha, de Habla y Escritura.¹

Una modalidad que a la vez que toma conceptos (Instalaciones y Paisajes) del campo del arte, de la ecología política y los discursos etológicos territoriales (Paisajes) para ponerlos a producir en los campos que atañen a nuestra tarea y desvelos, también intenta producir conceptos, circular por el lenguaje, co-crear y componer entre campos, entre disciplinas y entre personas.

1 Programa *Paisajes en Movimiento. Instalaciones de Escucha, de Habla y Escritura*. Presentación primera en VIII Bienal de Juego, Montevideo, 2009. Programa en desarrollo, en diferentes ámbitos y experiencias sociales y culturales, entre fronteras de lo académico y los saberes populares. Autoría y Dirección: Psic. Psicodramatista Carmen De Los Santos.

Sostenemos que uno de los indicadores actuales en nuestra región del creciente individualismo y soledad en la que la angustia crece, es la jerarquización y demarcación territorial en que las voces legitimadas (por las políticas de estado, por las academias por la psiquiatría, por el capital) se hacen oír, y las voces minoritarias, por su falta de primacía, son acalladas.

En un mundo determinado por la importancia del producto, lo que las voces mercantilmente no productivas dicen, es desterrado: las voces y su decir.

En un mundo fragmentado y crecientemente territorializado, donde priman las lógicas de deportación, fronterización y localización, proponemos Paisajes en Movimiento que, locales y situados, fijen asentamientos transitorios, donde hacerse oír con prácticas de escucha y habla, con registros de escritura. Es así que pensamos la clínica psicológica, es así que pensamos la docencia.

O mejor, es desde allí que empezamos a pensar.

Detectamos que el miedo creciente a decir y el vaciamiento de la inclinación a escuchar, contruidos por una falta de narrativa social y un contacto efímero y banalizado de los cuerpos, fomentan las lógicas de acallamiento y la dispersión de los cuerpos sociales.

La creciente inclusión entre las tareas del Estado por el cuidado de la vida (los problemas de la biopolítica) generan una alta tasa de exclusión al querer segmentar y diferenciar para controlar: lo extraño y diferente es marcado, fijando un punto cada vez más distante de encuentro, o incluido en rápidas y aparentes políticas llamadas inclusivas.

En intentos por integrar un sistema nacional de salud y de cuidados, se corre el riesgo de delimitar indicadores, estratifican sintomatologías y producciones subjetivas que pierden sus cualidades singulares en un afán de atenderlo todo.

Los problemas sociales son diversos y requieren diferentes abordajes, políticas inclusivas en la advertencia que este término parte de la diferencia.

Proponemos en nuestra experiencia una política de escucha, de encuentro, de no jerarquización de voces y saberes, de re potenciación de lo que cada persona, grupo o colectivo puede crear a partir de una relación vuelta hacia una narrativa común y de memoria, en lo colectivo y de compañía que tiene el término.

Los Paisajes en Movimiento y sus Instalaciones de Escucha, Habla y Escritura nos provocan a fijar puntos de encuentro, territorios comunes, espacios próximos de circulaciones posibles.

Son creaciones en el campo del lenguaje y del cuerpo, si es posible pensar *en interacción*, haciendo énfasis no tanto en el aspecto formal sino en los modos de composición.

La capacidad transformadora y liberadora de lo creativo, posibilita la circulación y la habilitación de espacios que aún en su finitud, se hacen universos existenciales posibles.

Ir a la escucha...

Venimos componiendo dichos Paisajes en Movimiento y sus Instalaciones de Escucha, Habla y Escritura, en diferentes situaciones sociales, culturales, colectivas.

Creando modos de acción e investigación con registros narrativos, audiovisuales, en intersección productiva con lenguajes provenientes de diferentes discursos estéticos.

Hemos ido a recoger distintas voces en presentaciones de libros académicos, en resonancias posteriores a obras de teatro que hablan de violencia y marginalidades, en congresos sobre educación y pedagogía, en situaciones de trabajo con gente que trabaja con situación de calle extrema, en visitas compartidas al Museo de la Memoria, en bienales de juego, en encuentros sobre clínica y salud mental, en situaciones de docencia, en grupos terapéuticos, en estrategias de cuidado de Equipos de trabajo, en situaciones donde hay algo para decir, para compartir, para escuchar.

Hemos realizado el Coloquio de Psicodrama en Uruguay con la idea de instalar las voces de Psicodramatistas que transmitieron Psicodrama y vivieron en Uruguay entre los años 1973-1985, en función de recoger una narrativa posible de la historia de un movimiento creativo y de resistencia.²

Creamos registros de memoria, narrativas compartidas, documentos videográficos, instalaciones sonoras.

Compartimos en amistad con gente que produce en el campo del arte y de otras disciplinas afines.

Compartimos posteriormente estos registros en otras situaciones sociales y volvemos a realizar las Instalaciones de Escucha y Habla, y seguimos generando encuentro, escucha, tramas sociales.

Son lugares abiertos, públicos, pueden participar todos.

Las experiencias de los Sociodramas públicos y las sesiones abiertas de Psicodrama nos asisten.

Nos movemos, disfrutamos, experimentamos, aprendemos, aumentamos nuestra potencia de ver y actuar, generamos espacios próximos.

Paisajes en Movimiento trabaja en:

2 Coloquio Uruguayo de Psicodrama, noviembre 2012, realizado en la Facultad de Psicología: es parte de la etapa de entrevistas y recuperación de voces para la Investigación "Psicodrama en Uy, ¿aquí y ahora? Narrativas de transmisiones en Grupos y Psicodrama entre los años 1973-1985, a cargo de la Psic. Carmen De Los Santos.

(...) nuevas Modalidades de estéticas de Intervención e Investigación en el campo de las ciencias llamadas sociales y se enmarca en un Programa Experimental que articula en un diseño único, un proyecto de investigación (sobre una nueva modalidad teórico-artefactual y sus fundamentos conceptuales), la intervención propiamente dicha (actividades en el medio, en colectivos sociales, clínicos, comunitarios y didácticos) y la docencia (en la Universidad y en diferentes colectivos de transmisión didáctica).

Paisajes en movimiento: Instalaciones de Escucha, de Habla y Escritura trabaja sobre una propuesta de sistematización y análisis de los efectos que producen algunos procedimientos originales de in(ter)venición en la comprensión de las lógicas de composición de las relaciones sociales.

El Programa propone experimentar y conocer modos de trabajo colectivos y *en* experiencia con personas, así como compartir algunos territorios nocionales y artefactuales que, definidos como *Instalaciones* y *Paisajes*, toman por asalto la noción contemporánea de Cuerpo para amplificarla desde su reducto organicista. Asimismo revitaliza y recrea conceptos: toma el concepto Instalaciones del campo estético para ponerlo a trabajar en el campo de las ciencias sociales, así como Paisajes, concepto de larga tradición en movimientos artísticos: pictóricos, musicales, narrativos y urbanístico-arquitectónicos, y que tiene una fuerte impronta en las producciones filosófico-estéticas en el mundo oriental de las ideas.

La creatividad y sus modos posibles y singulares, visibilizados y compartidos colectivamente en experiencia, es la apuesta resonante (...)

Desde Paisajes en Movimiento y sus Instalaciones, las artes escénicas y el trabajo *en* experimentación, la creación de narrativas y el trabajo con textos filosóficos, los juegos de invención, los espacios sonoros, informáticos, fotográficos y videográficos se articulan de modos *cyborg* (Donna Haraway: 2004) creando zonas de transformación, invencionando (neologismo propuesto) recursos de trabajo que experimentales (ideas y afectos en movimiento) sean modos de expresión compuestos desde el campo de las implicaciones político-institucionales, en espera a contribuir en (...) territorios de composición de pensamientos de la acción social y sus éticas.

Paisajes en Movimiento y sus Instalaciones es un programa que experimenta a la vez que instrumenta en situaciones singulares y sociales, y que en acciones tributarias del trabajo Psicodramático y de la Multiplicación Dramática, profundiza en temáticas desarrolladas en la Universidad relacionadas con ética y estética, así como provenientes de producciones psicosociales y socioanalíticas. Se configuran desde la necesidad de intervenir en el espacio público y con situaciones de numerosidad social, que provocan y proveen nuevas miradas de la concepción de lo que enseña un Taller (dispositivo estudiado y trabajado en la docencia y en espacios sociales y organizacionales), con producciones sedimentadas en la investigación y experimentación en artes y oficios, resultando en la comprensión creativa de

que *cada persona puede componer sus recursos sobre la superficie de los propios saberes e intereses.*

En las prácticas psico-sociales y comunitarias en el campo de la salud y de la educación se ha producido una proliferación tecnológica significativa en las últimas tres décadas. En muchos casos se debe a la necesidad de poder operar en medio de la complejidad de vectores que intervienen en la construcción de la realidad. Esta necesidad de “innovación” de la que participan nuevas generaciones de personas que trabajan en *lo social*, no es frecuentemente acompañada de desarrollos teóricos que las justifiquen y de marcos experimentales que las puedan validar.

Paisajes en movimiento... propone experimentar en los modos de interlocución (*escucha, habla y escritura*), a la vez que estudiar y analizar los efectos de estos *encuentros*, con el propósito de comprender los *modos de composición de relaciones* en que estos encuentros se instalan.

Este modo ha sido utilizado en múltiples situaciones sociales, comunitarias, didácticas, clínicas y estético-conceptuales, apelando a los modos creativos y conocimientos particulares que los equipos de intervención e investigación potencian. ¿Se puede, entonces, plantear *la composición de relaciones*: el espacio, los cuerpos, el movimiento (la acción) y las ideas, como *Paisajes*?

¿Se puede pensar que podemos crear, comprender y compartir estos *Paisajes* como prácticas sociales, *prácticas de escucha, de habla, de escritura*?

En el Río de la Plata se cuenta con una extensa y prolífica tradición de trabajo con metodologías grupales. El *registro experimental* es parte de dicha tradición, en tanto se formaliza como el estudio de los procedimientos de la experiencia. Esta tradición ha promovido el despliegue de modos de intervención discretos, creativos y bellos en el arte de sanar y de aprender. Asimismo retoma la *tradición filosófica* del arte de la *escucha*, el *habla* y la *escritura*.

La investigación en esta modalidad teórico-artefactual *Paisajes en movimiento: instalaciones de escucha, habla y escritura*, parte de las siguientes hipótesis de trabajo: contribuye a la comprensión de la situación de conflicto o padecimiento y a su *des-potenciación*, *potenciando* modos creativos de las personas que hasta entonces no los reconocen como propios y activos. Esta *recuperación* de los modos creativos activa la *recuperación de poder* en las personas y en los colectivos. La reapropiación de las respuestas creativas que cada *cuerpo* tiene, *aumenta la capacidad de conocimiento sobre sí y modifica las lógicas de composición de las relaciones (...)*

El concepto de *Obra* como noción abierta, desde la Escucha que hace *Paisajes en movimiento* al problema planteado como motivo de conflicto, es un aspecto central del procedimiento a seguir. Se propone crear una superficie de intervención diagramada por el espacio, un guión y una estrategia de *instalación* del mismo: se insta a trabajar con el mínimo de recursos, instalada la *Obra* en el trabajo de la tríada: *cuerpo-espacio-movimiento*, impulsando como lógica didáctica y de recu-

peración de poderes el trabajo en afecciones positivas. La utilización de categorías de Artes y Oficios que *Paisajes en Movimiento* tenga a disposición serán las usadas en la escucha y la superficie de reflexión que plantea la Obra. Es fundamento de la Obra, que contemple la intervención del *Cuerpo* (colectivo, singular, plural) que propuso el *problema*, trabajado con el propósito de reapropiarse del planteo, en el mismo texto semiótico material de la propuesta.

Se intenta recuperar la multiplicidad y potencia de los discursos en la *escritura* de un Documento inspirado en el estudio de los Manifiestos de las Vanguardias Artísticas como registro material de la experiencia. El mismo intentará proponer un *proyecto* posible diseñado como abordaje del problema que el *Cuerpo* formuló.³

¿Hay vida cuando hay obra?

Pensamos que sí, que hay vida cuando la vida obra, obra no en sentido trascendente sino en su inmanencia, es decir sin un adentro interior, sin afuera exterior, con escucha, en su por-venir.

Coincidimos con la intuición de Hanna Arendt en su estudio sobre lo que la cultura humana es capaz de producir, desde la experiencia brutal del nazismo y los regímenes genocidas de exterminio, en el que trabaja la superfluidad que los estados totalitarios crean: superfluidad, seres superfluos, que sobran, que son excedentes o desestimadas sus identidades: un número, un musulmán (podríamos decir aquí: un plancha, un pichi), una población excedentaria que esa experiencia terrible comprobó.

Por ello, proponemos una lógica de singularización de vida a través de singulares prácticas de obra y trabajamos en una recuperación de la angustia como eje creativo *que tiene algo para decir* (en ello apelamos a los estudios sobre el Arte y Creación, así como los Manifiestos que las Vanguardias Artísticas y los Movimientos (como el Situacionismo) han trabajado, diciendo y escribiendo sobre lo creado, sobre la potencia de pensar).

Proponemos estas acciones en prácticas de existencia, situadas y locales. Esto intenta la singularización, el pliegue que hace que una zoé (una vida desnuda, orgánica) finalmente tenga un bios (una vida políticamente calificada, una biografía, una inscripción deseante) apelando a la creación de vida no superflua, no sobrante. Proponiendo una recuperación creativa de las mismas a través de narrativas y memorias, entendiendo un afuera no exterior ni un adentro interior en el pensamiento, sino *con ellos*.

Tanto M. Foucault como G. Deleuze en los últimos textos escritos plantean una herencia testamentaria en relación al concepto *vida* que aún hoy sigue

3 Extractado de: De Los Santos, Carmen (2010). Paisajes en movimiento: la Consagración de la Primavera. En *Matriz(x). Memoria de la VIII Bienal Internacional del Juego*. Montevideo: Publicación Fondos MEC.

provocando el pensamiento. El primero en función de una nueva y errante relación entre verdad y sujeto, el segundo en relación a la inmanencia como *una vida* (Agamben, G., 2007).

Pero sin dejar de circular por el lenguaje entendemos que hay una advertencia entre la relación de la trascendencia, algo que sin dejar de hacer énfasis en la creación como una marca significativa de existencia, de la angustia de ser y estar en el mundo, no tiene un afán de persistencia (aunque también advierte contra lo volátil y efímero de las producciones capitalistas).

Es decir que nos situamos en la advertencia contra la existencia de verdades absolutas e identidades fijas, sin dejar de pensar en la importancia de la huella vital de la existencia humana.

Podemos pensar la realidad como un híbrido, una siempre local y situada singularidad donde lo humano es pensado como composición de lo animal, humano, artificial y natural (Haraway, Latour).

Nuestra concepción del cuerpo, el espacio y lo natural varían.

En esta vida híbrida intentamos detenernos un tiempo, con el afán de escuchar qué tienen las personas para decir, comprendiendo cabalmente que hay un afuera no exterior, un adentro no interior y una no-relación con el afuera, algo que siempre va a estar insistiendo sin ser asible nunca (Foucault y el pensamiento del afuera). O al menos así formulado, sirva para situar los límites posibles de nuestra escucha y de nuestra capacidad de producción.

Personas dicen...

En este pensamiento actual capaz de ser definido como híbrido venimos proponiendo el concepto *Paisajes en movimiento*, como una *entre-invencción* que asigna a un tiempo una composición de planos donde lo natural, lo humano y la interposición de nuestra escucha son co-creadores.

“La propuesta de trabajo incluye los modos *en* experimentación de discursos y conceptos, con trabajo proveniente del Psicodrama y los efectos de Multiplicación, el Socioanálisis, los estudios culturales en Arte y la Filosofía descolonizadora así como la Ética política. Esas son las referencias trascendentes que hacen al corpus no trascendente de lo *posible que vamos realizando*.

Entendemos lo posible que vamos realizando al trabajo de investigación y exposición en lo acotado de la intervención, entendiendo ésta como la *entre-invencción*: más una plataforma de acción que el acto imperialista de introducir un pensamiento esencial (...)

Escuchar en esta situación lo entendemos como *aguzar el oído (...), entender (...), estar tendido hacia un sentido posible, y en consecuencia, no inmediatamente accesible* (Jean-Luc Nancy: 2007). (...)

¿Qué es lo que puede un cuerpo? (Baruch de Spinoza)

La pregunta del filósofo de la ética plantea un desafío a la vez que posibilidad: el tema de la potencia se ve rescatado entonces en una doble pregunta: sobre el pasado y el futuro, en lo que transcurre como devenir acontecimiento. (...)

Lo acontecimental es un campo que se aventura en las lógicas de los procedimientos, las regulaciones, los contratos y las lógicas prácticas.

Enlaza la escucha de las afecciones de la tarea y la posibilidad de transferir metodología y conocimientos que provean otras miradas tendientes a desintensificar los efectos de sufrimiento de la tarea, así como preservar las potencias de crear y actuar en cada equipo /grupo/persona.

Escuchar entonces se propone como una estrategia (...). La polisemia de sentidos otorga una riqueza y pluralidad que da lugar a las múltiples voces de estos encuentros (...)

Para producir una variación en el texto, otra traducción de la voz de Spinoza:

“Nadie sabe aún de lo que un cuerpo es capaz” (De Los Santos, Carmen, 2012).

A la búsqueda del tiempo de encuentro

En el arte de los últimos 30 años se propone a las Instalaciones como un género formado por la interacción de multiplicidad de lenguajes estéticos.

Es así que tomamos la Instalación desde nuestra proveniencia psicológica y tradición clínico-social para trabajar modo artefactuales de analizar la composición de relaciones: intersección de diferentes lenguajes y cuerpos para escuchar, en una entre-invencción, las diferentes voces.

La Instalación de Escucha entonces se propone como modo de diálogo social donde se desjerarquiza la relación de saber-poder, en el entendido de que todos portamos un saber que potencia la composición desde el particular lugar que se ocupa.

La intersección de ideas y metodologías han generado múltiples prácticas en el desarrollo de las ciencias sociales, algunas de volumen (por su arquitectura o efectos) y rigor conceptual, otras evanescentes.

Quién y qué define el rigor de lo producido nos sitúa en un mapa de voces legitimadas y legitimantes, demarcaciones disciplinarias y disciplinantes, otras políticamente autorizadas o autorizantes.

Muchas veces este juego de voces posibilitan o invisibilizan, no en su totalidad pero quizás en sus efectos, y se instalan en lo que comprendemos como procesos institucionales y organizaciones que regulan el saber y el orden de la experiencia.

Pero también circulan por sus bordes y derrames un montón de prácticas que finalmente no se terminan de analizar y comprender si no sostienen lo que queda inscripto en el territorio de lo legítimo, sea esto lo que signifique en el colectivo de referencia o de pertenencia. Estas prácticas llamadas locales se evidencian quizás en universos de diálogo institucionales (trabajo, instituciones del saber, salud, comunidad, lo académico, organizaciones de reparto del orden administrativo, prácticas de arte y colectivos estéticos, otros) donde la pulsátil reafirmación de lo creativo queda opacada por procesos de vaciamiento repetitivo.

Entonces, ¿se puede pensar la composición de relaciones, el espacio, los cuerpos, el movimiento (la acción) y las ideas como Paisajes en movimiento?

¿Se pueden pensar entonces que los podemos crear, componer y compartir como prácticas sociales, prácticas de escucha, de habla y escritura?

¿Comprender y analizar sus lógicas de composición? (...)

¿También comprender sus contratos, las formas que toman éstos en las prácticas sociales y comunitarias, en las prácticas sanitarias y educativas, en la circulación de las artes y oficios? (...)

Instalando una ética de los cuerpos

La Instalación Spinoza muestra y trabaja en experimentación un modo de diálogo social, inspirado en el trabajo docente y de la clínica psicológica.

Instalación porque es una modalidad que toma en su modo de hacer y experimentar las intersecciones de tradiciones estéticas del arte contemporáneo así como en articulación la proveniencia de las artes escénicas y visuales.

Spinoza, porque se inspira en los conceptos de Encuentro, Afecto y Potencia desarrollados por el filósofo en su obra *Ética*.

La Instalación Spinoza nace de la necesidad de trabajar espacios transversales de Escucha y de Habla, tanto en la numerosidad de la didáctica universitaria como en la clínica psicológica grupal, así como registros Narrativos de lo que un cuerpo (social, colectivo, local, singular) es capaz de visibilizar y enunciar.

Desarrolla modalidades provenientes de la clínica y la didáctica con Psicodrama y Multiplicación Dramática.

Es una modalidad que a la vez que permite experimentar en situación, habilita el aprendizaje y la visibilización de los elementos éticos presentes en el trabajo con personas.

La Instalación Spinoza se continúa investigando en sus efectos, limitaciones y potencias. Dicha Instalación la formulamos como tal en el año 2005, originalmente a partir del texto de clases realizadas en la Universidad

de Vincennes, entre 1981-83, por el filósofo Gilles Deleuze sobre Spinoza y los conceptos mencionados.

La propuesta de la Instalación es sencilla: un colectivo de personas, dos sillas (una mirando en sentido contrario a la otra, en paralelo) en el centro, un texto, la capacidad de moverse entre el cuerpo y las ideas.

Luego de escuchar, en movimiento, el texto:

Recordamos que nos abstenemos del juicio crítico, que no hay preguntas inteligentes ni sagaces, ni buenas ni malas y definitivamente se puede preguntar cualquier cosa y responder cualquier cosa, porque el conocimiento está hecho de los saberes más sublimes y de los más evidentes.

Entonces vamos a integrar todo eso, y la idea es la siguiente: alguien espera en la silla de la respuesta, alguien se sienta en la silla de la pregunta y hace su pregunta espontáneamente, lo que desee o le provoque inquietud, integrando cosas del texto o partir del texto. Y la persona responde lo que en inmanencia produce, ¿sí? Luego la persona que respondió se integra al auditorio nómada y la persona que preguntó se sienta en la silla de la respuesta y espera a que alguien vaya y pregunte. En el tiempo en que la persona de la respuesta se integra al auditorio, caminamos, por ello lo nómada. Cuando se produce el encuentro, nos detenemos, ¿de acuerdo? Recuerden que no hay límite de concurrencia al escenario, todas las personas que quieran pueden pasar...

Algunas notas:

(Silencio largo)

(Mujer) ¿De alguna forma vos pensás que existe la posibilidad de que uno se mueva y no sea libre?

(Silencio)

(Mujer) Sí, en tanto uno moviéndose puede armarse marcos, que enmarcan y no te dejan en realidad trazar más horizontes que marcos, me parece que eso lo hacemos también moviéndonos.

(Silencio)

(Mujer) Yo te iba a preguntar exactamente lo mismo... Bueno, entonces te pregunto: ¿vos sentís que la experiencia de libertad puede ser prolongada en vos?

(Silencio)

(Hombre) No, creo que no. Creo que es todo lo contrario, seguramente, que justamente por eso es algo que anhelo tanto también, ¿no?, esa cuestión de que es tan frágil, tan precaria, digamos, como que constantemente se está escapando.

(Hombre) ¿Qué son las cosas de las que no has sido capaz?

(Mujer) Eh... fá, creo que hay muchas: no he sido capaz a veces de apropiarme de cosas mías, que yo misma produzco, (...) no me apropio y no me hago cargo.

(Hombre) ¿Vos creés en Dios o en algo trascendente?

(Mujer) Sí, sí creo en Dios, totalmente.

(Mujer) ¿Qué ves ahí?

(Hombre) ¿Qué?

(Mujer) ¿Qué ves ahí?

(Hombre) Ehh, no sé. Eso. Veo.

(Algunas preguntas, algunas respuestas de las múltiples Instalaciones Spinoza que venimos realizando, cuya publicación está en proceso de edición).

Entendemos entonces las *entre-invenciones* como un paisaje situado de composición multiforme y polivalente, con diferentes voces heteroglósicas (tesis central de Bajtin). Compuesto de voces humanas, animales, artificiales, naturales (tesis central de Donna Haraway) toman para nosotros diversos modos de expresión según tres escenarios inspirados en las Tres Ecologías de Félix Guattari: el mundo del medio ambiente, el de las relaciones sociales, el de la producción subjetiva.

En estos escenarios conexos destacamos tres niveles articulatorios, en composición pero discernibles: el de la epistemología (modos de construcción del conocimiento), el de la ética política y el de la tecné (modos, procedimientos, métodos, reglas, pronósticos e indicaciones).

Estas llamadas figuraciones compositivas desrealizan lo Uno y entablan la potencia de encontrar modos expresivos que hagan composición en los universos en que la vida humana se crea. Por ello existen la consulta, la demanda, el pedido. La infelicidad, la frustración, el malestar por la crueldad son las figuras que nos interrogan y piden ser vueltas a presentar.

Decía el pintor Paul Klee que cuanto más horrible es el mundo, más abstracto su arte: un mundo feliz tiene un arte inherente.

¿Habremos un día de componer paisajes que no necesiten más legitimación que la alegría del encuentro y más belleza que el mismo?

Bibliografía

- Agamben, G. (2007). *La potencia del pensamiento: ensayos y conferencias*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editores.
- Bauman, Z. (2007). *Miedo líquido: la sociedad contemporánea y sus temores*. Buenos Aires: Paidós.
- Debord, G. (1958, 1999). Teoría de la deriva. En *Internacional situacionista: la realización del arte* (v. 1). Madrid: Literatura Gris.

- Deleuze, G. (2007). *Pintura: el concepto de diagrama*. Buenos Aires: Cactus.
- De Los Santos, C. (2007). Instalaciones clínicas: entrevista con el arquitecto. En R. Pérez Fernández (Comp.) *Cuerpo y Sociedad*. Montevideo: Universitario.
- De Los Santos, C. (Directora) y Musitelli, F. (Registro videográfico) (2010). *Ahí, Ahora: Instalación Spinoza en el Museo de la Memoria: una visita compartida y colectiva* [Documental en proceso de post-producción]. Montevideo.
- De Los Santos, C. (2010). *Instalación Spinoza. Comunicación II*. Recuperado de: <http://blog.programacuerpo.com>.
- De Los Santos, C. (2010). Paisajes en movimiento: la Consagración de la Primavera. En *MATRIZ(X). Memoria de la VIII Bial Internacional del Juego*. Montevideo: Fondos MEC.
- De Los Santos, Carmen. (setiembre-octubre, 2012) Extracto de documentos realizados en el marco de *Consultoría individual para acompañamiento, sostén y capacitación de los equipos técnicos* para el Programa de Apoyo a la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia (ENIA).
- Didi-Huberman, G. (1997). *Lo que vemos, lo que nos mira*. Buenos Aires: Manantial.
- Foucault, M. (2004). *El pensamiento del afuera*. Valencia: Pre-textos.
- Haraway, D. (1991). A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century. En *Simians, Cyborgs and Women: the Reinvention of Nature*. New Cork: Routledge.
- Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos: ensayo de antropología simétrica*. Buenos Aires: Siglo XXI.

El cuerpo: ese campo de batalla

Luis Gonçalvez Boggio*

Cartografía reichiana y territorios existenciales

Desde hace años estoy desarrollando una cartografía reichiana de los cuerpos, con el objetivo de establecer un puente y un diálogo entre W. Reich (el maestro y creador de la Psicoterapia Corporal Bioenergética) con filósofos como B. Spinoza y F. Nietzsche, y con autores contemporáneos como M. Foucault, G. Deleuze, F. Guattari, R. Lourau y G. Lapassade.

La necesidad de repensar la dimensión corporal a la hora del trabajo clínico, tanto en lo individual, como en lo grupal y lo organizacional, me ha llevado a articular dicha dimensión en un permanente campo de fuerzas que va delimitando y definiendo los territorios existenciales de los distintos conjuntos subjetivos en los que he intervenido.

Basándome en las cartografías esquizo-analíticas –de Félix Guattari y S. Rolnik, 2005– y socio-analíticas –de J. Rodríguez Nebot, 2010–, he diagramado una cartografía sistémica que posibilite mapear, de un modo muy simple, los vectores de fuerza que atraviesan la cotidianeidad.

* Psicólogo. Analista Reichiano y Psicoterapeuta Corporal Bioenergético (*Certified Bioenergetic Therapist* egresado del *International Institute for Bioenergetic Analysis*). Especializado en Psicología Social y Psicotraumatología Contemporánea (EMDR, EFT, TFT, TIR, TIC, TRE). Docente universitario del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la UDELAR. Investigador. Autor de 5 libros y de más de 15 libros en co-autoría. Docente invitado de Vibrare, Sedes Sapientiae, Sobab (Brasil), Fundasoma (Venezuela), TEOB (Chile) y Escuela Latinoamericana de Análisis Bioenergético y Técnicas integradas (Argentina). Actual miembro del Comité Científico Internacional de las Psicoterapias Corporales (ISC). Miembro Didacta y Presidente del TEAB (Taller de Estudios y Análisis Bioenergético). E mail: teablg@yahoo.com / lgoncalvez@psico.edu.uy. Web: www.clinicabioenergetica.org.

Un territorio existencial puede definirse, operativamente, a partir de los distintos cuadrantes que conforman y que le dan sentido a nuestra vida, en un momento determinado. Dichos cuadrantes, al tener una dirección y vectorizarse, conforman un proyecto vital, es decir, una deriva diferencial más o menos consciente.



Si la pensamos como un campo de fuerzas siempre interrelacionado, que diagrama nuestros territorios existenciales a partir de los distintos encuentros y momentos de nuestra vida, esta cartografía es altamente móvil.

Es decir, por un lado estaría sujeta a la deriva en la multiplicidad de los flujos deseantes, en la instantaneidad y el azar de los encuentros. Y, por otro lado, cada cuadrante o vector funcionaría como un punto de reterritorialización en la fijación o en la ligazón en los distintos sistemas de intercambio de flujos (dinero, sexo, libido, información, afectos, tiempos, etc.).

Un territorio, como lo sugiere F. Guattari, no es más que un nudo de flujos (Guattari, 1988, 2000). Y un corte en ese territorio tendrá que estar atento a las intensidades que animan dichos flujos. Por un lado, las codificaciones molares (económicas, políticas, morales, académicas, etarias, de clase, de raza, etc.) que fragmentan el territorio imponiéndole segmentaridades binarias. Por otro lado, aquellas líneas o desplazamientos moleculares que podemos cartografiar, por ejemplo, a nivel de las sensaciones de los cuerpos, en la potencia de los encuentros, y que remiten al deseo, considerado no como una “energía pulsional indiferenciada”, sino como resultante de un montaje elaborado de segmentaridades flexibles y energías moleculares, que no cesan de acoplarse.

Cada territorio tendrá, así, mayores o menores grados de fluidez, de consistencia, de ramificación e intersección, de integración (acoplamiento) o desintegración (fragmentación).

Un territorio existencial puede diagramarse de esta manera en el contexto de su propio *battleground* (campo de batalla), como un campo de fuerzas

en donde los distintos cuadrantes que lo conforman se relacionan energéticamente y se co-organizan dinámicamente en forma entrópica o anti-entrópica, en una ecología siempre cambiante que es posible de vectorizarse más o menos disipativamente. Es decir, a través del trabajo clínico, darle dirección y movimiento hacia un nuevo proyecto vital, en donde en los movimientos de desterritorialización y de reterritorialización, operarán complejas transducciones entre esa diversidad de planos. Y habilitará transductivamente a la creación de nuevos territorios existenciales.

Las sociedades contemporáneas nos confrontan al desafío de vivir con cada vez menores grados de garantías en los vectores de fuerza implicados en la cartografía.

Estos vectores se componen y descomponen a ritmos vertiginosos, en equilibrios precarios e inestables. Los múltiples acontecimientos de los que formamos parte y por los cuales somos atravesados (acontecimientos socio-históricos, erótico-libidinales, familiares, culturales, etc.) nos obligan, en cada situación de crisis vital, a repensar y refundar los proyectos de vida que han perdido consistencia, vitalidad e intensidad.

Cartografiar nuestro deseo desde una búsqueda de intensidad nos permite pensar devenir otro(s).

Esta cartografía permite comenzar un encuentro clínico, abriendo preguntas muy simples:

¿En cuál de estas áreas se ubican tus mayores conflictos?

¿Con qué otras áreas se relacionan, y cómo entran en relación?

¿Cuál de estas áreas necesita desarrollarse más y está en desequilibrio?

¿Cuál(es) sería(n) la(s) pregunta(s) que podrías hacer para cada vector?

El devenir equilibrista de los cuerpos contemporáneos

Si algo ha caracterizado a los cuerpos contemporáneos es el creciente nivel de estrés acumulativo en el que se conforman los territorios existenciales.

Me gusta ejemplificar estos niveles de tensión y de estrés desde la imagen de un equilibrista. En lo contemporáneo, podríamos hipotetizar que nuestro territorio existencial está marcado por este devenir. Es como si, a contra mano de la vida, hubiésemos elegido vivir en una danza de permanente estrés y tensión, en equilibrios cada vez más inestables y



precarios, ocupándonos de mantener girando sobre tacos de madera en nuestra cabeza, una serie de platos o tazas.

A los ojos del espectador (nuestra propia familia, nuestros amigos, nuestros compañeros de trabajo) la danza puede ser interrumpida, en cualquier momento, por cualquier desliz, con la caída abrupta de los platos. Y la vida contemporánea es también la analogía de las tazas o platos a ser equilibrados. Es la propia existencia que, en sus múltiples dimensiones, parece fragmentarse y tomar la forma de las tazas que necesitan ser mantenidas en equilibrio, en un movimiento que está sustentado en la incertidumbre del desequilibrio y el riesgo de desmoronamiento. Cada uno de nosotros, en su vida cotidiana, asume una actitud vigilante, preventiva, en la búsqueda de ese equilibrio que evite la caída y el colapso: de la salud, de la belleza, de las finanzas, de la seguridad (amorosa, territorial, laboral, etc.). Parecería que, a la luz de la vertiginosidad de los cambios, ya no hay seguridad ni garantías, y el movimiento debe ser permanente. Un pequeño desliz puede generar la caída de los platos, y esto obliga a que la tensión esté colocada tanto en el presente (en el funcionamiento del cuerpo, por ejemplo), como volcarse fácilmente hacia el futuro (hacia nuestra actividad financiera, por ejemplo).

A la hora de pensar en esta analogía del devenir equilibrista, es necesario que nos hagamos las siguientes preguntas:

¿Qué buen equilibrista, por mejor que sea en su arte, puede estar las 24 hrs. del día y los 365 días del año haciendo equilibrio?

¿Dicho equilibrista puede elegir cuándo subirse y cuándo bajarse de la cuerda voluntariamente?

¿Sobre qué cuerda está haciendo equilibrio? ¿Es dueño de su propia cuerda?

The Battleground: mutaciones de la subjetividad

En las subjetividades virtuales (consecuencia de la proliferación masiva de internet) la industria de la información y de la comunicación nos permite navegar en el medio de imágenes, sonidos y datos de toda especie, que circulan por las arterias electrónicas y digitales en forma cada vez más rápida e instantánea. Todos hemos devenido *bytes*. Cada individuo está habitado simultáneamente por flujos del planeta entero, intercambiando directa o indirectamente información y datos en las arenas invisibles del *cyber*-espacio. En este contexto, las figuras de la realidad objetiva y subjetiva, y las formas de existencia, tienen una vida cada vez más corta. Proliferando nuevas formas y figuras a una velocidad creciente (a veces vertiginosamente), en múltiples direcciones y todas al mismo tiempo.

Nuestros modos de subjetivación devienen así cada vez más mutantes y consumistas (de imágenes, sonidos, datos y objetos), pero, generalmente no

consiguen acompañar ese proceso en la misma velocidad en que se produce (en los monopolios de los *mass media*). Lo que en parte nos deja inhabilitados para operar en este “nuevo ambiente”. Las nuevas subjetividades (descentradas y rizomáticas, divididas y fragmentadas, virales y mutantes), aún guardan las marcas de un pasado en que los territorios existenciales funcionaban como garantía de orden y de eternidad. Esta tensión entre lo “viejo” y lo “nuevo” intensifica el malestar de la desestabilización de los territorios existenciales y su pérdida y demolición de sentidos. Los movimientos permanentes de desterritorialización, otrora deseados, generan nuevos temores a no poder organizarse o re-organizarse en una nueva producción de sentidos, o en un nuevo territorio existencial (Rolnik, 1989).

La exacerbación caótica de las fuerzas del *battleground*, vivida como amenaza imaginaria de descontrol parece precipitarse en cualquier dirección.

En el síndrome de pánico emergen como pérdida de organicidad (el corazón se dispara, el control psicomotor se pierde, los pulmones se hiperventilan, los órganos telesensoriales se ven invadidos).

En las depresiones predomina, como estrategia defensiva, el colapso del organismo (“ya no puedo lidiar con la vida”). Para evitar tomar contacto con las fuerzas desterritorializantes y su efecto desestabilizador, tanto las subjetividades medrosas (los cuerpos ansiosos) como las anestesiadas (los cuerpos deprimidos) olvidan rápido, “deletan”, no tocan lo que sea demasiado difícil, complejo o profundo, cambian de sentido para evitar el conflicto, construyen vínculos virtuales y buscan satisfacer sus necesidades en objetos impersonales, intentando, la mayoría de las veces, hacer que el *script* reconocible surja nuevamente (funcionando así como “lugar seguro”).

La desintegración y la pérdida de sentido de los territorios existenciales

Al trabajar con dos de los analizadores más importantes que veo en la clínica contemporánea, los cuerpos ansiosos y los cuerpos deprimidos, he desarrollado la hipótesis de que dichas subjetividades son consecuencia de la desintegración y la pérdida de sentido de los territorios existenciales, respectivamente.

La crisis de pánico es una experiencia de un pico máximo de ansiedad llevada al extremo. El pánico es el último grado del *continuum* creciente del miedo (atención-ansiedad-pánico).

Desde el punto de vista bioenergético el pánico es una de las respuestas biológicas más viejas y antiguas que podemos desarrollar frente al peligro. Cuando se ve amenazado, el cuerpo entra en un estado de alerta o simpaticotonía. Pero al ser usado erróneamente, en el pánico, se despierta un estado de vigilancia al propio cuerpo, configurándose así un cuadro casi hipocondríaco

de observación permanente de sí, que puede derivar en una fobia al propio cuerpo. En donde el principal miedo es la pérdida de organicidad: que el corazón se dispare, que la garganta se apriete y los pulmones no respiren, que los órganos tele-sensoriales de la visión y de la audición se vean invadidos por una sobre-estimulación, que las piernas no nos sostengan y uno pueda desmayarse, perder el control, enloquecer o morir de un ataque al corazón (Gonçalvez, 2008).

Desde el punto de vista psicológico creo que el pánico, en la contemporaneidad, es consecuencia de la experiencia traumática de la desintegración de los territorios existenciales. Es el efecto de la crueldad de la vertiginosidad de la vida contemporánea que destruye las formas de existencia, reduce la “fecha de vencimiento” de las formas en uso, las cuales se tornan obsoletas aun antes de que se haya tenido tiempo de absorberlas. Imponiendo así la obligación de reformatearse permanentemente cuando no instantáneamente. Es el estado de vértigo permanente sin tiempo de contactar con las sensaciones, con las líneas de fuerzas que nos atraviesan y con los cambios que ellas suscitan. Es la vertiginosidad exasperante e irritante que es vivida como pérdida de organicidad (como amenaza de destrucción de sí). Amenaza imaginaria producida por el miedo y el desamparo que instala en la subjetividad un verdadero estado de *panic attack* que termina resumiéndose en dos estrategias combinadas. La primera consiste en no salir de la casa para no exponerse a los otros (aquellas fuerzas que invaden nuestra subjetividad y amenazan con destruirla). No moverse equivale a quedarse congelado en el lugar seguro tal como fue formateado en el pasado. La segunda actitud consiste en escoger a un determinado otro, a quien se le atribuyen cualidades bondadosas y positivas, para hacer de esta persona una extensión simbiótica de sí mismo. Escudero que funciona como una coraza secundaria protectora que garantiza el cerramiento del cuerpo a todos los demás otros (potencialmente malos). Parasitando a este objeto-prótesis como garantía imaginaria de amparo y protección, sin el cual la amenaza es tan aterrorizadora que la persona tiene la impresión de morir o de enloquecer.

La persona con pánico se preocupa por el hecho de que los síntomas puedan aparecer en una situación para la cual no encuentre salida ni ayuda (como por ejemplo en ascensores, ómnibus, metros, lugares cerrados, etc.). Si la persona con pánico desarrolla conductas evitativas para no pasar por esta experiencia, puede desarrollar una segunda biopatía: la agorafobia –en donde va a tender a huir de situaciones potenciales peligrosas instituyendo en sí un miedo al miedo– (Gonçalvez, 2009).

A diferencia de los cuerpos medrosos, inseguros y ansiosos, en donde la subjetividad se ve diagramada y amenazada por el fenómeno exasperante de la eventual disolución y desintegración de sus territorios existenciales, los cuerpos deprimidos, fatigados, “anestesiados” y “en coma” oscilan en un triste

péndulo de una vida vacía de deseo y un deseo vacío de vida. El padecimiento de estos cuerpos es desencadenado por la experiencia traumática contemporánea del vaciamiento y la pérdida de sentido de los territorios existenciales.

A dichas personas se les escapa la vida por entre los dedos tal cual granos de arena, hasta sentir una experiencia de quedar y caer en el vacío. Quedar en el vacío les produce una descreencia en el mundo que inhibe por completo la posibilidad de desplegar el deseo de encantarse con el mundo, y por lo tanto, de conectarse. El futuro se achata y no puede ser imaginado. La subjetividad deviene tediosa, aburrida, suspendida en una especie de limbo grisáceo, de una vida que pierde su intensidad y su encanto. Se contentan con poco, se afectan con poco, se aproximan al otro poco. Predomina un régimen afectivo de pesimismo, *anhedonia*, indiferencia y aislamiento.

Algunas veces llegan a la consulta con una pregunta implícita: “*¿quién soy yo cuando ya no soy yo?*”, y *ni siquiera la primer parte de la pregunta (“¿quién soy yo?”) admite o tiene respuestas en la sociedad contemporánea. El deseo de una identidad que tranquilice les es cada vez más difícil, por la serie de acontecimientos vertiginosos que no permiten tener la tranquilidad de las identidades de la otrora sociedad disciplinaria.*

A modo de ejemplo, el creciente grado de compromiso con el trabajo que se impone con la flexibilización laboral, se le agrega, crisis mediante, una neta disminución de las garantías de estabilidad. El cambio, como horizonte socio-político deseable que garantizaba, mismo por el ejercicio de la lucha de clases, un progreso permanente, comienza a ser percibido, cada vez más, desde un lugar ambivalente. El temor de una caída (del “equilibrista”) y su irreversibilidad, el miedo de no poder salir de ella, se imponen claramente sobre la esperanza de ascender socialmente. De ahí la hegemonía en las ciencias sociales y humanas de nuevos vocablos: “vulnerabilidad”, “precariedad”, “fragilidad”, además de los ya conocidos “desigualdad” y “exclusión”. Es que la disminución de las garantías de estabilidad que genera el aceleramiento del turbo-capitalismo-digitalizado involucra no sólo a los trabajadores no calificados, sino que también asciende a todas las jerarquías. Las carreras, incluso cimentadas en años de profesionalismo, se vuelven cada vez más volátiles y el valor que las personas se conceden a sí mismas se vuelve más frágil. En nuestro menester, por ejemplo, recién obtenido el título de Licenciados ya se nos obliga académica o profesionalmente, a estar pensando en nuevos títulos (especializaciones, diplomados, maestrías, doctorados y pos). La vida queda para atrás.

A contra-mano de la vida

¿Cómo y por qué la ansiedad y la depresión se han impuesto como nuestros principales malestares íntimos en la vida contemporánea?

¿En qué medida la ansiedad y la depresión son reveladoras de las mutaciones de la subjetividad contemporánea de finales del siglo XX y de comienzos del siglo XXI?

¿Qué papel desempeñan la ansiedad y la depresión en las mutaciones de las subjetividades contemporáneas y en las mutaciones de la individualidad patológica?

¿Cómo es que uno o dos medicamentos -los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (anti-depresivos) y las benzodiacepinas (ansiolíticos)- han venido a encarnar en sí mismos la esperanza de liberarse del sufrimiento psíquico?

Para que un psicofármaco pueda encarnar una fantasía de este tipo, haciendo cuerpo en la cotidianidad de muchas personas, para que se produzca un encuentro semejante entre una medicación y sus aspiraciones sociales, tiene que haber sido necesario que estas dolencias lleguen a ocupar progresivamente un lugar central en nuestra sociedad.

La medicalización de la vida, en una relación entre la oferta y la demanda, parece acompañar una oferta de medicamentos, más o menos milagrosos, sin toxicidad, ni riesgos de dependencia que si bien no son recetados como píldoras de la felicidad, como otrora, responden a esa iniciativa (los ISRS). Con la invención de los neurolíticos (1952) y las posteriores invenciones de los antidepresivos (1957) y de los ansiolíticos modernos (1960) se comienza a producir un desplazamiento de la relación entre la psiquiatría y la psicología, en donde la psiquiatría pasa a prescindir de ésta, al quedar satelizada por las neurociencias que comienzan a proveer bases científicas a sus modelos clínicos. La psiquiatría biologicista (y su agenciamiento más que obvio con la industria farmacéutica) entiende al malestar contemporáneo esencialmente como disfunciones hormonales y neurológicas (Ehrenberg, 2000). Foucault definió esta estrategia como biopolítica, y a sus dispositivos implicados en su difusión como biopoderes. El poder se ejerce sobre la vida, y tiene como objetivo la gestión de la vida.

Una oferta de cura industrial que provee las moléculas necesarias para abrir la caja fuerte en que está prisionero un depresivo, va de la mano de una formulación progresiva y creciente de una demanda multiforme por parte del público que, junto al médico generalista, maneja al detalle un lenguaje para describir los sufrimientos íntimos. La generalización del discurso médico se transforma en uno de los vectores de la entrada en la intimidad de las costumbres, produciendo implícitamente una autorización a estar psíquicamente enfermo: de ansiedad y/o de depresión. Aunque para curarse, incluso por medio de una molécula, es necesario que el paciente se interese por su intimidad. El estatuto de los remedios psiquiátricos pasa a tener la finalidad de evitar o remediar la fragilización social y sus efectos (la depresión y la ansiedad).

Tomar estas drogas deja de ser una práctica secreta, culposa y avergonzante, que marca a aquel que las toma con el estigma del enfermo mental. Por el contrario, tal actitud muestra a esta persona como alguien que “invierte” en la administración de los procesos de subjetivación contemporáneos. Es decir que se mantiene al día con las últimas novedades de la industria farmacéutica. Las personas pueden administrarse sus propios procesos de malestar, para evitar o salir de la fragilización (Rolnik, 2005).

¿Qué riesgos implica cuando un clínico deviene esencialmente un dador de medicamentos y no logra sobrepasar la función de una “veterinaria psiquiátrica” dador de “aspirinas psiquiátricas”?

Si no ser nocivo es la principal regla deontológica de la medicina, debemos ser muy claros en la afirmación de que la acción química modifica los mecanismos (es patogénica) pero no suprime las causas (no es etiológica), y en este sentido una quimioterapia puede ser eficaz a condición de combinarse con una psicoterapia.

¿Qué clínica hacemos, y qué clínica queremos hacer en el ejercicio de la psicoterapia?

Toda clínica es política

Construir una nueva clínica, una clínica instituyente, implica denunciar y tratar de escapar de las formas hegemónicas de producción de subjetividad del mundo capitalista.

Toda clínica es política porque en ella producimos subjetividades en nuestro quehacer profesional (ese es nuestro campo de producción). Si no colocamos en análisis lo que hacemos (nuestras teorías y nuestras prácticas), a través de un análisis de las implicaciones, no podremos acompañar realmente los efectos de lo que producimos en nuestras intervenciones.

Quizás el mayor desafío de todo psicoterapeuta sea trabajar sostenido en una ética de la vida y no en una ética del capital.

Trabajar desde una ética de la vida quizás nos permita expandir a los cuerpos ansiosos y deprimidos en la búsqueda de una voluntad de potencia, en donde el derecho a una vida viva tenga prioridad a los avatares del capital.

Junto a aquellos cuerpos deprimidos y anestesiados que se ven por entero constreñidos, despotencializados y apenados, es importante poder encontrar otra manera de vivir más allá de la tristeza y del desencanto en que se encuentran. Otra manera de vivir que les permita construir otros encuentros, para que pueda haber otra producción de deseo, en donde la persona deprimida, pueda percibir que su potencia es real, que puede habitar otro cuerpo y actuar con otros cuerpos.

Junto a los cuerpos ansiosos y medrosos es muy importante crear otra forma de habitar el propio cuerpo, en que pueda ser menos dependiente de otros cuerpos. Y, en el entendido de que un afecto sólo puede ser destruido por un afecto más fuerte, el miedo en las subjetividades panicosas debe poder ser sustituido por otro afecto que fortalezca a la persona (la confianza, por ejemplo). El miedo produce desconfianza en sí mismo, en las otras personas, pero fundamentalmente en los acontecimientos y en los propios procesos de experimentación de la vida viva.

Poder confiar en la propia capacidad de vivir, que muchas veces implica crear otra manera de vivir, nos aleja de las ilusiones del capital. Y el cuerpo pasa a ser ese reducto sagrado, de resistencia y de re-existencia, en donde se puede experimentar la rebeldía del placer y el gozo de vivir, intensa y creativamente. Habilitar y sostener que ese cuerpo comience a confiar en su capacidad auto-reguladora, en su propia naturaleza, para que, a partir de esta confianza, pueda producir otras realidades expansivas, otras relaciones liberadoras, otros territorios existenciales, es quizás nuestra principal tarea clínica en lo contemporáneo.

Bibliografía

- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gonçalves Boggio, L. (2008). *El cuerpo en la psicoterapia: nuevas estrategias clínicas para el abordaje de los síntomas contemporáneos*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Gonçalves Boggio, L. (2009). La Bioenergética: un camino vibrante hacia la salud : un camino hacia la salud vibrante. En Equipo de Introducción a las Teorías Psicológicas y Corrientes Teóricas Técnicas. *Perspectivas psicológicas en salud*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Guattari, F. (1988). *O inconsciente maquínico. Ensaio de esquizo-análise*, Campinas -SP/BR-: Papirus Editora..
- Guattari, F. (2000). *Cartografías Esquizoanalíticas*. Buenos Aires: Bordes Manantial.
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta y Limón.
- Rodríguez Nebot, J. (2010). *Clínica y subjetividad*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Rolnik, S. (1989). *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade
- Rolnik, S. (2005). Identidades *prêt-à-porter*. En D. Najmanovich (Comp.). *El juego de los vínculos*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Demencias, salud mental y exclusión social

Robert Pérez Fernández*

Las problemáticas de Salud Mental en la región y el mundo

En las primeras décadas del siglo XXI viejas problemáticas vinculadas a la salud y enfermedad mental continúan atravesando los distintos países y sociedades, teniendo diferentes características en función de la región, la cultura y la historia, entre otros. Se estima que actualmente hay 450 millones de personas afectadas por distintos trastornos mentales: 150 millones padecen depresión; 90 millones presentan trastornos vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, 38 millones tienen epilepsia y 25 millones esquizofrenia (Saraceno y Fleischmann, 2009). Si a estos datos se agrega que 35 millones de personas padecen Demencia (Alzheimer's Disease International, 2009; WHO, 2012), habría casi 490 millones de personas con problemas de salud mental en el mundo.

Estos trastornos mentales explican un 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles. Analizados por regiones, casi el 75% de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos. En relación a los sistemas de atención en salud, en nuestra región (Latinoamérica y el Caribe), existe una importante brecha financiera y de recursos pues se destina a la salud mental menos del 2% del presupuesto sanitario. A su vez, de estos escasos recursos, en varios países cerca del 90% del mismo tiene como destino la atención clásica en hospitales con reclusión de pacientes (OPS, 2009). Esto explica en parte la importante brecha de tratamiento¹ que se da en nuestra Región. En el siguiente cuadro se presenta la misma en relación a algunos de los principales trastornos de los que se poseen datos:

* Psicólogo y Magíster en Salud Mental por la Universidad de la República, Uruguay. Doctorando en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Profesor Agregado. Docente del Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento, Instituto de Psicología Social, Facultad de Psicología y Espacio Interdisciplinario, UdelaR.

1 Esta brecha es un indicador del porcentaje de personas que necesitan atención y no pueden acceder a ella.

Cuadro: Brecha de tratamiento de algunos de los principales trastornos mentales en la Región

Trastorno	Prevalencia media (por 100 habitantes adultos) en un año	Brecha de tratamiento (%)
Psicosis no afectivas	1,0	37,4
Depresión mayor	4,9	58,9
Distimia	1,7	58,8
Trastorno bipolar	0,8	64,0
Trastorno de ansiedad	3,4	63,1
Trastorno obsesivo compulsivo	1,4	59,9
Uso nocivo/ dependencia del alcohol	5,7	71,4

Fuente: Tomado de OPS, 2009: 3, sobre datos de Kohn, Levav, Caldas de Almeida et. al., 2005

Como se indica en el cuadro anterior, más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento para estos trastornos no lo reciben. Esta brecha da cuenta de al menos cuatro problemas en nuestra Región y su atraso en la construcción de estrategias de abordaje: a) la relativamente baja prioridad asignada a la salud mental en la agenda de salud pública y, como consecuencia, la escasez de financiamiento; b) las dificultades para incorporar los servicios de salud mental en los establecimientos de atención primaria de salud; c) la escasez de trabajadores de salud capacitados en atención de salud mental; d) la existencia de una visión reduccionista y con poca perspectiva de salud pública de los problemas de salud mental entre muchos expertos en este campo.

Respecto a la brecha de tratamiento en las Demencias, no hemos podido acceder a datos disponibles sobre la misma, ni en el mundo ni en la región. No obstante, según lo planteado en el reciente informe de la Organización Mundial de la Salud respecto de la falta de políticas de la mayoría de los países para abordar este tema y la falta de consenso en protocolizar los tratamientos (WHO, 2012), es muy probable que esta brecha se mantenga o, incluso, que sea superior a la señalada anteriormente. De todas formas, la ausencia de datos disponibles sobre las demencias da cuenta de que se trata de una problemática nueva para el campo de la salud mental –al menos en términos de salud pública– que aún no se encuentra incluida en los estudios tradicionales.²

2 Un interesante analizador de esto lo constituye el hecho que a pesar de la cantidad de personas afectadas por demencia en el mundo, únicamente 14 países han desarrollado planes o políticas

Los datos hasta aquí presentados señalan el enorme impacto que los trastornos mentales presentan para los diferentes países y sus sistemas socio-sanitarios, económicos y productivos. Sin embargo, por la propia forma de construcción y presentación de los mismos, se corre el riesgo de perder de vista que detrás de cada uno de estos números, existe al menos una persona “real” con un padecimiento psíquico. Así, este tipo de clasificación descriptiva (basado en los sistemas utilizados habitualmente como el DSM o CIE en sus distintas versiones), si bien tiene la ventaja de permitir cuantificar el alcance de un problema, al estar sostenida en criterios excluyentes de salud y enfermedad como situaciones absolutas y universales (independiente de las personas, su historia y contexto) dejan poco espacio real y simbólico para incluir otras dimensiones que hacen al sufrimiento humano, como el caso del sufrimiento psíquico.³

Ahora bien, ¿es posible definir un trastorno mental sin incluir la categoría de sufrimiento psíquico? Desplegar esta pregunta conduce a dos líneas históricas de concebir la salud y la enfermedad mental: una perspectiva basada en un modelo causal que busca definir parámetros universales y objetivos, jerarquizando la pregnancia biológica de la patología y otra donde ya no existen “enfermedades puras”, sino trastornos mentales como respuestas a diferentes exigencias del medio (Galende, 2008). Ambos enfoques difieren radicalmente respecto al lugar que le asignan al sujeto y su historia en el proceso de salud-enfermedad.

Si bien actualmente la comunidad científica acepta mayoritariamente que la salud responde a complejos procesos bio-psico-sociales, cada una de las posturas antes señaladas remite a diferentes paradigmas científicos que desarrollan distintas construcciones teórico-técnicas. En términos epistemológicos la primer posición es parte de un paradigma positivista que busca “encontrar” relaciones causales, constantes y universales que remiten a una concepción predominantemente biológica de los trastornos, los que se aproximan más al concepto de “enfermedad cerebral”. Es la línea dominante de abordaje en la que se invierte la mayor parte de los recursos en investigación, contando con el respaldo de la industria farmacéutica y los principales organismos internacionales. Por su parte, la segunda línea responde a un paradigma complejo, que parte de la noción de procesos abiertos y modificables que se construyen continuamente. Se basa en el relativismo socio-cultural-histórico de los

públicas de abordaje: Australia, Canadá, Dinamarca, Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales, Irlanda del norte), Francia, Japón, Corea del sur, Holanda, Noruega, Suiza y EEUU (WHO, 2012).

3 Un claro ejemplo de cómo los diagnósticos psiquiátricos se construyen en determinados contextos y relaciones de poder y crean su propia realidad, se encuentra en el texto de Allan V. Horwitz (2011) respecto a la variación de los sentidos dados a la depresión en la segunda mitad del siglo XX.

procesos de salud y enfermedad, prestando especial atención a los procesos microsociales y de producción de sentidos (Galende, 2008).

Estas diferencias llevan a distintas concepciones de ser humano. En el primer caso se concibe un ser humano donde cada proceso de la conducta puede ser explicado directamente desde la perspectiva biológica, a la cual se subordinan los otros procesos. Se parte de una noción de enfermedad mental “objetiva”, independiente del sujeto y su historia, que en última instancia, etiológicamente, remite a una enfermedad del cerebro (Insel y Quirion, 2005).⁴ En el segundo caso, se trata de un ser humano singular e histórico (ontogenética y filogenéticamente), cuya conducta tiene múltiples fuentes de construcción en diferentes tiempos, espacios y territorios. Aquí la salud y la enfermedad mental ya no son parte de un proceso esencial o que pueda existir por fuera del sujeto y su historia, sino que estará construida de acuerdo a las formas de interpretar y significar el mundo. A su vez, esto último nunca es un fenómeno individual, sino que se produce en el intercambio con un grupo y comunidad de referencia, en la que se construyen los intercambios reales y simbólicos que ligan a un sujeto con su historia y cultura (Galende, 2008).

II. Las modalidades de atención de los trastornos mentales. De los regímenes de exclusión social a la perspectiva de Derechos Humanos

De cada una de estas concepciones se derivan diferentes formas de abordaje e intervención, determinadas prácticas, que incluirán perfiles formativos específicos y herramientas e instrumentos técnicos. A su vez, estas prácticas producirán sentido y reafirmarán saberes, por lo que no serán sólo un derivado del problema, sino que serán parte clave de su construcción y de la instauración del efecto de verdad, al decir de Foucault (1964 y 1979 p. e.). Así, mientras que el modelo paradigmático del primer enfoque tradicionalmente ha sido el asilo o el manicomio, el del segundo es la atención en la comunidad que surge con los movimientos de desinstitucionalización y desmanicomialización que se dieron a lo largo del siglo XX y que aún siguen en puja.

Este viejo debate de la comunidad científica, entre quienes impulsan los modelos de reclusión (asilo, hospital monovalente) y los que impulsan los modelos con base en la comunidad, persiste en la actualidad. Graham Thornicroft y Michele Tansella (2003) sostienen que no existen argumentos

4 En este artículo, Thomas Insel y Remi Quirion sostienen la hipótesis de que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro (“the recognition that mental disorders are brain disorders”, p. 5) por lo que proponen que los futuros psiquiatras y neurólogos sean “neurocientíficos clínicos” (“clinical neuroscientists” en el texto original).

o datos totalmente convincentes para apoyar exclusivamente a uno de estos modelos de forma “pura”. Luego de analizar ventajas y desventajas, concluyen que ninguno de los dos modelos puede funcionar por sí solo, por lo que proponen un modelo balanceado, donde los servicios de salud mental tengan su base en la comunidad y las internaciones hospitalarias sean lo más breves posible y únicamente en aquellos casos que se estime como estrictamente necesarias. Dichos autores proponen que los países de bajos recursos focalicen sus objetivos en establecer y mejorar servicios de salud mental en centros de atención primaria, utilizando los servicios de especialistas como respaldo.

El debate sobre el tipo de servicio de salud mental más adecuado de implementar muchas veces queda reducido a una polarización respecto al estatus institucional del tratamiento (asilar o comunitario), que en realidad es secundario a la discusión sobre la “ideología” y concepciones de salud-enfermedad mental desde donde se propone cada modelo o su articulación. O planteado de diferente forma ¿de qué manera el modelo de atención definido garantiza los Derechos Humanos de los involucrados? Que el modelo asilar de encierro, por su propia concepción poco toma en cuenta este tema, ya ha sido documentado en diversos trabajos⁵. Sin embargo, no debe caerse en el error de pensar que la implementación de un dispositivo de atención en la comunidad es automáticamente y por sí mismo garantía de Derechos. Se debe estar muy atento a las concepciones subyacentes, pues se pueden desarrollar una serie de centros de atención en la comunidad donde se trabaje desde una perspectiva de enfermedad cerebral, utilizando el tratamiento farmacológico como estrategia principal que se complementa con la de encierro, o se pueden implementar los mismos centros desde un paradigma de salud mental comunitaria, que implica cambiar la concepción de asistencia psiquiátrica (a cargo del médico) a la de atención a la salud mental comunitaria (a cargo de un equipo, de la comunidad y de la propia persona afectada), teniendo la internación como una última alternativa garantizada desde una perspectiva de Derechos Humanos. Esto último es, a nuestro entender, la clave para pensar el dispositivo y las prácticas de atención y es lo que se ha jugado en la discusión sobre los diferentes modelos de atención.

5 Por ejemplo en los clásicos trabajos de Goffman, 1961 y Rosenhan, 1973. Este último documenta muy bien este tema en lo que se conoció como el "experimento Rosenhan". En el mismo, en el año 1972 este Psicólogo y otras seis personas se presentaron en diferentes servicios psiquiátricos de EEUU diciendo que escuchaban voces. Por supuesto que fueron diagnosticados de esquizofrenia e internados según los protocolos de la época. Estos supuestos “pacientes” tenían la consigna de que, una vez ingresados, comenzarían a actuar "normalmente", para ver si alguien se daba cuenta de que no estaban enfermos. Sin embargo, a pesar de comportarse sin manifestar ninguna señal de patología mental, en el manicomio todas sus conductas pasaban a ser interpretadas como patológicas en función del diagnóstico de esquizofrenia.

A su vez, debe tenerse en cuenta que el tipo de atención implementada tiende a instalar sus propias lógicas de funcionamiento. Al respecto, conviene recordar lo que hace más de medio siglo planteaba la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la situación de atención a los trastornos mentales en ese tiempo:

(...) muchos enfermos mentales viven todavía encerrados, sin esperanza, en verdaderas cárceles: tal es la obra de los prejuicios sociales y de la incompreensión. Los psiquiatras más esclarecidos se esfuerzan por conseguir que los enfermos mentales sean tratados, y si es posible curados, como cualquier otro enfermo. Estos esfuerzos serán probablemente estériles mientras persista el miedo irracional a la «locura» y los miembros influyentes de la jerarquía social no comprendan que la salud mental interesa a la sociedad entera y no sólo a los especialistas.

Esta declaración, publicada en 1959 en la revista Salud Mundial con motivo del Día Mundial de la Salud (citada en OMS, 2001: 38), hace referencia a la forma habitual de tratamiento que han recibido desde hace siglos las personas con trastornos mentales severos, basada en aislarlos de su comunidad y familia. Sin embargo, está ampliamente documentado que este tipo de abordaje no sólo no produce mejoras en el estado de salud, sino que tiende a cronificar a los pacientes. El deterioro producido por las lógicas de “deshumanización” que se instalan en estas instituciones asilares, entre otras cosas producen lo que se conoce como el “síndrome de deterioro social” (*social breakdown syndrome*). Como plantea Itzhak Levav, el encierro, el aislamiento de la vida social y las lógicas institucionales instaladas llevan a que los pacientes paulatinamente:

(...) comiencen a perder sus destrezas y habilidades sociales y adquieran paralelamente comportamientos bizarros a los que en numerosas ocasiones se los equipara erróneamente con el trastorno mental. No hay que equivocarse: no son los trastornos mentales los que producen pacientes desnudos deambulando sin rumbo fijo por los corredores o los patios, sino que es el ambiente insalubre de las instituciones mentales el que genera estos comportamientos regresivos (2003: 4).

Teniendo en cuenta eso, desde hace ya varios años se viene desarrollando un movimiento de reforma a nivel mundial, con el objetivo de cambiar las condiciones y modalidades de atención a los trastornos mentales, buscando reintegrar y atender a los pacientes en la comunidad y en el respeto de los Derechos Humanos. Esto implica plantearse que no existe ninguna enfermedad mental por fuera del sujeto y su historia o que sea esencial a algún proceso, sea este biológico, psicológico o social. En la medida en que se introducen

estas categorías conceptuales, el paso del modelo institucional al modelo comunitario debería representar:

(...) un cambio epistemológico en el modo de entender y abordar las enfermedades mentales. Se pasa de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración en la comunidad. De un espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto, territorializado y complejo. De un enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el sujeto como elemento activo en su proceso de integración social y poseedor de derechos y deberes (Saraceno, 2006, s/p).

Esta perspectiva epistemológica y práctica ha ido ganando cada vez más terreno a partir de aportar evidencia empírica de sus ventajas. Así, en los últimos 70 años, este modelo comunitario se ha fortalecido a partir de tres hechos: a) el desarrollo de diferentes movimientos contra-culturales de la pos guerra mundial (por ejemplo la llamada anti-psiquiatría); b) el surgimiento de los neurolépticos en el año 1953; c) un fuerte impulso a partir de la declaración de Alma-Ata del año 1978 sobre la Atención Primaria de Salud. A pesar de este avance, que en la región actualmente se expresa en la agenda jurídica de la OPS⁶, en América Latina y el Caribe aún predomina una estructura de atención basada principalmente en el modelo asilar.

6 En nuestra región, en las últimas dos décadas la Organización Panamericana de la Salud ha tenido cinco instancias importantes para avanzar en la definición y desarrollo de una estrategia de reforma de la atención en salud mental orientada desde una perspectiva de Derechos Humanos:

a) Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina de noviembre de 1990, que finaliza con la Declaración de Caracas, en la que se exhorta a los diferentes gobiernos a que adapten su legislación para asegurar “el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales”, y que “promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento” (OPS, 1990).

b) Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En este informe, la OMS define tres estrategias principales para el abordaje de la Salud Mental: Desinstitucionalización, Desarrollo de servicios comunitarios de salud mental e integración de la atención en salud mental a los servicios de salud general.

c) La "Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas", que en noviembre de 2005 finaliza con la Declaración de Brasilia, sobre “Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas”. Luego de reconocer los nuevos desafíos que deben enfrentar los servicios de Salud Mental, se realiza un llamado para llevar adelante la implementación de los principios éticos, jurídicos, técnicos y políticos de la Declaración de Caracas (OPS, 2005).

d) La Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental (OPS, 2009b). En la misma se realiza un análisis de la situación de salud mental en la región, definiendo cinco áreas estratégicas de acción y exhortando a acelerar la implementación de las reformas en los países.

e) Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional en salud mental, que busca proporcionar pautas claras para adaptar a diferentes contextos la instrumentación de cada una de las cinco áreas de referencia (OPS, 2011).

En el caso de Uruguay se da la contradicción de que, a la vez que estamos asistiendo a un avance en el abordaje de los trastornos mentales desde una perspectiva de Derechos Humanos promovido desde distintos sectores, el mismo se da en el marco de un imaginario social impregnado por el modelo biologicista. En el tema que nos ocupa, este imaginario social (Castoriadis, 1975) se expresará no sólo en las contradicciones en lo macro político, sino principalmente en las prácticas cotidianas de las personas y las instituciones. Un ejemplo de esto son muchas de las prácticas que se llevan adelante en el campo de la Salud Mental desde concepciones mecánicas y biologicistas de psicopatología orientadas desde tratamientos exclusivamente biológicos (farmacológicos o similares) o de encierro (institucionalización).

Si bien lo que hemos desarrollado hasta aquí remite principalmente a los abordajes de los clásicos trastornos mentales severos (como la psicosis), como se verá más adelante, en el actual abordaje de las demencias se está recorriendo un camino similar, aunque con cierto retraso. En estos trastornos –que de la mano de un envejecimiento de la población en los últimos años comienzan a ser un problema de salud pública– se asiste también a un paradigma dominante que, al igual que lo sucedido con el clásico abordaje de la locura, intenta ubicar las demencias como un “trastorno cerebral” o un “trastorno neurológico”, por fuera del sujeto y su historia. Desde esta perspectiva, se reitera la vieja concepción de abordaje hegemónico vinculado a lo neuroquímico⁷ o al encierro.⁸

III. El envejecimiento de la población y la emergencia de nuevas problemáticas de Salud Mental

El envejecimiento de la población en términos mundiales es un fenómeno relativamente nuevo que se viene incrementando desde la segunda mitad del siglo pasado. En los últimos 60 años la esperanza de vida al nacer ha aumentado en 20 años y se prevé que para 2050 se incremente en 10 más. Para esa fecha, se espera que el porcentaje de adultos mayores sea igual al de niños y adolescentes, pues las personas de 60 años y más aumentarán del 10% al 21%, y las de 15 y menos disminuirán del 30% a 21% (ONU, 2002). Asimismo, las proyecciones poblacionales indican que dentro de las personas adultas mayores, el grupo de 80 años y más será el que tenga un mayor crecimiento, pasando de 70 millones en el 2000, a más de 350 millones en el 2050. También se prevé que este aumento de la población de mayor edad sea

7 Abordaje que por cierto hasta el momento ha sido muy poco eficaz y eficiente.

8 En este caso en asilos o “geriátricos”, que al no estar capacitados teórica y técnicamente para la rehabilitación, terminan cumpliendo la función exclusiva de aislamiento y encierro propia de los manicomios tradicionales.

más acelerado en los países de renta media y baja, los que cuadruplicarán su población mayor para el año 2050 (CEPAL- CELADE, 2000). En este contexto mundial, Uruguay, con 13,9% de su población mayor de 64 años (INE, 2012) es actualmente el segundo país de mayor edad de la Región, superado únicamente por Cuba.

Estas nuevas realidades demográficas vienen generando una serie de desafíos en diferentes áreas, entre las que se encuentra la Salud. Dentro de las problemáticas de salud de los adultos mayores, Naciones Unidas ha definido la Salud Mental como una de las áreas prioritarias, pues como se planteara en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, las enfermedades mentales son de las principales causas de discapacidad y de reducción de la calidad de vida (ONU, 2002). Estos trastornos implican un gran monto de sufrimiento y dependencia, siendo un importante obstáculo para lograr un envejecimiento satisfactorio.

En el campo de los trastornos mentales, existen algunos que si bien no son exclusivos de la vejez, tienen mayor incidencia en ese período de la vida: depresión y ansiedad, trastornos derivados del alcohol, suicidios y demencias. Estos son potenciados por situaciones psicosociales que también tienen gran incidencia en la vejez, tales como el abuso y el maltrato, o la situación de pobreza en contextos de mayor vulnerabilidad (Jané-Llopis y Gabilondo, 2008). De estas problemáticas, las demencias (incluida la enfermedad de Alzheimer) son las más claramente relacionadas con el aumento de la edad, estimándose que entre los 65 y 90 años, duplican su prevalencia cada 5 años: 2% a los 65 y 41% a partir de los 90 años (Corrada, Brookmeyer, Berlau, et al, 2008; Alzheimer's Disease International, 2009 y 2010). Teniendo en cuenta las proyecciones poblacionales, se espera que en los próximos años se incremente en números absolutos la cantidad de personas afectadas por demencias a nivel mundial, pasando de 35,6 millones actuales, a 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050. También se estima que el crecimiento de las demencias será muy superior en los países de renta baja y media (Alzheimer's Disease International, 2009).

Estas patologías implican un alto coste para las familias, el sistema de salud y la sociedad toda. La Organización Mundial de la Salud y Alzheimer's Disease International estiman en 604 billones de dólares anuales los costos directos asociados a la Demencia en el mundo. Esto equivale al 1% del PBI del planeta, que son destinados a diferentes gastos médicos asociados a la enfermedad: hospitalización, fármacos, aranceles, diagnósticos, entre otros (WHO, 2012).

En Uruguay, por su perfil demográfico, es de esperar que en los próximos años aumente en forma importante la cantidad de personas con demencia. Esto va a implicar una gran carga a los servicios de seguridad social y

de salud, que no parecen estar preparados para ese desafío (Berriel, Pérez y Rodríguez, 2011).

IV. El enfoque Neuropatológico y la perspectiva de Salud Mental de las Demencias

Llegados a este punto cabría preguntarse ¿qué es una demencia? Tal como sucede con otros trastornos mentales severos, actualmente en el mundo la principal línea de investigación y tratamiento en las Demencias se puede definir como neuropatológica, pues se centra en los aspectos genéticos y biológicos (neuroquímicos, neuroanatómicos, etc.) de la enfermedad. Desde este enfoque la demencia es concebida como una patología exclusivamente orgánica-cerebral que, ubicando el plano principal de la enfermedad en lo biológico, produce efectos en otros planos considerados secundarios (como el familiar o vincular). La línea principal de abordaje es la farmacológica sintomática, aunque también contempla abordajes no farmacológicos tendientes a paliar el daño que produce la enfermedad orgánica en el entorno (psicoeducación, tratamientos cognitivos). Desde esta perspectiva, en la medida en que no hay mucho margen de acción para producir mejoras en el “cerebro enfermo” de la persona afectada, la institucionalización es muchas veces la recomendación utilizada para preservar la “salud mental” de los familiares cercanos.

Otra posible forma de concebir las Demencias es ubicándolas en el campo de la Salud Mental desde una perspectiva comunitaria, donde el plano biológico ya no es el proceso exclusivo que produce la enfermedad, sino que tiene el mismo grado de eficacia que los procesos psicológicos, familiares, vinculares y de producción de sentido. La forma en que se articulen e influyen los mismos, delimitará cómo se exprese el cuadro psicopatológico y su desarrollo, principalmente en los aspectos de calidad de vida y sufrimiento psíquico. Desde esta perspectiva, la demencia nunca afectará a una persona individualmente, sino que siempre impactará en un grupo o colectivo, en función de su historia, cultura, producciones de sentido, etc. que determinarán el curso del proceso psicopatológico (Berriel y Pérez, 2007). Aquí, la línea principal de abordaje son los tratamientos psicosociales y psicoterapéuticos (cognitivos, afectivos, hábitos y entorno, estrés, con cuidadores, etc.) orientados a la calidad de vida y a la tramitación del sufrimiento psíquico, que pueden combinar tratamientos farmacológicos cuando es necesario.

Hoy en día, la mayor parte de los recursos económicos y científicos destinados a la investigación en demencias son financiados por la industria farmacéutica, desarrollando estudios desde la perspectiva neuropatológica, principalmente desde los aspectos biológicos que buscan modificar la patología cerebral. Si bien los resultados aquí aún son muy modestos respecto a detener

o disminuir el deterioro causado por estas patologías (Allegri, Arizaga, Bavec et al, 2010; MSPSI, 2010; Olazarán, Reisberg, Clare et al, 2010), el abordaje habitual recomendado por la mayoría de los médicos sigue siendo el farmacológico en forma casi exclusiva (Olazarán et al, 2010). Esto ha implicado que, al estar las demencias capturadas mayoritariamente dentro de un paradigma biológico y positivista, han quedado cercadas teórica y técnicamente en el campo de la neurología (neuroanatomía, neurofisiología, neuroquímica). De ahí nuestra definición de “modelo neuropatológico”⁹. Si bien esta concepción ha permitido avanzar en el conocimiento de muchos aspectos biológicos de estos trastornos, al presentarse como un campo hegemónico que excluye otros abordajes, también ha oficiado como obstáculo para el desarrollo de conocimientos psicosociales sobre el tema (Olazarán et. al., 2010). Al igual que lo que sucede con los demás trastornos mentales severos, en la medida en que las clasificaciones dominantes se basan en la descripción de enfermedades orgánicas e individuales, queda poco espacio real y simbólico para incluir conceptualmente otras dimensiones que hacen al sufrimiento humano, como el caso del sufrimiento psíquico y del estigma¹⁰. Esta exclusión se relaciona con los esquemas teóricos y operativos habituales con que intervienen los profesionales en nuestro medio.

En otras palabras, este modelo neuropatológico se centra en el estudio de “la enfermedad que tiene alguien”, perdiendo de vista a “la persona que, entre otras cosas de su vida, tiene una demencia” (Sabat, 2011). Esto lleva a invisibilizar a la persona con su experiencia subjetiva y habilidades cognitivas y sociales puestas en juego en la vida cotidiana, elementos clave para el abordaje de cualquier problemática de salud mental. Puestas así las cosas, a la hora de intervenir la base teórica de este modelo neuropatológico queda cercada a un número reducido de estrategias: farmacológicas, genéticas o de encierro y control social. Por su parte, la perspectiva psicosocial de las demencias dentro del campo de la Salud Mental, abre a diversos tipos de intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales. Si bien en esta línea de abordaje los resultados también han sido hasta el momento limitados, debe señalarse que existe evidencia empírica de varios tratamientos que han demostrado producir un efecto igual o superior al de los farmacológicos y con mayor eficacia (mayor beneficio del

9 Posiblemente esta concepción neuropatológica haya incidido en que muchos trabajos en salud mental no incluyan a las demencias dentro de su campo de intervención. Un ejemplo de esto es la ausencia de las demencias en el artículo de Kohn, Levav, Caldas et. al (2005) sobre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe definidos como asunto prioritario para la salud pública.

10 Respecto al tema del estigma en las demencias, puede consultarse el último reporte anual de Alzheimer’s Disease International (ADI, 2012), que se centra en este tema y su incidencia nefasta en estas patologías.

tratamiento) y eficiencia (mejor relación costo-beneficio)¹¹ (Olazarán et al, 2010; WHO, 2012).

Esto último pone de manifiesto que para estudiar problemas humanos complejos (como las demencias), es necesario utilizar categorías teóricas complejas que incluyan diferentes determinantes de los procesos de salud y enfermedad. Desde esta perspectiva, las demencias, al igual que cualquier trastorno mental, son concebidas como parte de un proceso que siempre es dinámico. En todas las personas hay aspectos saludables y aspectos patológicos, teniendo mayor visibilidad o expresión algunos de estos aspectos, en ciertos momentos durante el tránsito vital de un sujeto. Así, una demencia implica importantes montos de sufrimiento psíquico que impacta no solamente a una persona, sino que afecta a un grupo o colectivo. Este sufrimiento lleva a que se produzcan una serie de efectos en diferentes dimensiones o planos: orgánico, cognitivo, afectivo, vincular y socio-comunitario (Berriel y Pérez, 2007). Estos planos se influenciarán y amalgamarán mutuamente en sus aspectos positivos y negativos, estando la calidad de vida de una persona con demencia y la de sus familiares cercanos, estrechamente vinculada a cómo se relacionen estos planos en el grupo y en la comunidad de referencia.

En el plano orgánico, en la persona con demencia se producen distintas afecciones en el Sistema Nervioso Central (SNC). A nivel cognitivo se produce una pérdida de las capacidades en el sentido inverso a cómo se han adquirido a lo largo de la vida: de las más complejas a las más sencillas. En estos casos debe tenerse presente que la magnitud de este deterioro nunca responde linealmente de forma exclusiva a la patología del SNC, sino a cómo la misma se articule con las demás dimensiones señaladas. En el plano afectivo una demencia se relaciona con una desintegración progresiva de la identidad que fue construyendo la persona, apareciendo de manera más intensa los rasgos de personalidad previos, los cuales van a marcar las características de expresión del sufrimiento. Estas “formas de ser previas” de la persona, también influirán en la manera de afrontar las circunstancias por las cuales va a atravesar. Lo mismo sucede con las personas cercanas que en general ofician de familiares-cuidadores, que se van a enfrentar a situaciones nuevas ante las que reaccionarán según múltiples factores, tales como su historia vincular, su momento vital, etc.

En la esfera de los vínculos, es común que ante un diagnóstico de demencia se den en el entorno una serie de mecanismos vinculares que, si bien pueden tener como objetivo “proteger a la persona”, no es extraño que

11 Sin embargo esto en general no se difunde ni se integra a los protocolos de intervención, entre otras cosas porque a los representantes del neuropatológico –llámese empresas, profesionales, investigadores, etc.– les interesa mantener su statu quo.

terminen teniendo el efecto contrario, atentando contra la condición de sujeto de la persona con demencia, que muchas veces pasa a ser tratado como un “objeto”. Aquí es común apreciar la “dementización de los vínculos”, así como los cambios en los roles familiares. En muchos casos aparecen modalidades de comunicación estereotipadas a nivel familiar, así como afectos reprimidos, los cuales ante la presencia de una persona con demencia, irrumpen en la vida cotidiana y en su entorno. Finalmente en el plano socio-comunitario, la forma en que el grupo social entienda y signifique la demencia va a repercutir en el curso de la patología. A modo de ejemplo, posiblemente una persona transitará este proceso de una determinada manera si pertenece a un medio urbano o si se encuentra en un medio rural. Los estigmas, los miedos y temores que se puedan asociar a esta enfermedad van a estar muy arraigados a las creencias del entorno, así como a sus recursos y modalidades para asumir una enfermedad mental de este tipo (ADI, 2012).

A pesar de que estos planos señalados en general no tienen mucha visibilidad en los ámbitos sanitarios –posiblemente por falta de capacitación y hegemonismos de los profesionales– la forma en cómo se articulen va a repercutir directamente sobre la enfermedad y en la manera de manifestarse. Como plantean Jaqueline Ferreira y Wanda Espírito Santo (2012), los cuidados en salud siempre están condicionados por los valores, las actitudes y las ideologías, así como por los perfiles de la enfermedad y sus creencias.

V. Conclusiones

Actualmente asistimos a una lucha de paradigmas sobre las formas de comprender e intervenir en los trastornos mentales. Si bien en el plano legislativo existe un importante avance en la región de la perspectiva de Derechos Humanos, sigue existiendo un imaginario social impregnado por una concepción biologicista de la Salud Mental, reforzada por el avance que las neurociencias y las tecnologías de la imagen han tenido en los últimos años.

En ese contexto, el envejecimiento poblacional trae aparejadas nuevas problemáticas de la Salud Mental que los profesionales y los servicios de salud cada vez más frecuentemente van a encontrar. Una de ellas será la demencia. Estos trastornos han sido abordados hasta el momento de forma dominante por una concepción neuropatológica de enfermedad cerebral individual, sin considerar los aspectos de sufrimiento psíquico y los procesos históricos en juego en el grupo y la comunidad para la construcción del trastorno mental. Puestas las cosas de esta forma, el abordaje habitual no tiene otro camino que terminar derivando en el control conductual y el encierro –sea éste domiciliario o institucional– repitiendo “*aggiornadamente*” la fórmula principal de abordaje de la locura de principios del siglo pasado.

Asistimos entonces, así, a un período actual de necesidad de debate de ideas respecto a la concepción y abordaje de las demencias, no sólo en el plano de las prácticas clínicas, sino principalmente en el plano teórico-epistemológico y de la construcción de sentidos. Al no comprenderse aún cabalmente la demencia y sus efectos, el principal riesgo en este campo posiblemente sea que la misma se aborde desde la perspectiva exclusivamente neuropatológico-cerebral, reiterando historia de exclusión social, encierro y violación de los Derechos Humanos que se ha dado en el mundo como tratamiento habitual a pacientes con trastornos mentales antes de las reformas.

Por el contrario, si ubicamos las demencias en una perspectiva de salud mental comunitaria, se abre un nuevo panorama de intervención, pues hoy existen diversos tratamientos de base comunitaria para personas con estos trastornos y para el apoyo de sus familiares. De cómo el ámbito científico y político resuelva esta puja de enfoques y paradigmas, va a depender la calidad de vida de decenas de millones de personas en las próximas décadas.

Bibliografía

- Allegri R. F., Arizaga R. L., Bavec C., Colli L., et. al. (2010). *Guía de Práctica Clínica Enfermedad de Alzheimer*. Buenos Aires: Sociedad Neurológica Argentina. Recuperado de www.sna.org.ar/wp-content/uploads/2008/08/GPC-EA-SNA-2010.pdf
- Alzheimer's Disease International – ADI (2012). *World Alzheimer Report 2012: overcoming the stigma of dementia*. London: Alzheimer's Disease International. Recuperado de www.alz.co.uk/research/mundo-informe-2012.
- Alzheimer's Disease International–ADI (2009). *Informe mundial sobre el Alzheimer 2009. Resumen Ejecutivo*. Londres: Alzheimer's Disease International.
- Alzheimer's Disease International–ADI (2010). *World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia*. London: Alzheimer's Disease International.
- Berriell F.; Pérez R. y Rodríguez S. (2011). *Vejez y envejecimiento en Uruguay : fundamentos diagnósticos para la acción*. Montevideo: MIDES.
- Berriell F. y Pérez R. (2007). *Alzheimer y Psicoterapia: clínica e investigación*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Castoriadis C (1975 [1989]). *La institución imaginaria de la sociedad*. (vols. 1-2). Barcelona: Tusquets.
- CEPAL-CELADE (2000). América Latina: población por años calendario y edades simples 1995–2005. *Boletín Demográfico* (66). Recuperado de <http://www.eclac.cl/Celade/publica/bol66/BD66.html>
- Corrada, M. M., Brookmeyer R., Berlau D., Paganini-Hill A. and Kawas CH. (2008, July). Prevalence of dementia after age 90: results from the 90+ study. *Neurology*. 71, 337-343.
- Ferreira J. y Espírito Santo W. (2012). Os percursos da cura : abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 22 (1), 179-198.

- Foucault, M. (1964 [1993]). *Historia de la locura en la época clásica*. (vols. 1-3). Santa Fé de Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1979). *Saber y Verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.
- Goffman, E. (1961 [2001]). *Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales* (Trad. María A. Oyuela) Buenos Aires: Amorrortu.
- Horwitz A. (2011). Creating an Age of Depression: the Social Construction and Consequences of the Major Depression Diagnosis. *Society and Mental Health* 1(1), 41–54.
- INE- Instituto Nacional de Estadísticas (2012). *Datos preliminares censo 2011*. Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>.
- Insel T. y Quirion R. (2005, november). Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline. *JAMA*. 2005; 294(17), 2221–2224.
- Jané-Llopis E. y Gabilondo A. (Eds., 2008). *Mental Health in Older People : Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
- Kohn R., Levav I., Caldas de Almeida J.M., Vicente B., Andrade L., Caraveo-Anduaga J. J., Saxena, S., y Saraceno B. (2005) Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam. Salud Pública*. 18 (4/5), 229-240.
- Levav, I. (2003, diciembre) Salud mental: una prioridad de la salud pública. *Revista de la Maestría en Salud Pública*. 1 (2): 1-25. Recuperado de MSPSI–Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Catalunya: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Olazarán J., Reisberg B., Clare L., Cruz E., Peña-Casanova J., et. al (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. (Traducción de ‘Nonpharmacological Therapies in Alzheimer’s Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* (30), 161–178.
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2001). *Por la salud mental en el mundo: Sí a la atención, No a la exclusión : Mensaje del día mundial de la salud*. Recuperado de URL: <http://www.who.int/docstore/world-health-day/whd2001/others/brochure.es.doc>
- Organización de Naciones Unidas - ONU (2002) *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de: <http://inmayores.mides.gub.uy/mides/carpeta.jsp?contentid=750&site=1&channel=inmayores>
- Organización Panamericana de la Salud–OPS (1990). *Declaración de Caracas, 14 de Noviembre de 1990*. Recuperado de http://www.google.com/url?q=http://www.paho.org/hr-ecourse-s/assets/_pdf/Module1/Lesson1/M1_L1_3.pdf&sa=U&ei=Ipd_T9DBFIrh0QGR37WACA&ved=0CAYQFjAB&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNErI9Voklr9iY04GF9AYYo3I53WwQ
- Organización Panamericana de la Salud–OPS (2005). *Principios de Brasilia, Noviembre de 2005*. Recuperado de http://www.google.com/uy/url?sa=t&rct=j&q=declaraci%C3%B3n%20brasilia%20salud%20mental%20ops&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fnew.paho.org%2Fhq%2Fdmdocuments%2F2008%2FPRINCIPIOS_dE_BRASILIA.pdf&ei=9J1_T_i_GojdgQe089SxAg&us

- g=AFQjCNEFbPsZwvzVK_8LL-2dLEEVeGIYsg&cad=rja Recuperado en abril de 2012.
- Organización Panamericana de la Salud–OPS (2009). *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud–OPS. (2009b). *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. Resolución CD 49.17. 490 Consejo Directivo de la OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2011). *Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional en salud mental*. Washington: OPS.
- Rosenhan D. L. (1973, January). On Being Sane in Insane Places. *Science*. 179 (4070), 250-258 Recuperado de http://apsychoserver.psych.arizona.edu/JJBAREprints/PSYC621/Rosenhan_On%20being%20sane%20in%20insane%20places_1973.pdf
- Sabat S. (2012). A Bio-Psycho-Social model enhances young adults' understanding of and beliefs about people with Alzheimer's disease : a case study. *Dementia 11*(1), 95-112.
- Saraceno B. (2006). Prólogo. En J. Leal Rubio y A. Escudero Nafs. *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*. Madrid : Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Saraceno, B. y Fleischmann, A. (2009). La salud mental desde una perspectiva mundial. En J. J. Rodríguez, (Ed.). *Salud mental en la comunidad*. (2ª edición, pp. 13- 25). Washington DC: OPS.
- Thornicroft G. and Tansella M. (2003). *What are the arguments for community-based mental health care?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>
- World Health Organization - WHO (2012). *Dementia: a public health priority*. United Kingdom: WHO. Recuperado de <http://bit.ly/IA5zhJ>

Capítulo VI

PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Locura en movimiento

Cecilia Baroni, Andrés Jiménez, Belén Itza, Mónica Giordano

En el presente artículo sistematizaremos y expondremos algunas ideas en torno a la lucha, junto a muchos otros compañeros, por cambiar las condiciones actuales, tanto de concepciones como de tratamientos, en el campo de la salud mental.

Intentaremos dar cuenta de al menos parte del proceso de discusión, participación y puesta en marcha de una campaña que toma como punto de partida la existencia de una propuesta de Anteproyecto para una nueva Ley de Salud Mental. Campaña que, desde Radio Vilardevoz, denominamos “Rompiendo el Silencio” y que, para compartirla, iremos también delineando una forma de “ir haciendo”, que implica un dispositivo que sostenga ese proceso. Finalmente compartimos una síntesis del informe final de la campaña.

Por la forma como fue realizada, consideramos que la campaña produjo un punto de inflexión para poder pensar con otros el qué y el cómo de una transformación de la situación de la salud mental en nuestro país. Es así que, desde una propuesta que toma sus bases de las concepciones extensionistas de formación y construcción del saber colectivo, pudimos ir haciendo radio y formándonos, intercambiando a la vez de ir conformando posturas colectivas que, entre otras cosas, nos permitieran debatir y participar con fundamentos acerca de una temática que aún sigue siendo manejada por “expertos”.

Cómo empoderarnos para poder incidir y generar las condiciones para que se pueda realmente participar fue una de las interrogantes que nos acompañó todo el tiempo. Cómo tomar la voz frente a médicos, políticos, directores y una diversidad de actores que en la vida cotidiana ejercen el poder, muchas veces sometiendo al otro a “la verdad”, que no es otra que el punto desde donde miran y piensan la problemática.

* Integrantes del Colectivo Vilardevoz.

Cómo generar movimientos en posturas enquistadas, que ven “enfermedades” en vez de personas. Cómo no “achicarse” ante tantos documentos, tónicas y títulos que los profesionales despliegan.

Compartiremos entonces, cómo Vilardevoz pudo convertirse en escenario y a la vez moverse hacia otros escenarios para "investigar" y difundir sobre la problemática que nos convoca. Cómo comenzó a sumar gente, a sensibilizar sobre una temática que necesita de muchas voces y sensibilidades para que se transforme en parte de la agenda e interés público.

“Ser testigo cuesta lo mismo”
(Reflexión T. Gustavo Bautista)

Se escucha en la Radio...

No soy licenciada en ninguna materia, pero mi experiencia como usuaria de los servicios de salud mental, de refugios, de casa de salud y la vivencia de la experiencia de otros compañeros, etc., me dan como para que hable con propiedad sobre el tema.

Los psicofármacos no son la pastilla de la felicidad, sirven para estar compensados, no solucionan los problemas sociales, de vivienda, vinculares, no solucionan los temas profundos. La psiquiatría con su empeño de recetar y recetar sólo está invadiendo nuestro cuerpo de psicofármacos a los cuales luego nos acostumbramos y los necesitamos y nos volvemos adictos. Hay otras disciplinas que apoyan también al usuario de salud mental, como los psicólogos, los asistentes sociales. Es en este marco en el cual nosotros tenemos que gritar para hacernos oír, es por esto que necesitamos que se eleve el proyecto de salud mental, para que se respeten nuestros derechos.

Porque estamos cansados de la pasividad y de la injusticia, porque estamos cansados de la discriminación. Porque somos personas, con todo lo que el derecho asigna a esta forma jurídica y seres humanos con emociones y sentimientos y porque en el marco actual nuestras necesidades no están cubiertas, contempladas. Las casas de medio camino no son suficientes, las casas de salud, muchas de ellas absorben el total de la pensión del usuario, dejando a éste sin posibilidades de comprarse un jabón si quiera, más allá de que el personal no es especializado y a menudo usa la fuerza bruta y los golpes con pacientes para controlar y atar al que tal vez se descompensó, al usuario. Los refugios a su vez no están adaptados por sus características para usuarios de salud mental, dado que éste no puede estar en

la calle desde las 7 de la mañana a las 7 de la noche. Como se ve existe un vacío en cuanto a la consideración de los derechos humanos y no pedimos asistencialismo. Porque somos muchos nosotros capaces de hacer un montón de cosas, casi auto-gestionarnos... somos capaces de tener logros, pero tenemos que tener el impulso necesario, el trampolín que no es la pastilla, es la certidumbre, porque sin certeza es muy difícil emprender un camino” (Programa Brotes de Realidad. Desembarco MUME, Radio Vilardevoz, 2011).

El manicomio

Patios vacíos, personas caminan invisibles y piden: una moneda, una llamada, un pucho... silencio y a la vez voces que hacen ruido, ganas de correr...

Hospitales que siguen siendo manicomios, donde la locura es aquietada con fármacos y electroshocks... y, sin embargo, hay cuerpos rebeldes que resisten, que despiertan atados a sus camas sin memoria de qué fue lo que sucedió... llega la calma, a veces no, y la mirada retoma su valor, lo extraño comienza a ser ajeno y comienza la búsqueda por ver a alguien conocido, a alguien familiar... y no se encuentra a nadie... la locura tiene eso, nadie quiere/ puede estar cerca... la locura agrede, asusta, cansa, fascina, gusta, asusta, da lástima, a veces seduce, nos da ternura, nos causa rechazo... nos interpela...

A algunos, además, nos genera interrogantes, desafíos: ¿cómo tender puentes comunicacionales? ¿Cómo poder establecer diálogos, otras formas de estar y encontrar la calma? *¿Cómo producir encuentros, algún tipo de intercambio que cuestione mi existencia, la del otro, y que altere algo de lo que vemos? ¿Cómo saber lo que pasa y no ser cómplice?*

Se nos ocurre contestar: participando. Generando compromisos con otros que tengan similares inquietudes e intentando cambiar algo juntos. Para participar, entonces, es necesario poder conmovirse y comprometerse con otros en aquello que queremos cambiar. Participar en el campo denominado 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.

Paradojas manicomiales

En nuestro país, se hace más en torno a propuestas denominadas hegemónicamente “de rehabilitación” en el ámbito público que en el privado. Se hace más y no se invierte casi nada. Las propuestas que existen, relevadas en

diversas investigaciones, se realizan en el marco de colectivos con-movidos por la temática, comprometidos con personas que padecieron el encierro y sus terapéuticas y que en algunos países del mundo se identifican como “sobrevivientes de la psiquiatría”. Se hace más porque se escucha más. Porque se construye con otros, porque se establecen otras lógicas tanto en el encuentro como en los acuerdos del quehacer juntos. Propuestas que subsisten, en algunos casos, por financiaciones en el marco de presentaciones a proyectos tanto de extensión como de investigación de la Universidad de la República, por presentarse a fondos concursables dirigidos a organizaciones de la sociedad civil, o por pura creatividad en esto de autogestionarse y acostumbrarse a hacer mucho con muy poco. Propuestas que insisten tercamente para no desaparecer, entre otras cosas porque creen que es posible y porque se van tejiendo lazos y creando posibilidades de generar nuevos proyectos con personas¹ que creían que ya no era posible nada.

¿Y qué es lo posible?

Es imprescindible contextualizar el trabajo de varios colectivos en los márgenes, en las fronteras, en aquellos lugares donde son posibles los cambios, alejados de aquellos núcleos duros (lo hegemónico, lo incambiable), y nos permiten niveles de flexibilidad donde poder pensar, soñar, creer que puede ser distinto. Trabajamos con personas que sufren una suerte de doble exclusión social: la generada por la condición de “loco”, de “enfermo mental” y la de “pobre”. Ser loco y pobre es sinónimo de abandono y olvido, tierra fértil para la impunidad. Hablemos entonces de que en esas condiciones se va produciendo un alejamiento de la vida, donde las posibilidades de participar se van convirtiendo en desencanto y acostumbramiento. Entonces para hablar de participación desde una concepción que vaya empoderando a los verdaderos protagonistas, en este caso los que se benefician a la vez que padecen las políticas de salud mental, debemos generar las condiciones para poder participar a la vez que diseñar espacios en los que se pueda hacerlo. Espacios de encuentro, de bienvenida, donde el otro antes que nada se sienta sujeto y no objeto de disciplinas. Para ello, a la vez, es necesario ir generando espacios de pensamiento sobre las condiciones de vida, sobre lo que nos produce, para recuperar la dignidad y la capacidad de propuesta.

1 Vale comentar como anécdota, que estuvimos en una Mesa en el marco del 7mo Encuentro Nacional de Psicólogos (Nov, 2012), que tenía como eje el “Trabajo psicológico con “posibles” nuevos marcos legales. En el Camino hacia una Nueva Ley de Salud Mental”. En la misma nos centramos en la problemática de la salud mental y los derechos humanos. Al culminar la exposición, una psicóloga, trabajadora de salud pública, levanta la mano para felicitar a la mesa y decir que le parece muy bueno enterarse de que los pacientes psiquiátricos también son personas y que tienen derechos.

Movimientos

Es así que, desde Vilardevoz, hay varios movimientos que pretendemos generar en torno a la problemática de la enfermedad y de la salud mental. Un movimiento del sujeto en tanto pueda correrse del lugar de objeto, de paciente, de la lógica de la mendicidad... un movimiento de las familias, de los referentes, de los cuidadores, que en la búsqueda desesperada por “la cura” producen, en algunos casos, distancias insalvables con las personas que padecen, tanto de cercanía como de alejamiento, generando asfixia en algunos casos, soledad en otros. Reproduciendo muchas veces las lógicas medicalizantes y medicalizadas que van “sobremedicando” y dopando, generando un sujeto dependiente de los fármacos o de los cuidadores de turno, prácticas que dan cuenta de la falta de apoyo para poder enfrentar y aceptar que la locura forma parte de las personas, llevándonos a estados transitorios de los cuales se puede entrar y salir, formas de ser y estar en el mundo que parecen desentonar con el resto... subjetividades radicales, diría Gregorio Kazi.

Movimiento a la interna del hospital, en las formas de atender, en las maneras de tratar al “otro”, ese que es como nosotros pero con quienes la propia organización genera una relación asimétrica, que va desde funcionario-usuario a técnico-paciente, y que aleja y genera violencia: “me atiende hace años, me conoce desde siempre y me pide la cédula porque hoy están nerviosos... es que se escapó uno y la ligamos todos, ¿me vas a decir que no me conoce?”

Movimiento en los espacios académicos, en Facultades, desde donde se acercan estudiantes para hacer trabajos, queriendo llevarse algo... y se van dejando algo. Estudiantes que se asombran, como muchos visitantes y amigos, de que los “locos” no estén siempre internados, que no estén siempre locos, que haya gente de alta, ambulatoria... que la locura ande por ahí.

Movimiento en los vecinos, en la gente que conoce y pregunta, que se va dando cuenta de que la problemática de la enfermedad mental es más común de lo que parece y que la internación no es el único recurso. Y que cuando hay internación ésta deja marcas de olvido y rechazo en quien las vive: “¿por qué no me viene a ver?... No me acuerdo por qué estoy acá... ¿estará enojado conmigo? Decile que me llame, que no tengo más yerba, que lo extraño”.

Voces que se entremezclan entre más voces, discursos que van teniendo lugar, que se hacen lugar, que se amplifican y toman la voz.

*“porque a mi voz la invadió la otra voz,
que van diciendo en el borde del mar,
los que están llegando y los que ya se van”*
(Surnacimientos, Gastón Rodríguez)

Participar. Un acontecimiento

Participar en relación a la problemática de la salud mental. Todo un acontecimiento.

Con la asunción de Lizardo “Talo” Valdez a la Dirección del Hospital Vilardebó en el 2005, pública y “hospitalaria”, ya que su gestión permitió avanzar en propuestas y concepciones centradas en mejorar el bienestar de los pacientes y funcionarios del Hospital. Donde se notó una apertura a ir dejando atrás el manicomio-asilo y sus lógicas manicomiales, para dar paso a la construcción de un Centro de Atención y Referencia en Salud Mental. Un lugar abierto a ideas y propuestas, entre ellas, un lugar donde estudiantes universitarios podrían comenzar a ir, a dar y recibir, a formarse en la práctica. Sumemos a esto los esfuerzos desde el Programa Puertas Abiertas, que este año cumple 20 años, y de Vilardevoz, que cumple 16 años, con la creación de su salida al aire en vivo y con Fonoplatea abierta al barrio y al mundo, como espacio de encuentro, con más de 10 años de vida. Agreguemos propuestas docentes de diversas Facultades, pero particularmente de la de Psicología, en donde año a año estudiantes visitaban el Hospital generando espacios de encuentro y oxigenación al encierro. Destaquemos el surgimiento de los colectivos La Grieta y Bibliobarrio, desde las cuales se han generado múltiples propuestas de reinserción social, investigación y extensión. Sumemos la insistencia de 16 años de reunirse semana a semana, en el Taller Central de Radio Vilardevoz, psicólogos, estudiantes y usuarios del Hospital a debatir en torno a la atención y las terapéuticas.

Imaginemos que esos pacientes se van transformando en participantes², en un movimiento que es mucho más que un mero juego de palabras. Sumemos que la insistencia, la permanencia y la constancia fueron generando en Vilardevoz un punto de referencia para aquellos que están interesados en seguir en contacto con el Hospital y con la problemática de la salud mental. Agreguemos la emergencia de más colectivos, la necesidad de juntarnos, las ganas de hacer cosas juntos, de apoyarnos para ser más fuertes. Hablemos entonces de jornadas, encuentros, campañas, ganas de visibilizar, de no ser más cómplices de lo que acontece en los intramuros de un Hospital, de una casa de salud, de un refugio, en cada encuentro en el que se ejerza abuso de poder. Pensemos que todo eso fue generando la fuerza para salir de la fragmentación

2 Radio Vilardevoz propone, en el marco de su dispositivo de intervención, la realización de un proceso de “paciente a participante”. Un participante de Vilardevoz será entonces el que haya realizado dicho tránsito. Por otra parte, ser participante de Vilardevoz delimita una responsabilidad en el proyecto distinta a la de los técnicos y los estudiantes. En Vilardevoz los participantes son los que llevan adelante la Radio y todo el dispositivo comunicacional siendo los que toman la voz en primera persona (Baroni, 2011).

y comenzar a juntarnos, reconocernos, apoyarnos y generar movidas, a veces solos, a veces acompañados, a veces saliendo a las calles, y a veces quedándonos adentro, tras las rejas, las rejas de los muros. Mo-vida. Vida en movimiento. Vida con otros. Política. Ética del encuentro y del acontecimiento que, entre otras, confluyen en la creación de una Asamblea Instituyente que reúnen a diferentes colectivos, organizaciones y miembros individuales que trabajan por una transformación de la salud mental en nuestro país.

Un dispositivo necesario

Radio Vilardevoz cuenta con un dispositivo de trabajo que le permite llevar adelante este tipo de propuestas, dado que cuenta, entre otros, con un espacio de trabajo semanal denominado Taller central. Este es un espacio colectivo por excelencia, en donde se toman las grandes decisiones que son preocupaciones permanentes de los integrantes de la Radio. Allí se discute, se piensa y se toman decisiones en torno a cómo aportar soluciones a los problemas que se van identificando, tales como inserción laboral, vivienda, relación técnicos-pacientes, etc. Los espacios de producción de Vilardevoz toman esos lineamientos y los transforman en tareas concretas a realizar, y en productos comunicacionales concretos: entrevistas, mesas de debates, promos y mensajes, programas individuales, textos, crónicas; siendo la salida al aire el espacio habilitante del despliegue de estos procesos, y para la generación del encuentro con otros actores implicados en la temática. La fonoplatea es un lugar privilegiado para quienes quieren visitar la radio y para los invitados y entrevistados. Les permite acercarse a la realidad de los pacientes psiquiátricos y conocer al mismo tiempo la potencia de su producción, pudiendo hacer llegar su postura y generándose un encuentro más horizontal entre “expertos” y “usuarios” del sistema de Salud Pública.

La utilización de este dispositivo complejo, o conjunto de dispositivos, nos asegura algunos aspectos claves en el proyecto político de Vilardevoz: la participación, la comunicación y la generación de procesos de salud basados en el diálogo y la comprensión de los problemas.

Hacia mares desconocidos

Es así que Vilardevoz, como proyecto político-comunicacional y participativo, se plantea diversos escenarios de incidencia en tanto se establecen líneas que contribuyan para el proceso de transformación social, cultural, subjetivo y político. Para ello generó una figura denominada “Desembarco”, que supone la realización de la transmisión en espacios públicos con diversas propuestas de integración para propiciar la participación ciudadana durante la

realización de los mismos. Esta figura surge del trabajo en torno a la forma utilizada en la Edad Media para “deshacerse” de los locos, embarcándolos en una nave que los enviaba a alta mar, con la promesa de que encontrarían un mundo mejor. Desembarcar es entonces la metáfora que indica que la nave vuelve, liberando a los “locos” que, entre otras cosas, nos contarán qué pasó durante esa travesía. Desembarcan para luchar por otras y nuevas formas de entender la locura, para que no siga siendo excluida y encerrada. Los desembarcos posibilitan el encuentro con diversos actores y pueblan otros espacios, antes vacíos.

Esta figura que tomamos para salir de intra-muros se realiza en coordinación con otras organizaciones, colectivos, instituciones, en diversos espacios públicos. Supone siempre la invitación al conocimiento de la problemática en torno a la salud mental, con una estética que sabemos “vilardevociana”, e implica la disposición a intercambiar. Si viajamos fuera de Montevideo, intentamos comprender y aproximarnos a cómo es la situación de la temática que nos convoca en el lugar al que se arriba.

La agenda en movimiento

En la misma línea, la construcción de una Agenda es una herramienta de incidencia muy clara en Vilardevoz, que articula aspectos macro y micro políticos.

Lo *macro político* se refleja en la invitación a aquellos actores que tienen incidencia directa tanto en la gestión de la salud actual como en la redacción de nuevas propuestas de políticas públicas. Se invitó, para conocer su postura de primera mano, a diferentes integrantes de la Comisión Redactora del Anteproyecto, legisladores integrantes de la Comisión de Salud del Parlamento, integrantes de diversos Ministerios, etc.

Aquí es importante destacar que la salud en Vilardevoz es pensada como un proceso colectivo determinado por las condiciones socio-históricas en las que vive la gente. El hecho de que muchos de los participantes del colectivo se encuentren en situación de calle, o no tengan los recursos necesarios para desarrollar una vida digna, sabemos que impacta directamente en sus posibilidades de acceso a la salud. Por eso también construimos nuestra agenda incluyendo temáticas como el trabajo y el acceso a la vivienda.

Generar impacto a nivel de lo *micro político* tiene que ver con contemplar, por un lado, la dimensión territorial en tanto zona de influencia directa de la Radio, en este caso representada por el barrio Reducto-Aguada-Goes que entendemos como parte fundamental para operar en una transformación que implique la construcción de redes entre las diversas organizaciones presentes en la zona.

El Hospital Vilardebó es un edificio que ocupa el equivalente a dos manzanas, instalando en el barrio, junto a su presencia arquitectónica, diversos imaginarios en relación a la locura. La propuesta de Vilardevoz es entonces que esto pueda ser trabajado, que se pueda dialogar con la locura y que no quede atrapada entre muros, que el espacio que aloja a este hospital, lugar en el que se desarrolla la vida social y cotidiana de muchas personas, pueda integrarse al espacio urbano de otra forma. Conocer la locura, dejar de lado los prejuicios, saber sobre la construcción de la enfermedad mental, encontrarse. Es por esto que parte de nuestra agenda se encuentra diagramada por actividades de interés barrial, actividades deportivas como el Fútbol Calle, culturales como el Día del Niño o políticas como las elecciones de consejales, el presupuesto participativo o los cabildos.

La dimensión cultural de la agenda se encuentra enmarcada en la concepción de que las verdaderas transformaciones sociales no están dadas por leyes sino por cambios culturales, de conciencia y por nuevas formas de hacer política. Es así que desarrollamos ciclos musicales como *Laberinto Musical* en los que invitamos a artistas a compartir su trabajo. También son consideradas otras expresiones artísticas tales como el teatro, la murga, los títeres, la escritura. Publicamos un libro, *Palabras Impacientes*, en el que los participantes se sirven de la palabra escrita para continuar rompiendo el silencio.

Se construye agenda como posibilidad de poner en debate público-político, como posibilidad de discutir y dialogar aquellas temáticas que son de interés para el colectivo; se construye agenda como instancia formativa para el colectivo sobre el tema elegido; se construye agenda como posibilidad de deseo. Este proceso interno implica identificar cuáles son los intereses colectivos, cómo contactar a aquellas personas que podrían ser entrevistadas (hacerse cargo de realizar este contacto), preparar la entrevista y finalmente realizarla. Este proceso se sostiene en los diferentes espacios de la radio, ya sea en el taller central discutiendo sobre el rumbo del colectivo, en el taller de producción radiofónica se trabajando la forma, la pregunta por el cómo, cómo trabajamos determinado tema, la construcción estética de la perspectiva, a quién entrevistar y cómo entrevistarlo. Finalmente, en la fonoplatea se llevará adelante la entrevista, el contacto personal con el entrevistado, la fonoplatea como un otro que escucha y sostiene.

Luego de realizada la entrevista, ésta retroalimenta la discusión que se da en el taller central y redefine la agenda, así como se evalúa el desempeño del entrevistador, para seguir posibilitando el aprendizaje de la técnica. La entrevista-producto radial, continúa produciendo desde la página web, desde su desgrabación y circulación como material escrito que es insumo para nuevos talleres de producción.

Esta forma de construir la agenda supone la implicación del colectivo en las temáticas que propone. Los temas se van imponiendo de acuerdo a

las necesidades de los/as participantes y esto genera un desafío importante al momento de la producción de la entrevista. Exige un ejercicio reflexivo, que permita partir de la situación propia, particular, que afecta, transformándola en condiciones de pensamiento colectivo. Ya no se piensa sólo desde el pedido, desde el testimonio, sino que se puede pensar desde la experiencia y los derechos. Ya no importa qué pasa con “mi pensión”, sino cómo se definen las prestaciones sociales, con quiénes y desde dónde se piensan.

Las entrevistas en Vilardevoz entonces tienen la intensidad que supone la interpelación desde la vivencia propia junto con la capacidad de escuchar y recibir del otro respuestas que nos vayan transformando en ese proceso.

Concepciones que alteran

Tomar la palabra, formarse, conocer otras experiencias, conlleva un necesario aprendizaje que implica vivenciar y producir transformaciones múltiples. Alteraciones con respecto a ideas previas, que parecen mínimas, pero que van generando nuevas afectaciones, en una búsqueda de nuevos horizontes para entender los procesos de la salud. No somos los mismos luego de un proceso que implica tanto exponerse como sostener colectivamente una causa. La alteración se produce en un orden establecido, y lo hace en todos y todas los que participamos del proceso.

La idea de producir alteración la concebimos como posible tanto en aquellos que participan desde dentro del proyecto mismo, como en quienes se acercan y entran en contacto. La producción de espacios saludables impregna de transformación también a los que nos incluimos desde un rol técnico, a quienes se aproximan desde la universidad, o a quienes lo hacen desde el lugar que ocupan dentro de la trama institucional que aborda y a veces también crea el campo de problemas. Alteraciones en las autopercepciones así como la alteridad de aquellos que pueden ser vividos como ajenos siendo semejantes, como distintos siendo sujetos de derecho.

Alterar el universo de ideas que rigen el pensamiento y la acción, alterar aquello que estando estable se había cristalizado, diagramando los modos de relacionamiento, las expectativas y esperanzas de cambio. Digamos que se altera la manera como veníamos pensando y sintiendo, percibiendo y reaccionando, afectándonos e implicándonos.

Una forma distinta de promover debate

Teniendo en cuenta esta impronta de Vilardevoz descrita hasta ahora, se llevó adelante la campaña Rompiendo el Silencio, caracterizándose

como progresiva, construyéndose y reconstruyéndose en el movimiento de su despliegue.

Cada invitado, cada programa, desataba un proceso de reflexión colectiva que iba construyendo y modificando la campaña.

Acompañando este proceso, se aplicó una metodología de investigación, de recolección, sistematización y colectivización de información: relevamiento de actores, leyes, anteproyectos, legislación de otros países, concepciones sobre salud, enfermedad, locura, etc.

Compartimos una síntesis del informe final de la campaña Rompiendo el Silencio en el que se da cuenta de las diversas acciones y actividades así como se integran las diferentes voces que se implicaron en este proceso. El mismo a su vez articula algunas reflexiones que aportan a seguir debatiendo en torno a la problemática de la salud mental en nuestro país.

Síntesis del informe final de la campaña Rompiendo el silencio (2012)

Descripción y resultados

Rompiendo el Silencio ha sido una campaña radiofónica diseñada por el colectivo de Radio Vilardevoz que se propuso colocar en la agenda pública y política la discusión acerca de la situación de la salud mental en el Uruguay y particularmente del Anteproyecto de Ley en Salud Mental que ha elaborado la Comisión Redactora y que ha quedado incompleto y en suspenso por falta de voluntades políticas.

Los principales objetivos que tuvo la campaña, y que se fueron cumpliendo a lo largo del proceso, fueron los siguientes:

- a. Protagonizar, promover y difundir, ejerciendo el derecho a la información y a la comunicación, un debate acerca de la salud mental en Uruguay desde quienes han sido excluidos y hablados por otros por su carácter de “locos”.
- b. Profundizar la participación de los participantes de la radio en espacios de decisión, planificación y producción de proyectos, a través de la gestión colectiva de la campaña Rompiendo el Silencio.
- c. Promover el debate público a nivel ciudadano y sensibilizar sobre la temática de la salud mental en nuestro país.
- d. Difundir un relato distinto sobre la locura y la salud mental a través de los productos comunicacionales elaborados por los propios usuarios del sistema de salud mental.

Actividades

Se realizaron desembarcos por el interior del país, conocimos otras radios, otras formas de experimentar la locura.

Nos recibieron en:

- a. Nueva Palmira – Palmira FM.
- b. Melo – La Bruja FM.
- c. Atlántida – La Quimera FM – OCLAE.
- d. Santa Lucía – Espika FM.
- e. Montevideo – Museo de la Memoria.

La agenda de entrevistas en nuestra fonoplatea puso en especial destaque a algunos integrantes de la Comisión Redactora del Anteproyecto de ley en Salud Mental:

- Nelson de León. Psicólogo. Docente de Facultad de Psicología. Investigador en Salud Mental y DDHH.
- Hebert Tenenbaum. Psicólogo – Director del Plan Nacional de Salud Mental.
- Cristina Antúnez – Coordinadora de la comisión redactora del anteproyecto de Ley.
- Antonio Aguirre. Psiquiatra – Inspector General del Psicópata.

También entendimos importante entrevistar a algunos de los responsables del Diagnóstico Participativo del Plan Nacional contra el Racismo y la Discriminación. Este Plan que se realiza en coordinación entre el MEC y el MIDES se propone en un primer momento diagnosticar los principales mecanismos de discriminación y a quiénes están dirigidos. Radio Vilardevoz estuvo participando activamente en este proceso, por lo que también nos acompañaron en estudio:

- Mauricio Coitinho – Coordinador de la etapa de Diagnóstico.
- Verónica Pérez. Psicóloga. Redactora del Informe de Patologización y Contagio.
- Marianela Villa. Licenciada en Ciencias de la Comunicación. Redactora del Informe de discriminación en medios de comunicación.

También nos propusimos entrevistar a los legisladores integrantes de la Comisión de Salud del Parlamento, visitándonos Berta Sanseverino, Diputada del Frente Amplio.

Tampoco faltaron los entrevistados que nos permitieran hablar sobre la salud mental en la región. Nos visitaron:

- Psicólogo Social Alfredo Moffat - Argentina.
- Psicólogo Social Aluísio Ferreira de Lima – Brasil.

Diseñamos un *Laberinto Musical* que nos acompañó en los últimos meses del año. Escuchamos la música de:

- Gastón Rodríguez
- Diego Kuropatwa
- Milongas Extremas

Resultados

Anteproyecto de Ley – Avances y retrocesos

En nuestro país las leyes que se encuentran vigentes en relación a la temática de la salud mental son la N 9581 –Psicópatas– de 1936 y la 11.139 –Patronato del Psicópata– de 1948. La primera, creada durante la dictadura de Terra, se refiere principalmente a las condiciones necesarias para internar al “psicópata”. La segunda, en cambio, aprobada durante el gobierno de Batlle y en un contexto de “Estado Benefactor”, contempla algunos aspectos que refieren a la reinserción del paciente.

El término “psicópata”, que designa a las personas con padecimiento mental, da cuenta de una concepción de la cual deviene un estigma marcado por la peligrosidad y la necesidad de encierro.

En 1986, luego de la reapertura democrática, se creó el Plan Nacional de Salud Mental que desarrolla más fuertemente el aspecto de la rehabilitación, contando en la actualidad con 14 centros en el interior del país y 5 centros en Montevideo, coordinados en la Comisión Intercentros (ASSE). Estos avances, que se notan en una mejor distribución de los servicios de salud, en mejores resultados en la administración de la salud, sin embargo se sostienen en una práctica que deja entrever que el modelo de atención no ha sido suficientemente revisado y cambiado. Se sigue utilizando el aislamiento como modelo terapéutico, se siguen utilizando terapéuticas que violan los Derechos Humanos de los internados (electroshock, sobremedicación), siendo insuficientes las alternativas de salida para las personas que carecen de redes sociales. Las calles (y sus refugios) o las Colonias pueden bien ser sus destinos seguros...

En relación a este programa el Psicólogo Nelson de Leon –integrante de la comisión redactora del anteproyecto– plantea: “Hay un Programa Nacional

de Salud Mental como resultado de un acuerdo a la salida de la dictadura. Eso no ha arrojado resultados respecto a las reivindicaciones que del mismo se desprenden. Han habido elementos pero operando fragmentados, disociados.”

Desde el 2005 se viene trabajando en la redacción de un anteproyecto de ley en Salud Mental. Para esto se ha convocado desde el gobierno una comisión que reúne a diversos actores técnicos, políticos, familiares y usuarios.

El psicólogo Hebert Tenenbaum, Director del Plan Nacional de Salud Mental, ante la interrogante sobre el Anteproyecto y sus posibles niveles de aplicabilidad, comienza destacando el hecho de que para que esto salga, para que la ley salga, “debe haber fuerza, como un barco con viento a favor”. Sin eso, ve muy difícil poder llegar a algo, tiene que haber un respaldo total de todos los actores vinculados a la salud mental. “Deben haber actores políticos que lo lleven a la agenda política aunque para mejorar la atención no hay que esperar por la ley”.

El psicólogo y coordinador del Plan de Salud Mental trae a colación lo sucedido en la República Argentina donde casi la totalidad de los psiquiatras se manifestó en contra de la nueva ley de Salud Mental, específicamente contrarios al apartado de las internaciones, apartado al cual la comisión del anteproyecto local no ha llegado. Los psiquiatras argentinos reclaman exclusividad a la hora de decidir internaciones en los hospitales. La nueva ley involucra a nuevas disciplinas a la hora de tomar la decisión por una internación, así como también las internaciones no son más permitidas en hospitales psiquiátricos y sí en hospitales generales.

Por otra parte también se aproximó a la fonoplatea de Radio Vilardevoz Cristina Antúnez, psicóloga y coordinadora de la comisión redactora del Anteproyecto de ley de Salud Mental. Ella destaca que “los usuarios deben tener un lugar principal en la participación y escritura del anteproyecto”, mira a la fonoplatea y a los entrevistadores, “ustedes tienen tanto o más que decir”. Y ante la interrogante de por qué no sigue funcionando esta comisión, la psicóloga afirma categóricamente, “trabajamos buenamente hasta setiembre del 2009, tuvimos dificultades con la Sociedad de Psiquiatría, hicieron declaraciones críticas y polémicas, de ahí en lo que terminamos fue en un impasse”.

Por eso es que entendemos que debe haber consenso de todas las partes, debe haber un soporte con la mayor cantidad de involucrados. De esto se desprende que la discusión no puede quedar enquistada únicamente en ámbitos universitarios o académicos sino que se debe posibilitar la participación real de todos los involucrados en el asunto y de la ciudadanía en general. Entendemos el intercambio como una acción de empoderamiento, de acción política desde la implicación como usuarios, como personas con sufrimientos y padecimiento, entendiendo el derecho fundamental de la participación y la posibilidad de decisión como personas. Por eso las propuestas difícilmente

surjan sólo de quienes planifican y construyen las políticas públicas. Aparte de que sabemos que la comisión se encuentra en un *impasse*, el anteproyecto aún está incompleto, el apartado “internaciones” aún no ha sido tratado. Sin lugar a dudas éste sea de los apartados más difíciles y polémicos, y de él se desprende el asunto electroshock o terapia de micro-narcosis. Antúnez ante esto dice, “al no haber discutido, el asunto internaciones no ha sido tratado aún”. Trae la cita de la Organización Mundial de Salud y afirma que no se descarta su uso, *sí como último recurso pero no como recurso de primera instancia. Lo que dice la O.M.S sobre la TEC es que debe ser usada si y solo si hay consentimiento previo y si se utilizan relajantes musculares y anestesia.*

En el ámbito legislativo el anteproyecto de ley aún no es un tema. Si bien se ha fijado desde la comisión de salud del parlamento la prioridad en salud mental, se ha focalizado en el ámbito privado. Así lo plantea la diputada Berta Sanseverino:

Y uno de los temas prioritarios de este quinquenio es el da la Salud Mental. Tanto en lo que tiene que ver con la atención, como con los contenidos que deben tener los servicios. Porque ahí tenemos el servicio público que es ASSE, pero también tenemos las mutualistas. Y se está trabajando fuertemente para lograr que las mutualistas también avancen, y en la agenda de sus intervenciones y de sus servicios amplíen sus servicios para las personas que requieren internaciones, y que sean asumidas, en definitiva, por el propio sistema de salud.

En este sentido es que se viene aplicando el Plan de Prestaciones en Salud Mental, por medio del cual se obliga al sector mutual a brindar determinadas prestaciones (atención psicológica, entre otras) a determinados sectores de la población que se encuentran definidos (personas con trastornos severos y persistentes, con intentos de auto eliminación, con consumo problemático de drogas, docentes y trabajadores de la salud). No es el objetivo de este informe ahondar en las bases y la aplicación de este plan. Lo que sí se puede afirmar es que este mismo no ha influido en las condiciones de atención y tratamiento de los usuarios del sistema de Salud Pública. Sector en el que se vienen encontrando las mismas carencias antes mencionadas.

En suma, podemos afirmar que la resistencia de los psiquiatras a ser cuestionados en su lugar de poder, la falta de voluntad política para operar transformaciones reales, así como la casi inexistencia de un movimiento de la sociedad civil organizada que presione para esto, genera la reproducción de las actuales condiciones. Continuamos con un modelo de atención sanitarista centrado en la enfermedad y no en las potencialidades del sujeto, con servicios de salud que ejecutan este modelo sin posibilidad de brindar una real atención, con dos asilos.

Podemos concluir, entonces, que en este momento hay que continuar construyendo el momento político y la campaña Rompiendo el silencio ha logrado ser parte de un espacio para esa construcción.

El desarrollo de la campaña en sus distintas instancias, producción, entrevistas, desembarcos, difusión, etc., ha permitido un intercambio entre diversos actores y una construcción de un mayor conocimiento sobre las implicancias de la implementación de una nueva ley de salud mental y de un debate público sobre la salud mental en el Uruguay.

Modelos de atención en salud

Otro de los ejes que atravesó la campaña Rompiendo el Silencio fueron los modelos de atención en salud, indagándolos a través de entrevistas a diferentes actores que trabajan en diferentes niveles. También se trabajó sobre las características de los servicios del interior, en relación a los de Montevideo, poniendo en discusión la centralización así como los diferentes niveles de atención.

Durante el desembarco contamos con la presencia de un paciente psiquiátrico de la ciudad de Nueva Palmira. Sus principales preocupaciones eran en relación al hecho de que en su ciudad no existiera ni una unidad de internación especializada en salud mental, ni psiquiatras residentes en la zona, lo que generaba a veces largas esperas para recibir atención, así como la internación en Montevideo.

También contamos con la presencia del Director del Hospital de Nueva Palmira. Él nos planteaba un modelo de atención en salud basado en los recursos propios de la comunidad, intentando resolver las situaciones de crisis sin recurrir a la internación.

Yo creo que una de las cosas que va a ayudar al desarrollo de la salud en general es el tema de desarrollar la capacidad de la comunidad de poder colaborar activamente en la reinserción, en el tratamiento y en el acompañamiento del paciente en general (...) generar una red desde las instituciones o los organismos que tienen interés tanto de la sociedad civil como del Estado y capacitar gente para que den contención a eso. Me parece que es un buen camino de explorarlo y desarrollarlo.

Creo que el camino a recorrer, no es tampoco el de generar unidades especializadas de internación en determinados lugares del interior, creo que eso tiene que estar enraizado en el lugar donde la persona está, obviamente que no en todos lados vas a tener psiquiatras radicados, pero vas a tener gente que va a hacer el apoyo o técnicos que están en un camino intermedio, o psicólogos, trabajadores sociales, educadores que van a generar el soporte; y bueno cuando la situación es como vos decís, es una situación de crisis, puntual, que no hace a lo que es la

cotidianeidad del paciente tampoco requiera algo más complicado, veremos cómo se soluciona.

También visitamos Santa Lucía, una ciudad emblemática signada por la proximidad de las colonias psiquiátricas de asilo, lo que genera que muchas de las personas que viven en la ciudad trabajen en ella, así como la radicación de casas de salud que albergan pacientes de las colonias.

En este sentido Vilardevoz ya tiene un acumulado de investigación en la temática, en el 2011 entrevistando a los practicantes de psicología que se encuentran haciendo su práctica allí, y al Dr. Angel Valmaggia, ex director de la Colonia Etchepare.

De la entrevista con los estudiantes practicantes de las Colonias realizada el 26 de marzo del 2011, se desprende que la realidad de ambas colonias es muy dispar. En este sentido se plantea que la Colonia Etchepare cuenta con un programa de rehabilitación más completo, teniendo un centro educativo donde se realizan diferentes actividades como el taller de radio La Rayada, cerámica, plástica, computación, carpintería, juegos, música y expresión plástica. En cambio en Santín sólo existe una panadería, huerta orgánica y la posibilidad de realizar tareas de limpieza cuando se está muy aburrido. A nivel edilicio también se constata lo mismo, siendo en Etchepare donde se ha avanzado más con las reformas de restauración de las instalaciones.

Atendiendo al promedio de estadía de las personas allí, se constata que es un hospital de crónicos, que sólo alberga personas sin posibilidad de pensar en la salida. En la Colonia Etchepare existe un Pabellón de pre-egreso, del que dependen el Programa de Asistencia Familiar y el de Hogares Sustitutos. En relación a este programa, uno de los entrevistados afirma:

(...) cuando ingresan al programa de Hogar Sustituto, como no hay por parte de ASSE creación de cargos de cuidadores, se hace un acuerdo con el paciente por el cual, a través de parte de su pensión se le paga a esa persona, que en general son personas que viven en la zona, en los pueblos de alrededor de la colonia. Entonces también la colonia se vuelve una fuente de trabajo para esas personas, lo cual también es bastante complicado de manejar ahí.

Evidentemente también se habló de algunas cuestiones espectaculares sobre las condiciones que vive la gente. Para muestra, basta esta cita en relación a la situación de la jaurías de perros que existen y que muerden a las personas, la entrevistada responde:

(...) hay como una relación violenta entre los animales y las personas que están ahí, pero es algo que cuando se intenta generar una solución para disminuir

la población de perros, sobretodo hay un problema con la protectora de animales, que está bárbaro, es válido pero no se elabora ninguna solución, lo único que pasa es que los perros siguen ahí y las personas también y se dificulta más proteger a las personas que a los perros a veces.

Angel Valmaggia en entrevista realizada el 2 de abril en nuestros estudios sigue proponiendo el cuestionamiento de la existencia de las colonias, y para esto plantea los siguientes argumentos. Principalmente que la enfermedad mental de por sí no es causa de internaciones prolongadas: “yo creo que la pobreza o las dificultades económicas son factores... y la falta de apoyo familiar. Se juntan varios motivos de los cuales la enfermedad mental, desde mi punto de vista, no es la principal”.

Como segundo punto plantea que las personas no van a rehabilitarse a las colonias, ya que “(..) es imposible rehabilitar a alguien que lo sacan de su medio”.

Se adhiere a una concepción desmanicomializadora de la salud mental y ante la pregunta sobre las acciones posibles para caminar hacia ese proceso plantea:

(...) para mí hay una medida que es sumamente sencilla que es no permitir más ingresos a la Colonia Etchepare. Yo creo que el tema pasa por ahí, porque cuando hablamos de la colonia cómo hacemos para, esos 800 pacientes, ubicarlos; yo creo que es a la inversa, no ingresan, hoy no ingresar. Dentro de 5 años habrá 300 pacientes menos. Yo he hecho cálculos de los pacientes que ingresan anualmente, 5 pacientes por mes que desde el Vilardebó tuvieron un destino diferente al de la colonia, 5 pacientes por mes, 60 al año, la colonia puede perfectamente cerrar sus puertas, entonces para mí lo *más sencillo y práctico es prohibir el ingreso a la Colonia Etchepare, y luego vemos cómo seguimos con este modelo como el de Chimborazo, de Casavalle o tal vez otros, porque también hay otros, porque también el Ministerio podría alquilar casas, no comprar, podría alquilar casas y tener cuidadores también contratados, ¿cuánto cuesta eso? Frente al millón de dólares que cuesta por mes la colonia, eso para mí es tan claro... pero las resistencias son tantas que bueno, que hay que buscar... por eso me parece que hay que buscar por ley, ponerle allí la ley, que sea lo que obligue al cambio, de otra forma no va a salir.*

De la mesa redonda que se desarrolló en el desembarco en Santa Lucía se desprende que no existe una discusión política del modelo asistencial y las condiciones de atención de salud que existe en las colonias. Tanto el representante de los usuarios, como el de los trabajadores y el propio director de las colonias, tomaron el espacio radial como palco para dar mezquinas batallas.

En cambio Vilardevoz propuso salir de esos lugares de discusión y proponer otros que habiliten una reflexión profunda y un proceso de construcción posible.

En la voz de Diego Planchesteiner se escucharon las voces de muchos otros, que planteaban sentirse violentados con la forma en la que la temática era abordada, la forma en que se hablaba de sí mismos. Y Andrés Jiménez logró plasmar la esencia de transformación política de Radio Vilardevoz considerando la salud mental como un problema de derechos humanos, y aclarando que *“un problema de derechos humanos es un problema político”*.

La salud mental como un problema de derechos humanos

En este sentido es que decidimos desembarcar en el Museo de la Memoria. Estuvimos en el MUME en su cuarto aniversario y en el día Internacional de los Derechos Humanos.

En este contexto partimos todos desde el hospital en un 149 rumbo al MUME que nos esperaba con hermosos espacios verdes, lugares y recovecos, todos ellos llenos de sentido.

En la mesa de bienvenida, Azul Cordo representando al MUME, “Cada objeto que aquí se encuentra es una obra de arte que habla de la resistencia y de las luchas que se hacían tanto adentro de la cárcel como afuera. Era la forma de comunicar, de darle pelea a la dictadura. Como dice León Gieco La memoria estalla hasta vencer”.

Diego Planchesteiner plantea la importancia del pasado, que es fundamental porque nos conecta con el presente. “(...) Por no anular la ley que se tiene que anular, que es la ley de caducidad, se tiene que crear una ley que diga que la desaparición forzada es un delito imprescriptible”.

Marco dice: “(...) Nosotros nos solidarizamos con los jóvenes que son permanentemente criminalizados, como nosotros somos estigmatizados. Ser no es sinónimo de ser delincuente ni criminal, ser joven no es ser delincuente”.

Se recuerdan momentos de la dictadura, se cuentan algunas experiencias que vivieron algunos de ellos en aquella época. Algunos relatos de esa memoria oral que también es parte de construir la historia desde esa memoria a través del relato hablado.

“Pensamos la salud mental desde los derechos humanos, ese es el objetivo de Vilardevoz y de esta Campaña”.

La mesa de bienvenida comienza a generar movimiento en la fonoplatea, se ven manos levantadas que quieren tomar la palabra y así se hace.

Mirta Toledo toma el micrófono y dice: “Romper el silencio me suena bastante familiar y/o vivencial, en algún momento tuvimos que romperlo y vamos a tener que seguir rompiéndolo (...) para recomponer la historia colectiva y cómo se siguen transmitiendo a las próximas generaciones”.

Y la nave va...

Seguimos en movimiento, promoviendo el encuentro y sensibilizando a la población sobre las diferentes problemáticas en torno a los nuevos escenarios que la Reforma de la Salud impone así como los desafíos que la “descentralización” presenta. Construiremos redes, lazos cada vez más fuertes que nos permitan ir generando las posibilidades de seguir haciendo de forma amorosa, creativa, solidaria y alegre.

Estamos convencidos de que para la construcción de políticas públicas desde una perspectiva integradora, inclusiva y en clave de derechos humanos es necesario dar lugar a todas las voces, sobre todo las de aquellos que son desestimados por creer que no tienen nada para aportar y sin embargo son los “supuestamente beneficiarios” de las mismas.

Bibliografía

- Apud, I., Techera, A., y Borges, C. (2010). *La sociedad del olvido: ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: Udelar: CSIC.
- Baroni, C. (Comp.) (2011). *Vilardevoz: locura, autonomía y salud colectiva*. [Inédito]. Recuperado de www.vilardevoz.org.
- Cano A., Migliaro A., y Giambruno R. (Comps.). (2011). *Apuntes para la acción: sistematización de experiencias de extensión universitaria*. Montevideo: Udelar: Extensión libros.
- Castoriadis, C. (1997). *El mundo fragmentado*. Buenos Aires: Altamira.
- De León, N. (Comp.) (2013). *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo: Ediciones Levy.
- Giordano, M. (2011). *Proyecto Vilardevoz: rompiendo el silencio*. [Inédito]. Ganador del Concurso “Comunidades con voz”, Banco Mundial edición 2011.
- Rebellato, J.L. (2000). *Ética de la Liberación*. Montevideo: Nordan.
- Rebellato, J.L. (1995). *Encrucijada de la Ética*. Montevideo: Nordan.

Participación, organizaciones sociales y Salud Mental

Carlos Caldeyro*

Introducción

En el Siglo XXI, la Esquizofrenia tiene solución.

Con los enormes avances científicos, la moderna farmacología, las nuevas Técnicas de Rehabilitación Psico-Social, los enfoques psicoterapéuticos específicos, las actualizadas Leyes de Salud Mental, las Residencias Asistidas, los Hogares a Medio Camino y otros Servicios Comunitarios en SM, la Psicoeducación de los Familiares, además de los Tratamientos Alternativos y no Tradicionales. Es un Derecho Humano recibir las ayudas personalizadas que cada Usuario necesita.

Principal preocupación de los Familiares: el ¿después qué?

Ejemplo: El Grupo de la Esperanza, formado principalmente por personas de sexo femenino, muchos padres han fallecido o son de avanzada edad, y las que continúan son las hermanas.

Primera regla para los Usuarios que contacta ASUMIR: “Que si no trabajan ni estudian, que no sean una carga para sus Familiares que sí trabajan y mantienen el hogar, que colaboren empezando por las actividades domésticas básicas”.

Números, datos y desarrollo del TEMA.

Según cifras internacionales, ya que en el Uruguay no existen estadísticas, el 1% de la población padece de Esquizofrenia (sin contar otras psicosis como la Bipolaridad, o la DROGA).

Esto representa unos 30.000 a 40.000 pacientes, en el país.

Por datos aportados por el Patronato se calcula que tan sólo 10.000 reciben algún tipo de tratamiento psiquiátrico elemental.

¿Dónde está el resto?

Probablemente en las calles, cárceles o niegan su patología, tanto los Familiares como los enfermos, por el estigma, la vergüenza o la ignorancia.

* Coordinador de ASUMIR.

Son una inmensa mayoría los enfermos que se niegan a tomar la medicación, aun estando sus Familiares conscientes e integrados a Grupos de Auto-Ayuda.

De estas cifras, es mínimo el número de usuarios que asisten o han asistido a los Centros de Rehabilitación Psico-Social en todo el País, siendo más baja la tasa en el Interior.

La Rehabilitación por sí misma no alcanza.

Tiene que seguir una etapa de “Recuperación hacia la normalidad e inserción comunitaria” con otros instrumentos terapéuticos que traten la problemática familiar.

La realidad es que son menos aún los que trabajan y logran mantener un vínculo laboral en el tiempo.

Existen excepciones como la Cooperativa de Carteros de Sur Ya, rehabilitados y compensados, que realizan una tarea remunerada, que cumplen con todas las exigencias a nivel laboral formal.

El punto débil de estas Cooperativas es la baja remuneración (que no alcanza los \$ 4.000.- por mes),

BPS. La pensión por discapacidad psiquiátrica es muy difícil de obtener, ya que según el BAREMO que regula el grado de patología, es muy exigente y solo se otorga a las personas que presentan un grado muy alto de enfermedad.

Anteriores gobiernos eran más flexibles, pero actualmente existe un seguimiento de las pensiones, donde se visitan los hogares y se han revocado pensiones porque los ingresos familiares sobrepasan el mínimo establecido.

La pensión por Discapacidad no supera los \$ 5.000.-

CIPRES es el único Centro de la Capital que trabaja la problemática familiar.

Está respaldado por la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y es de la Escuela Psicoanalítica.

Hay otras Escuelas Psicológicas igualmente útiles para los pacientes psiquiátricos.

La Facultad de Psicología, por medio de talleres, seminarios, asambleas, marchas, promueve en los usuarios y en la población en general, un mayor compromiso y mejor información sobre la Salud Mental y los Derechos Humanos.

Plan de Implementación de las Prestaciones en Salud Mental.

Poco difundido, mal interpretado, casi ignorado por completo por los destinatarios.

La queja más usual de los Familiares y también de los Usuarios es que el médico psiquiatra no los escucha.

No recurren al Plan, que establece la prestación de sesiones de psicoterapia gratuita y universal, a nivel público y al costo de un ticket, en las mutualistas.

La falta de fiscalización por parte de MSP y de SM, sumado a la lentitud de los prestadores de este servicio, lleva a los pocos que lo requieren a abandonar sus intentos.

Tan apreciadas oportunidades merecen mayor difusión pública y más presión social para que se hagan realmente accesibles a toda la población.

LEY del 4% de trabajo en las Empresas Públicas para Discapacitados.

Los Esquizofrénicos son el “último orejón del tarro” y difícilmente pueden competir con los Discapacitados Físicos y Sensoriales, en estos llamados a Concurso. Éstos están mejor entrenados, organizados y son mayor número en la población.

GRUPOS de FAMILIARES. El Grupo de la Esperanza, con Personería Jurídica y sin fines de lucro, de apoyo mutuo de Familiares para Familiares, fundado en 1986, es el primero en el Uruguay y en América Latina.

La Comisión de Salud Mental, del Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada, trabaja intensamente en toda la República.

Las visitas al Interior de la Federación Caminantes, junto a SM y la Comisión Honoraria del Patronato, ayudan con eficacia a los Grupos Familiares formados y promueven la creación de nuevas Asociaciones. El Patronato ya la tiene hace tiempo, pero sus Familiares no logran organizarse. CIPRES es una Asociación Civil, formada por Técnicos, Familiares y Usuarios, según su filosofía.

Los Familiares de Sur Palermo llevan a cabo muy valiosas jornadas e intervenciones.

GRUPOS de USUARIOS. El primer y único Grupo de Auto Ayuda de Usuarios, del Uruguay, fue el ya superado Grupo “AMANECER” fundado en 1980, que ha pasado a formar la Asociación ASUMIR (año 2012), para toda la República, con el respaldo de Salud Mental, el Patronato y todos los Centros de Rehabilitación de Montevideo y del Interior del País.

Surgen estos grupos como respuesta a la agobiante discriminación, estigma, soledad, en el intento de socializar y abrir nuevas fronteras, acercando a los Usuarios a una realidad menos hostil y con oportunidades que se van descubriendo al andar.

Sin embargo, somos “cuatro gatos locos” que hacemos lo que podemos, llenos de ilusión y confianza en el colectivo de Salud Mental.

No tenemos Personería Jurídica, ni financiación, pero con sede en el Patronato.

VIVIENDA

Son muy escasas las soluciones habitacionales para los Usuarios, sean Pisos Asistidos, Hogares a Medio Camino o viviendas simples, tanto a nivel público como privado.

A pesar de las indicaciones de los Equipos Técnicos de promover la “independencia” de los Usuarios y de las iniciativas que hace más de una

década se tratan de poner en práctica por parte de las autoridades de Salud Mental, poco se avanza en este tema.

Los usuarios que realmente se han logrado insertar laboralmente, viven precariamente.

MEDICACIÓN y otras herramientas terapéuticas

La medicación antipsicótica ha avanzado enormemente, pero hay que considerar que son drogas medicamentosas, que acostumbran a la mente y al cuerpo en forma adictiva, por lo que suspenderla o retirarla, produce efectos como recaídas e internaciones.

Los psicofármacos de última generación aún mantienen efectos secundarios negativos importantes que constituyen uno de los motivos principales de la negativa a tomarlos.

Entre ellos está la pérdida de la libido, que genera en los pacientes adultos jóvenes gran ansiedad, agravada por los temores que inspira la sexualidad del Usuario.

En los Centros de Rehabilitación, se toma el tema muy superficialmente y no hay ninguna política de SM que lleve una Educación Sexual acorde con la gravedad de la patología.

También hay problemas de diabetes y cardiovasculares y muchas veces no se advierte a los familiares ni a los usuarios sobre la necesidad de tomar las precauciones médicas preventivas.

Otro capítulo interesante son las modernas “micronarcosis”, evolución de los antiguos “electroshocks” ya superados.

Son una herramienta terapéutica sencilla, eficaz y muy poco nociva, que elimina rápidamente los cuadros agudos que no responden adecuadamente a los fármacos.

La “estereotáxis” antiguamente, la “lobotomía prefrontal”, lamentablemente se practica en el Uruguay, en Centros altamente especializados.

Son muchos los Profesionales, Familiares y Usuarios, que se oponen a su uso, por lo que significa de atropello a los DD.HH. del paciente y por su dudosa efectividad.

**Las muertes súbitas a temprana edad y los suicidios, son frecuentes en los pacientes

DROGA. Desafío para el SIGLO XXI

Este tema escapa a mis conocimientos, pero doy un dato que explica sus terribles alcances: actualmente en el Hospital Vilardebó hay más internados por drogadicción que pacientes esquizofrénicos.

Salud Mental

Zulis Goyén*

Reseña General

Si consideramos la definición de SALUD de OMS tenemos una definición bastante concreta: estado de bienestar bio-psico-social. Tal vez resulta una definición demasiado escueta para lo que ello implica; pero de todos modos toca las aristas por donde trasciende la vida de cada persona.

Inicio con este texto porque generalmente, no solo a nivel social sino institucional, cuando aparecen alteraciones mentales pareciera que la persona deja de tener un organismo como los demás y el punto de mira es sólo su comportamiento desajustado.

Generalmente las manifestaciones de alteraciones son los elementos que el entorno tiene para empezar a solicitar ayuda, ya sea consultar o investigar qué está pasando con esta persona.

Si nos remitimos a la intimidad de cada ser, veremos que si tenemos en cuenta los tres grandes pilares de la salud, no sólo lo biológico es motivo de descompensación saludable, está lo psicológico y lo social.

Los seres humanos, desde su nacimiento y quizá desde su concepción, son seres sensibles a los afectos y a las relaciones de pares. Basta con observar cómo algunos padres que disfrutan el embarazo y aportan elementos de placer, como puede ser la música, logran niños más vivaces. Por el contrario existen ejemplos de niños no deseados que o bien nacen con anomalías o son seres tristes, taciturnos y que generalmente tienen problemas de relacionamiento con sus pares, ya sea en la guardería, el jardín e incluso a niveles superiores de escolaridad. Suele pasar también que esa problemática se manifiesta en todos los niveles. Son los chicos difíciles, y muchas veces este comportamiento

* Integrante de AFAPD y Delegada Departamental del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada.

suele tomarse como propio de esa persona y ahí está arrancando el problema de salud mental. De ahí la necesidad de equipos multidisciplinares al servicio de padres y docentes para poder destrabar estas dificultades y así evitar que al llegar a la adolescencia, juventud o adultez la persona presente patologías crónicas llamadas psiquiátricas, que para quien las posee ya son parte de su lógica, y como que ya no hay vuelta atrás, salvo la pastilla de turno y a veces la institucionalización; pasa a formar parte de la comunidad de enfermos mentales.

Durante todo ese camino, que son unos cuantos años de vida, de haber tenido el acompañamiento adecuado se hubiese evitado ese final tan triste; para quien lo sufre y para toda su familia, que algunas veces por ignorancia y otras por resistirse a esa realidad no supieron o no pudieron evitarlo.

Volviendo un poco a la lógica de la persona con problemas de Salud Mental, ésta resulta, podríamos decir, particular para cada persona, cada uno va construyendo su propia lógica, lo que dificulta aún más *establecer parámetros*. Esto implica casi un *terapeuta por persona* o, en el mejor de los casos, buscar semejanzas y generar grupos, lo cual tampoco es fácil, pues muchas veces tampoco existe empatía entre ellos. Esta última observación marca lo difícil que es generar terapias 100% eficaces. Cada jornada se presenta como algo a innovar, siempre y cuando se haya logrado estabilizar la crisis.

Esta situación hace que los recursos necesarios se hagan voluminosos y además la situación de paciente crónico tampoco estimula las inversiones que deberían emplearse. El nuevo Plan de atención en Salud Mental es muy ambicioso en cuanto a la disponibilidad que espera de los prestadores.

Hace muchos años que se está trabajando con la primera infancia en los Planes CAIF, pero luego esa atención se diluye en el avance curricular y los Prestadores de Salud tampoco ofrecen ese acompañamiento. Salvo INAU, que al tratar la marginalidad tiene esos equipos y los ofrece a una población que, además de las dificultades antes mencionadas, también sufre otros problemas sociales que les son propios.

No existe una escuela para padres y cada cual va por la vida diseñando un modelo a su criterio, que depende de su grado de responsabilidad cultural y social. Cuando digo social no me refiero al status social, sino a su relacionamiento. Los niños por un lado imitan y por otro van captando lo que se les ofrece y probando caminos que les permitan hacerla más fácil. La típica pulserada. Ahí los padres o adultos responsables del momento deben tener muy claras sus ideas para poder ser el referente adecuado. Sólo así podría pensarse en salir lo más airoso posible ante problemáticas que también pueden ser inevitables por las condiciones propias del individuo.

En este momento la sociedad está muy ensamblada; la intimidad que hacía que las familias fuesen como núcleos con características bien

diferenciadas, en costumbres y vida cotidiana, se ha ido perdiendo; tal vez debido al ritmo de vida actual y a la gran expansión de la tecnología y los medios de comunicación. Por ejemplo las películas o escenas no adecuadas para niños se solapan en horarios donde ellos sí están con sus programas, al hacer la promoción de la programación del día. Esto que parece tan insignificante, si se hace rutinario, pasa a ser normal para quien lo percibe; lo mismo pasa con la promoción del consumismo, donde la felicidad y belleza están en utilizar tal o cual producto. Estas influencias se van incrustando en el día a *día del niño o adolescente y al final le* generan un mundo muy diferente al de su realidad; la escala de valores se va distorsionando y no existe otra meta que no sea ser lindo y estar contento. Cuando la realidad es palpada les debe costar mucho contrastar y no deprimirse si no tienen buenos soportes emocionales desde los adultos que les acompañan. Por otra parte los parámetros sociales de lo que llamamos familia ya no son los tradicionales: papá, mamá e hijos y algunas veces otro miembro, el adulto mayor. También, debido a las exigencias de espacio, las familias se han vuelto multiplurales: varios hogares en una misma vivienda; por otra parte las disoluciones de parejas hacen que muchas veces convivan varios descendientes en esa época de la vida que no tienen vínculos de sangre y muchas veces tampoco de afectos. Toda esta mistura genera en el ser que se está desarrollando probablemente una gran confusión.

Si no existe una red de soporte en el desarrollo, posiblemente la desorientación llegue y muchas veces ya no hay camino de retorno.

Las instituciones curriculares son muchas veces ese soporte; pero la misma vida de las personas que allí son adultos referentes es tan exigida, que tampoco pueden aportar todo lo que ese niño o adolescente requiere.

Es entonces este panorama el que hace que se disgreguen los vínculos tanto afectivos como sociales, y el ser se encuentra en un mundo que le es agresivo u hostil; y si no tiene bien claro su rumbo probablemente se desvíe de lo que consideramos “normalidad”, y comience a optar por una lógica que nos es totalmente incomprensible y muchas veces incontrolable; llegamos a una salida que está muy lejos de la deseada.

Existen varios caminos, no todos son fáciles; pero muchas veces se busca una solución y lamentablemente vemos como ya en los jardines se empieza a medicar. No hay repuesto en salud.

La medicación que se ofrece para influir en el comportamiento generalmente trae efectos secundarios en el sistema neurológico, tal vez el más sensible del organismo. Estos efectos colaterales ¿tienen marcha atrás? No lo sabemos. Sí sabemos que empieza a generarse un círculo donde el niño o adolescente comienza a replegarse y sentirse diferente de los demás y hasta su familia sufre lo mismo; esto cada día crece como una bola de nieve y son muy pocos los que logran volver a creer que son seres iguales a los otros. Por

un lado ellos decaen en su autoestima y por otro el núcleo social también los discrimina. Acá es cuando debemos familia y grupo multidisciplinario hacer un gran esfuerzo para superar el gran escollo y ver de frente cuál es nuestra realidad frente a lo que nos toca vivir y tratar de dar el mayor soporte a la situación; es lo único que tal vez no nos haga mirar para atrás y morder nuestra falta de sensibilidad, porque a esa altura ya no hay marcha atrás. Tal vez parezcan muy duras estas afirmaciones, pero cuando los síntomas se hacen visibles a nivel biológico es porque ya se superaron las otras variables de las condiciones de vida saludable.

¿Qué se espera de cada ser que nace? Que llegue a ser un adulto pleno, pero el ser humano es en la escala zoológica el que más tiempo necesita para llegar a su adultez y el que más complejidad presenta en su desarrollo. Los demás seres en su mundo pareciera que superando los escollos de la supervivencia ya no necesitan más. El hombre como especie, dícese la más avanzada, es también el ser necesitado de más cuidados.

Todos los seres humanos necesitamos mantener nuestro potencial biológico, pero también los afectivos y sociales. Vemos cómo lamentablemente se va desdibujando en la comunidad todo aquello que nos es tan caro: disfrutar de una compañía, tener una oreja que nos escuche o poder escuchar si nos necesitan, ser solidarios, ver a la persona por encima de... cualquier otro interés; esto ya cayó en desuso o son muy pocos los que lo practican. De esa forma nos vamos replegando para no salir lastimados. Viene el aislamiento y para muchos éste es el viaje sin retorno.

También vemos cómo “el todo vale...” va tomando un espacio importante tanto a nivel social como, a veces, institucional; por supuesto que esto da lugar muchas veces al doble discurso y entonces tenemos otro factor incidente.

Cuando la manifestación se hace visible es porque se ha instalado la descompensación, viene después un largo camino de nunca acabar. Camino éste que, para muchos, se hace un lastre para la familia, el entorno social o laboral.

Sería deseable que siempre hubiese un botiquín de equipo multidisciplinario a la orden, en todos los niveles: prestadores de Salud, centros laborales, centros barriales, centros curriculares, espacios deportivos. Cuánto evitaríamos que ese viaje se hiciese sin retorno.

La resiliencia se adquiere a medida que el desarrollo va dando recursos y fortalezas, que cada persona va adquiriendo en la medida de sus potencialidades y oportunidades; es acá donde debe estar el soporte antes mencionado. Cada ser tiene su tiempo y de sus experiencias va adquiriendo destrezas de vida. Cuando ya pueda hacer frente a lo que la vida le demande podemos decir que llegó a la madurez. Pero el ser humano es como los árboles, cada día crece, aunque ya no lo haga biológicamente, sí en sus capacidades afectivas, cognitivas, sociales, etc.

Realidad Social

En párrafos anteriores mencionaba que la sociedad actual es muy compleja. Si comenzamos a desglosarla vemos varios aspectos a considerar y seguramente me quedarán algunos sin precisar debido justamente a que es muy difícil hacer un análisis general; pues siempre habrá ejemplos que se nos escapen. Empecemos por las familias, donde la situación es cada vez más compleja: multiempleo, trabajo y estudio, falta de estabilidad laboral, incitación al consumismo; esto desemboca en gente de 30 años con un alto índice de stress, que generalmente es el inicio de una baja calidad de vida. Ésta es la edad generalmente de mayor índice de natalidad entre las parejas. ¿Cómo resuelven las parejas la crianza de sus chicos con todo lo antes mencionado?

Los lazos afectivos están resentidos, unas veces por falta de tiempos y otras por discrepancias; las redes sociales son débiles; y entonces tenemos cometas que se bambolean en el viento de la vida actual.

Acá aparece la primera dificultad visible, pero las emocionales y sociales ya estaban instaladas desde el vamos. De ahí la importancia del acompañamiento en el embarazo. ¿Tiene tiempo para realizarlo? ¿Las empresas aportan oportunidades para que sea posible? ¿Los prestadores ofrecen equipos adecuados? Todas estas preguntas sería bueno que tuviesen respuestas afirmativas. Realmente no me animo a ser tan optimista.

Una vez nacido el nuevo ser y sus necesidades precarias cubiertas, ¿sus padres le pueden brindar seguridad? Son seres muy dependientes pero también muy sensibles y captan del mundo que les rodea, lo afectivo y social; es decir que aunque biológicamente van creciendo y pareciera que es lo único apreciable, también crecen en los aspectos antes mencionados.

No todos los padres pueden ofrecer seguridad, por los diferentes motivos mencionados inicialmente.

¿Están todos los padres con sus propósitos paternales bien definidos, o prontos para tomar los recaudos que su rol les demande? Es muy importante el ir cada día revisando la situación de cada ser, ¿cómo responde?, no todos son iguales. No resulta fácil la paternidad, pero el camino está iniciado y debemos continuarlo.

En el balance cotidiano, ¿qué es más importante, la buena alimentación o un juguete de marca? Ambas cosas son necesarias para un niño; pero el juguete no tiene por qué ser de marca. El día a día *hará que vayamos moldeando* al futuro ser independiente; debemos cuidar de no asfixiar pero tampoco generar seres abandonicos; es difícil la justa medida.

Tal vez nos vamos a equivocar muchas veces, pero es bueno que esto ocurra si tenemos el valor de admitirlo y conversarlo en un lenguaje llano, la persona también aprende que la perfección no existe. Seguramente a medida

que crezca vamos a ir encontrando la forma de plantear nuestros errores y que también vean la responsabilidad del adulto frente al ser en desarrollo que es él.

Creo que este enfoque pone de manifiesto algunos aspectos no menores y que hacen a la SALUD MENTAL. Pero existen otros no menos importantes, que pasaremos a tratar de desglosar.

Como decíamos anteriormente, muchas veces parece que la medicación es el mejor camino; pero también hemos visto cómo hay otros factores, no biológicos propiamente, que tienen un gran peso a la hora de hacer balances o evaluaciones. La medicación puede ser un recurso inmediato ante una situación de crisis; pero nunca la única salida, pues se está dejando de lado todas las demás potencialidades del ser, que seguramente se resentirán si no se las aprovecha. Por otro lado pueden ser el puente que hará que la persona pueda no menospreciarse y aislarse. El respeto y la dignidad acá se vuelven los puntos clave que el entorno debe cuidar en el ser afectado. Rescatar estos valores significa un alto grado de compromiso de todos y cada uno de los integrantes del núcleo del ser afectado; de ahí la importancia del equipo multidisciplinario y el grado de aceptación de la patología.

Por otra parte hacíamos mención a los efectos secundarios, que muchas veces son irreversibles cuando de lo neurológico se trata. Además se produce la adicción que hace que el grado de medicación se vaya concentrando y con ello los efectos secundarios, que terminan minando el organismo.

Por último debemos comprender que en la proporción de problemas de SALUD MENTAL que existan en la comunidad se refleja la SALUD COMUNITARIA que muchas veces no se tiene en cuenta a la hora de valorar la problemática social que nos rodea.

La SALUD MENTAL es responsabilidad comunitaria. Así debemos comprenderlo cada integrante de la sociedad que conformamos; con mayor razón los Prestadores de Salud, que lamentablemente no apuntan a la prevención. Sus balances aún no confrontan cuáles son las mejores inversiones, si mucha población saludable, en un gran esfuerzo de todos por lograrla, o un gran grupo de enfermos, donde las medicaciones o los exámenes necesarios se mezquinan. La salud ha pasado a ser una mercancía.

Esta situación mencionada últimamente también afecta la SALUD MENTAL.

El Plan de SALUD MENTAL que trata de implementarse desde el MSP encuentra muchos obstáculos a la hora de hacerlo realidad debido a que aún no existe una convicción de que es mejor prevenir que curar, y más en SALUD MENTAL.

Lamentablemente no se tiene la suficiente sensibilidad como para valorar que cuando una persona entra en el círculo de problemas mentales de alguna manera afecta a todo el entorno. Si además constatamos la cantidad de

casos que se entrelazan, sería muy grotesco pensar que somos una sociedad sana.

Cada día se va deshilachando la trama de vínculos de cualquier tipo y entonces la indiferencia nos da este resultado antes mencionado.

Lamentablemente, a grandes males grandes remedios, de verdad es inimaginable cómo se va a romper esa coraza materialista que nos está matando a todos. Pareciera que primero se evalúa el resultado y después se invierte en el riesgo, como si fuese una transacción. La salud no escapa a esta modalidad; es lamentable ver cómo la tercera edad y los psiquiátricos pasan a ser tan vulnerados en sus derechos.

En cuanto a la familia y entorno del paciente con trastornos de SALUD MENTAL, ésta se siente muy sola en su día a día; y mucho más a medida que pasa el tiempo y comprende cuál es la situación, que se hace crónica y empieza a contribuir con el deterioro propio de la vida que por ser adultos mayores ya se va dando. Entonces reconocer esa realidad y no encontrar salida digna, muchas veces hace que se derive en otra patología psiquiátrica dentro del núcleo considerado. Se da una simbiosis enfermiza y aislada de la comunidad que puede llegar a ser una cadena de nunca acabar. Se observa un deterioro tal de la dignidad humana que sólo quien lo vive puede llegar a reconocerlo; muchas veces los propios afectados no vislumbran cuán grande es su degradación; sólo una comunidad muy insensible puede ser ajena a esta realidad.

En reiteradas oportunidades de intercambio se llega a la conclusión de que debe haber políticas más fuertes de soporte a la SALUD MENTAL, las que no sólo asegurarían una mejor calidad de vida del afectado, sino que además harían que hubiese más responsabilidad institucional y social hacia dicha patología.

¿Cómo revertir esta situación?

Los primeros que debemos conjugar una suerte de cadena humana muy fuerte en posturas de exigencia para que se cumpla con las POLÍTICAS ya implementadas debemos ser los USUARIOS todos, Rehabilitados, Familia y Comunidad. Existen leyes que contemplan la situación del Paciente, con apoyo solidario de atención y de apoyo económico con una Pensión de BPS y una Canasta de INDA si es necesario o una Jubilación si las personas trabajan cuando hace eclosión la patología; otras también contemplan la situación laboral si la persona está compensada, ya sea con Talleres Protegidos o con una cuota laboral por Institución Pública o Privada. Sabemos que éstas muchas veces no se cumplen, porque por un lado no hay desde el sistema una fiscalización para detectar las situaciones y canalizarlas a buen término y por otro porque muchos USUARIOS ignoran tales beneficios.

Entonces el primer paso que debemos dar como COMUNIDAD sensible a las Patologías de SALUD MENTAL es divulgar los DERECHOS y luego lograr que cada cual desde su rol exija que se cumplan.

No es fácil, la primera dificultad está en el propio Paciente, que debe superar la barrera de reconocerse y apoderarse de sus derechos; lo mismo ocurre con su Familia, que en el segundo aspecto es más sensible. Y lo más dificultoso es encontrar una Comunidad Solidaria, que esté dispuesta a dar batalla para avanzar en esto que nos atañe a todos y que de ninguna manera podemos estar seguros de no ser afectados alguna vez.

LA REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN ES VIABLE EN CUANTO LA SOCIEDAD HAGA UN ESPACIO DE INCLUSIÓN REAL.

Salud mental: la pata renga en los medios de comunicación masiva

Alberto Rodríguez Díaz*

Resulta difícil hallar un periódico u otro medio de comunicación masiva que no hubiera recogido como titular principal el pasado 14 de Diciembre de 2012, la matanza de 20 niños y seis adultos, cometida por Adam Lanza, un joven de 20 años, en el centro escolar de Sandy Hook, en el estado de Connecticut, Estados Unidos.

Las escenas mostraron el dolor de sus familias, y recogieron con pelos y señales la forma *cómo este joven, buen estudiante, pero parco e introvertido, mató a su madre en su domicilio primero, luego se dirigió al colegio donde trabajaba su madre y la emprendió a balazos contra los niños, sus maestras y los adultos que se interpusieron.*

Tan difícil es como hallar luego uno sólo de estos medios de comunicación masiva que analizara el tema, recogiera opiniones de profesionales y analistas que procuraran explicar cuál es la situación real que enfrenta Estados Unidos, el país con el más alto porcentaje de personas armadas en el mundo, en cuanto a la salud mental de sus pobladores, en especial los jóvenes que han sido generalmente los autores de estos hechos trágicos.

¿Las armas son el centro de la cuestión?

El debate posterior se circunscribió a la necesidad o no de modificar las leyes que permiten a los ciudadanos estadounidenses comprar armas libremente, como si se tratara de hortalizas en una feria, o de tenerlas en su poder y aún portarlas consigo, como si anulando estas leyes se solucionara el problema de fondo, cuando éste es sólo uno de los elementos que inciden en los hechos.

* Secretario de Redacción Diario El Pueblo de Salto.

Nada indica que si un desequilibrado no tuviera armas de fuego a mano y estuviera decidido a cometer semejantes hechos, no lo haría usando otro tipo de armas o elementos que le sirvieran para su cometido.

Esto es lo habitual y por lo tanto nadie que esté involucrado en un medio de comunicación masiva puede asombrarse de que en esta oportunidad haya sucedido lo mismo. Hasta el presidente de los Estados Unidos, Barack Obama, visiblemente afectado, declaró cuatro días de luto nacional para honrar a las víctimas.

Como país hemos pasado por esto muchas veces. Vamos a tener que unirnos y tomar medidas significativas para evitar más tragedias como ésta, independientemente de la política. Esta noche Michelle y yo haremos lo que sé que harán todos los padres de Estados Unidos: abrazar a nuestros hijos un poco más fuerte de lo normal, decirles que los amamos y recordarnos mutuamente cuánto nos queremos. Pero hay familias en Connecticut que esta noche no podrán hacerlo.

El tema de salud mental está presente en los medios, sólo cuando a alguien desequilibrado, como en este caso, se le ocurre tomar un arma y emprenderla contra todo lo que se mueve a su alrededor.

La matanza de Sandy Hook no fue la primera que conmovió a los Estados Unidos, ni tampoco la última, porque pronto hubo imitadores no sólo en aquella nación y aunque las consecuencias no fueron tan extremas, también se registraron muertos y heridos.

El tema es que el único aspecto de la salud mental que suele interesar a los medios de comunicación masiva, es la eclosión, cuando a alguien “se le saltan los tapones” y realiza uno de estos hechos que resultan tapa de diario en todos los medios del planeta. Poco parece interesar el contexto, ¿por qué se llega a estos extremos en que la persona decide emplear las armas para matar a sus semejantes?

Esta es la cuestión.

Nadie ignora que la información sobre estos hechos tiene un gran consumo y ocupa los grandes titulares porque es obvio que son noticia, el mercado los convierte en noticia y el concepto de noticia, tan cuestionado y discutible, pasa precisamente por la legitimación del mercado.

La responsabilidad social de los medios

La cuestión es cómo se informa. ¿En qué medida cuando nos limitamos a informar los detalles de la masacre estamos asumiendo la responsabilidad social que deben tener los medios de comunicación masiva?

La información no se agota en la noticia directa, es en el hecho en sí, su autor, sus detalles específicos.

La información sin el contexto es una información parcial, “renga”, que no aporta mucho. Sólo satisface el morbo de la mayor parte del mercado de lectores.

El contexto en el que se dan estos hechos, la interpretación, el análisis de los elementos que inciden en el tema, tanto en la ejecución, como en los demás elementos que tienen que ver con lo psicológico y que seguramente están vinculados a la salud mental de la gente.

Sería interesante saber qué opinión merece a psicólogos y psiquiatras el hecho de que los legisladores de los Estados Unidos entiendan que es útil que la población tenga armas en su casa.

¿Por qué este aspecto no está debidamente legislado en nuestro país donde existe también un buen número de armas de fuego en manos de la población?

En referencia concreta a la matanza de Sandy Hook, sería interesante saber cómo se explica que la madre del joven Lanza tuviera como hobby la colección de armas y la práctica del uso de las mismas.

Ese joven, cuya conducta indicaría que no estaba precisamente en su sano juicio, seguramente estaba habituado a “convivir” con las armas de fuego que coleccionaba su madre. ¿En qué medida estaba atendido psicológicamente y en qué medida se conocía el riesgo existente en su situación, cuando se hallaba rodeado de armas de fuego?

¿Por qué la emprendió precisamente contra los niños del Jardín de Infantes de escasa edad donde trabajaba su madre? Y ¿por qué la mayoría de estas masacres han tenido como escenario precisamente los centros de estudios, colegios, universidades y similares?

El seguimiento del tema en los medios de los EE.UU. se ha centrado en la conveniencia o no de modificar las leyes en materia de tenencia y comercialización de las armas de fuego. No así en los aspectos que llevan a este desenlace. La salud mental de la población del país, los factores que están incidiendo para que los casos de masacres como las mencionadas aparezcan cada vez con mayor frecuencia, son aspectos que se soslayan, apenas se los menciona o lisa y llanamente se los ignora porque para la gran mayoría de los medios de comunicación “no son noticia”.

En algunos casos, la conducción de los medios de comunicación masiva considera que no son temas que tengan interés, porque no tienen “marketing” o no se traducen en ventas.

Esto explica por qué muchos de ellos no tienen periodistas capaces de analizar el contexto de los hechos y menos aún técnicos columnistas que enfoquen la problemática social que pudiera estar detrás de los hechos que causan conmoción.

Las causas de fondo

¿Qué factores pueden estar “empujando” a los pobladores de estas naciones a realizar estos hechos? ¿Cuál es el estado de la salud mental de nuestra sociedad? ¿Qué elementos favorecen una buena salud mental y qué elementos presionan a la población, sobre todo a nuestros adolescentes y jóvenes para que lleguen a realizar estos hechos?

En nuestro país, salvando las diferencias, la situación es similar. Cada vez con mayor frecuencia nos encontramos con casos de homicidios en el marco de la denominada “violencia doméstica”, que incluso alcanzan a cónyuge e hijos.

Sin embargo, es poco o nada lo que se informa en relación a las políticas de salud mental y no sólo en referencia a las actividades programadas, sino esencialmente al enfoque y la relación que pueden tener las políticas de salud mental en cuanto a las acciones de las personas que integran la sociedad.

En este marco, si no conocemos el enfoque, si no conocemos la importancia que tiene la salud mental en la conducta de las personas, es muy difícil que logremos el involucramiento de estas personas en los planes de salud mental.

Tiempo atrás, en la Redacción del diario El Pueblo de Salto, se recibió una solicitud de un lector. Había sucedido que una niña de escasa edad, que había descendido de un bus escolar y se había dirigido a un kiosco frente al colegio, fue tomada de la mano por un enfermo psiquiátrico que aparentemente pretendió llevársela con él. El hombre fue detenido y a las pocas horas liberado. El abuelo de la pequeña niña, quien se comunicó con el diario, pedía “que lo encierren, que lo saquen de la calle, porque es un peligro...”

Esto es, lo primero a lo que apuntamos, es a la represión, como si ésta fuera la forma más humana y razonable de enfocar la problemática.

Llegar a entender, por ejemplo, que el tratamiento con privación de libertad está casi descartado, o al menos reservado para algunos casos especiales, requiere de toda una labor de concientización.

Seguramente que las instituciones oficiales y privadas que trabajan en referencia al tema tienen una cuota parte de la responsabilidad en la materia, pero es a los conductores de los medios de comunicación que debemos apuntar. En tanto no logremos el involucramiento de ellos en estos temas, será difícil que avancemos en un trato acorde, responsable y correcto de los temas de salud mental en los medios de comunicación masiva y, por ende, en la actitud de la comunidad toda.

Para lograr este involucramiento seguramente lo que estamos necesitando es un cambio cultural, porque la situación no se da por generación espontánea. Los medios de comunicación masiva tienen una buena cuota de la responsabilidad, pero no toda.

El cambio cultural que se necesita

Si los medios prefieren dedicar su contenido a la información directa, más que al análisis e interpretación, es porque el mercado responde a estos postulados y el mercado somos todos.

Vale decir que en tanto la mayoría de los lectores se vuelquen hacia los medios de comunicación que prefieren soslayar su responsabilidad social y dedicarse por entero a satisfacer el morbo del mercado, difícilmente podremos ver un cambio en la línea de los medios de comunicación masiva en cuanto a la salud mental.

Otro renglón digno de análisis es el de la publicidad, los mensajes explícitos o implícitos que transmiten muchas veces las publicidades de los medios masivos, incluida la “red de redes” de reciente incursión, tienen una gran incidencia en el público, sobre todo de adolescentes y jóvenes, probablemente los más vulnerables. Basta observar hoy a todos los niños vinculados al fútbol, que lucen peinados “Neymar”, (con una línea de cabello más crecido al medio) para tener idea de la enorme incidencia que tienen los medios de comunicación masiva.

De todas formas esto significa también que la herramienta está en nuestras manos. Cuando entendamos que al comprar un diario, al sintonizar una radio o un canal de televisión estamos optando por determinados contenidos, por determinado periodismo, estaremos entendiendo recién que nosotros tenemos la llave, o mejor dicho una partecita de la llave que se necesita para abrir la puerta del cambio cultural y para exigir este cambio, es imprescindible que juntemos muchos pedacitos de llaves, que formemos la masa necesaria capaz de reclamar a los medios lo que éstos no nos están dando.

Este cambio cultural es el que puede llevar a que los medios asuman esta responsabilidad social, que no debe llegar como imposición estatal, como existe en algunos sistemas, sino por propia conciencia social.

Entender que la información sólo será completa y correcta cuando, además de ser fidedigna e irrefutable, esté rodeada de todo el contexto en que se ha registrado y luego comentada por especialistas o periodistas debidamente capacitados para hacerlo es el punto de partida de un periodismo socialmente responsable y debidamente encarado.

El camino a seguir es el de llegar a los responsables de los medios, a quienes toman las decisiones en la materia, para involucrarlos, para sumarlos a lo que debe ser una causa común en la comunidad, como es el trabajo mancomunado en materia de salud mental, seguramente una responsabilidad de todos, que hoy sólo asumen algunos.

Capítulo VII

POLÍTICA, ESTÉTICA Y ARTE EN SALUD MENTAL

Meditaciones en torno a tres creadores de la Colonia Etchepare¹

Pablo Thiago Rocca*

“Lo que determina el carácter de anormal o normal de una reacción psíquica –melancolía, euforia, protesta, agresión-, no es el género en sí de esa reacción, sino su falta de oportunidad, de adecuación, de legitimidad.”²

Isidro Más de Ayala

Nuestra experiencia en el terreno de lo que en este encuentro se ha dado en llamar arte y salud mental es muy limitada. Provenimos de los estudios de comunicación y de la teoría del arte. Para comenzar, tenemos ciertos reparos en acordar una definición que nos satisfaga de “salud mental” (se suele hablar de salud cuando se quiere decir enfermedad). Tampoco podemos afirmar a cabalidad qué es el arte y aunque nuestro trabajo profesional esté dirigido a tratar de comprenderlo, no pretendemos abarcar esas formas múltiples de conocimiento sino inmiscuirnos en su proceso, en el proceso del arte. Las personas que poseen una definición acabada del arte jamás podrían ser artistas ni investigar sobre sus cuestiones. De modo que nos mantenemos, por decirlo de alguna forma, buscando rodear sus márgenes y explorar sus cauces.

Hemos tenido y mantenemos contactos con personas internadas en la Colonia Dr. Bernardo Etchepare, hemos realizado visitas esporádicas en el Hospital Vilardebó y recorrido varias clínicas privadas observando el trabajo de los talleres de artes plásticas, cuando los hay. Conocemos el trabajo artístico de pacientes –residentes en el país y también en el extranjero–, que acusan problemas psiquiátricos. Hemos tomado contacto con talleristas, psicólogos,

1. Versión corregida y ampliada de la intervención en el Segundo Coloquio sobre Arte y Salud Mental, Punto de Encuentro, Dirección Nacional de Cultura, Montevideo, 29 de noviembre de 2012.

* Escritor, crítico e investigador de arte. Director del Museo Figari. Licenciado en Ciencias de la Comunicación (UdelaR).

2 Más de Ayala, I. (1941). El loco que yo maté. Buenos Aires : Hachète.

enfermeros y psiquiatras, y leído todo cuanto hemos podido sobre estos temas. Pero más allá de que tengamos conocidos entre los pacientes, personas queridas, muchos de los cuales admiramos como artistas, nunca dejamos de sentirnos visitantes de paso. Entramos, hablamos, compartimos unas horas con los internados y luego retornamos a nuestras casas. ¿Qué significa para nosotros hablar de “salud mental”? Es claro que hay diferentes grados de padecimientos por desequilibrios emocionales. Existen matices de convivencia en la vida pública y privada, y también hay imposibilidad total de comunicación. Pero a menudo nos cuesta, por ejemplo, cuando visitamos la Colonia Etchepare, discernir los pacientes graves de aquellos que no lo son. Son tantas las razones por las cuales un individuo puede ingresar al manicomio que es difícil ser tajante en cuanto a los límites de la cordura. Vamos a referirnos a estos temas, pues, sobre todo desde la perspectiva que habilita el análisis de la creación artística y de las artes plásticas en particular, con herramientas metodológicas variadas, algunas tomadas de la historia del arte, otras de la psicología y de la museografía.

El proyecto Otro Arte en Uruguay

En el año 2007 iniciamos un proyecto de investigación denominado “*Otro Arte en Uruguay*”, cuyo principal cometido es el de relevar artistas y obras en el campo de las artes plásticas –pinturas, esculturas, murales, ambientes e intervenciones arquitectónicas– consideradas fuera de los cánones de la alta cultura. A través de este proyecto hemos buscado promover la creación de calidad concebida por artistas autodidactas, espontáneos, excéntricos, *brut* y *naïf*, ya sean actuales o históricos, cuya producción discurre en gran medida ajena a los parámetros habituales de valoración artística y a los circuitos institucionales de difusión cultural.

No existían en el país precedentes en el intento de reunir y sistematizar estas expresiones al margen de las tradiciones modernas. El equipo de investigación debió por ello generar sus propios mecanismos y dinámicas de trabajo, en el convencimiento de que dichas expresiones involucran narrativas e imaginarios plausibles de historiar: una inventiva que merece ser tenida en cuenta en el panorama de la creación artística uruguaya.³

Sin embargo, una de las dificultades que surgieron al iniciar el proyecto fue determinar cómo definíamos este “arte otro”, denominación que adquiere en otros países en los que también se ha estudiado como fenómeno estético, las etiquetas de arte marginal, arte singular, nueva invención, etc. De hecho,

3. La metodología de la investigación se detalla en: Rocca, P. T. (2009). *Otro arte en Uruguay*. Montevideo : Linardi y Risso.

debimos cambiar sobre la marcha el título de la publicación, pasar de “arte otro” a “otro arte” y con ese sencillo giro pretendimos eludir los peligros de una confusión semántica:

En la jerga especializada de las artes visuales se ha acuñado la denominación arte otro para referir a corrientes artísticas enmarcadas en la categoría de arte informal o informalismo [...] El presente ensayo pretende revisitar esa terminología apelando a las motivaciones profundas por las que se encausan los sistemas expresivos de artistas no alineados, del otro lado de los movimientos artísticos y grupales y los estilos que generan [...] La otredad referida aquí es diversa e incontestable: remite a la manera en que se resuelven conflictos de comunicación donde lo plástico y las enunciaciones no-verbales son verdaderas –cuando no las únicas– herramientas de conocimiento.⁴

En el marco de este proyecto es que nos acercamos a los centros de internación psiquiátrica, así como a cárceles y localidades que no figuran en mapas turísticos ni culturales. Los colaboradores, informantes, conocidos y amigos, que colaboraron con este proceso conforman una lista de más de cincuenta personas. Entrevistamos y analizamos las obras de una cifra de artistas que triplica el número de colaboradores. Realizamos varias exposiciones, charlas, escribimos para catálogos de muestras de estos artistas nacionales que expusieron distintos departamentos del Uruguay y en el exterior, y continuamos difundiendo la producción de estos creadores con escasa visibilidad pública.⁵

Nos interesa el trabajo de los pacientes de los centros de internación psiquiátrica en tanto constituyen un aporte medular a las artes plásticas. Esto es una diferencia sustantiva con los abordajes que hacen hincapié en el aspecto terapéutico de la creación. La creación siempre contribuye en cierto modo a la sanación, pero no todos los pacientes generan una obra que puede considerarse de valor artístico. ¿Quién determina el valor artístico de las obras cuando las definiciones del arte son tan porosas? La respuesta a esta pregunta no puede darse en abstracto y debe estudiarse caso a caso, asumiendo la carga de subjetividad que conlleva la empresa. No existe arte sin vivencias personales. Vivencias que surgen del encuentro del creador con el espectador, encuentro que nunca es pasivo para ninguna de las partes.

Hemos buscado señalar ciertas expresiones no porque sean realizadas por enfermos mentales sino porque poseen un valor innegable desde el punto de vista artístico e ignorarlo sería retacearle a sus autores y a la sociedad un

4. Op cit. pág. 20.

5. Buena parte de esa actividad está registrada en el blog del proyecto: <http://www.arteothenuruguay.blogspot.com>

patrimonio cultural que merece ser tenido en cuenta. Si bien esta postura implica una selección a la hora de exponer públicamente las obras y toda selección supone, a su vez, dejar de lado otras obras, eso no significa que descreamos del valor terapéutico del arte, sino que creemos necesario poner énfasis en otros aspectos. Más adelante intentaremos profundizar en este tema.

El proyecto fue invitado a participar por Punto de Encuentro de la Dirección Nacional de Cultura (MEC) en las actividades del Ciclo de Arte y Salud Mental. Organizamos la muestra “*Meditaciones triádicas*” con la exhibición de obras de tres importantes artistas de la Colonia Etchepare, Cristina Pintos, Alberto Méndez y Ergasto Monichón, como una forma de homenajear a este último, ya fallecido, y a aquellas personas –pacientes, familiares, funcionarios, talleristas, doctores– que en el centenario de la Colonia Etchepare apostaron al arte como un proceso de rehabilitación y respeto a la condición creativa del ser humano. Junto con este homenaje nos motivaba también el deseo de desterrar –o al menos de señalar públicamente– algunos preconceptos y prejuicios relacionados con la creación de los pacientes con trastornos psíquicos.

Lo singular y lo social psicopático

Resulta extremadamente difícil determinar la gravitación de estos prejuicios durante el proceso creativo del paciente, pero se manifiestan con mayor claridad al momento de la exhibición de sus obras, en las decisiones que determinan el montaje de los cuadros o esculturas, y lo que en la jerga de las artes visuales se conoce como “guión curatorial”, es decir, la manera en que se dispone el recorrido de la exposición y los textos informativos de que se vale.⁶ Uno de estos prejuicios se podría formular de la siguiente manera: el valor artístico de una obra realizada por una persona que padece depresión, esquizofrenia o alguna clase de desequilibrio en su psiquismo, se debe únicamente a su condición trastornada, a su enfermedad. Sí así fuera, toda creación de un “loco” sería una obra de arte o no sería. En consecuencia, a los efectos de mostrarse en público, no resulta demasiado relevante informar quién la creó, determinar la fecha en que la llevó a cabo, etc., ya que lo que haya hecho esa persona estará bien o mal en función del tratamiento psiquiátrico o del estadio de su padecimiento. Por añadidura, es irrelevante el juicio artístico que podamos extraer de la obra en un sentido convencional, como pieza de arte.

Como corolario final de este preconcepto se suele derivar hacia muestras que conservan la atmósfera intimista del taller, que exhiben trabajos anónimos de muy distinta factura, y en donde comparece el nombre del

6. En el campo de las artes se llama curador a la persona que elige las obras, organiza exposiciones y elabora el contenido teórico de las mismas; mientras que en el plano médico y jurídico, curador es la persona designada por un juez para representar legalmente a un adulto incapaz.

colectivo y a veces el de los talleristas, pero en el que no se asiste a una identificación del sujeto creador, del individuo, con su producción. La pe-ripecia personal del paciente es reservada, quizás en el entendido de que es menester salvaguardar su privacidad. Bien intencionadas en la inmensa mayoría de los casos, estas exposiciones revelan, sin embargo, otras debi-lidades conceptuales que a nuestro juicio sería necesario erradicar. Ya que esta clase de exposiciones, así como los estudios y análisis que derivan de las mismas, condenan la polisemia de la obra de arte a unas coordenadas acotadas que reproducen el aislamiento de la hospitalización, de la academia o del círculo familiar.

El proyecto “*Arte otro en Uruguay*” ha buscado la manera de liberar la obra de los pacientes del “ambiente asilar”, conduciéndola a la comunidad con los instrumentos y herramientas que provienen de la museografía y de las artes visuales. Eso implica, en los hechos, una apuesta a una mayor visibilidad de la persona: exhibir siempre junto con las obras el nombre del artista y los datos de rigor (técnica, soporte, año de creación), mostrar siempre que sea posible una imagen del artista o de su forma de trabajo, es decir, otorgar un marco de vida y de personalidad a la obra, vincularla al individuo.⁷ No todas las crea-ciones realizadas en una institución psiquiátrica merecen ser exhibidas. No todos los individuos pueden o desean comprometerse con su labor plástica, ni poseen el mismo talento, o no están en un momento de su proceso personal como para enseñar lo que hacen. Pero hay quienes sí lo están. Y la historia de las artes en Uruguay ostenta el triste privilegio de contar con una larga nómi-na de creadores que han pasado por las instituciones psiquiátricas o que han permanecido en ellas durante décadas, sin que a nivel institucional ni social en el más amplio sentido del término, se reconozca sus atributos especiales, aún cuando muchas de estas “habilidades” fueron adquiridas antes y mantenidas durante una prolongada internación.⁸

7 Estos aspectos perceptibles en la exposición guardan un correlato administrativo, jurídico y económico, menos visible. Ante la Dirección de Cultura del MEC, al asumir la curaduría honoraria de la muestra “Meditaciones triádicas. Monichón, Méndez y Pintos: artistas de la Colonia Etchepare”, propusimos que los dos artistas en actividad, pacientes de la Colonia Etchepare, fueran contratados por el mismo monto que se financia a los artistas profesionales, que fueran invitados y trasladados a la muestra el día de la inauguración de la muestra, todo lo cual se realizó sin ningún inconveniente. Asimismo, el proyecto Otro Arte en Uruguay se hizo cargo de conseguir el permiso y hacer el registro de entradas y salidas de las obras, así como de su traslado desde la Colonia Etchepare (San José) a Punto de Encuentro (Montevideo). Queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento al Director de la Colonia Etchepare, Dr. Osvaldo do Campo, a la tallerista del Centro Educativo de la Colonia, la Lic. Isabel Cavadini, y al Coordinador de Punto de Encuentro (DNC) Grégoire Cheynet, por otorgar los avales correspondientes y facilitar en todo momento nuestra labor.

8. Es el caso paradigmático de Raúl Javiel Cabrera, “Cabrerita”, que permaneció tres décadas internado luego de haber obtenido reconocimientos a nivel nacional en los años cuarenta; pero también son ilustrativos los casos de Ergasto Monichón, Emilio Más o Luis Borteiro. En el

Meditaciones triádicas

El disparador de la muestra “*Meditaciones triádicas*” fue la constatación de la ligereza con que se anotaba un diagnóstico clínico. Un antiguo registro de 1927 consigna la primera internación psiquiátrica de Ergasto Monichón (San José, 1891-1987) bajo la tipificación de “Debilidad mental”. Con la evolución en el estudio y tratamiento de las psicopatologías en el transcurso del siglo XX, mucho podría agregarse a este lacónico juicio. Por lo demás, la elaborada obra dibujística de Monichón –hoy milagrosamente rescatada del olvido–⁹ da cuenta de una estructura de pensamiento compleja, que puede describirse de varias maneras pero que no admite la simpleza de una valoración taxativa. La riqueza de los motivos y atuendos, el dulce movimiento de las manos, la estilización de los rostros ricamente adornados, la soltura de un trazo delicado y preciso, las explicaciones escritas al margen o en el envés de la hoja, nos “hablan” quizás de otros padecimientos, pero mucho más de la libertad de la imaginación y de la posibilidad de construir alternativas a una realidad marcada por el dolor. Algunas de sus obras se titulan “Meditación” y tienen una estructura compositiva triangular. Los otros dos artistas en actividad que se presentaron en esta exposición y que completan la tríada, Alberto Méndez (San José, 1958) y Cristina Pintos (Montevideo, 1948), también realizan meditaciones plásticas. Alberto Méndez, repensando el campo que bien conoce de su juventud, ha evolucionado en los últimos años desde un dibujo minucioso de líneas y puntos, descriptivo de poses y conductas animales en grupo, a una pintura empastada y de colores originales en donde cada animal ocupa el centro de una mitología personal. Cristina Pintos versiona paisajes de Paul Cézanne o fragmen-

campo de las letras observamos situaciones similares para Roberto de las Carreras, Enrique Casaravilla Lemos, María Eugenia Vaz Ferreira y Yamandú Rodríguez, entre otros.

- 9 Una seguidilla de hechos casi fortuitos libraron a los dibujos de Monichón del extravío. El estatus legal de la obra de arte en el pabellón psiquiátrico merecía un capítulo aparte, dada la importancia y la implicancia del tema. En centros asilares con una población multitudinaria –aunque una mínima parte se dedique al arte– se hace urgente una política proactiva. Mientras no exista un sistema de guarda y de registro de las obras, con posibilidades francas de exhibición y de comercialización, existirá un mercado negro, pérdidas irreparables, o ambas cosas a la vez. Los registros e inventarios no garantizan la protección integral de las obras (es un hecho que desapareció hasta la historia clínica de Raúl J. Cabrera y sus acuarelas circulaban por galerías, universidades y subastas aún en vida del artista, que reclamaba por ellas) pero tienden a minimizar el riesgo del robo, el extravío o la explotación. En el caso de la comercialización, las obras deben ser tazadas por peritos, de modo de no “inflar” ni “reducir” su precio. El tema es demasiado complejo para que pueda abordarse en este espacio. Solo baste mencionar un hecho documentado. En el Dpto. Técnico del Museo Nacional de Artes Visuales existe copia de un acta notarial del 4 de noviembre de 1984 donde se registra la devolución por parte de este Museo al Ministerio de Salud Pública, de “342 obras más 17 (estas últimas muy deterioradas)” del pintor Raúl Javiel Cabrera. Cabe preguntar dónde se encuentran actualmente estas obras “empaquetadas y precintadas en siete paquetes numerados correlativamente del 1 al 7”.

tos de obras del maestro de Aix, con una opulenta y entonada paleta de colores que nos recuerda por momentos la pintura planista. Concentración mental, riqueza expresiva y libertad formal definen la obra de los tres.

La producción simbólica de los artistas que sufren trastornos mentales no es necesariamente una expresión de pulsiones interiores. No se reduce a una catarsis. Hay o puede haber una conceptualización que sustenta su búsqueda de comunicación con el otro. Y aunque puede verse como un ejercicio de confirmación de su ser, o del estado del ser, no se constriñe obligadamente a esa única función.

Con gratas excepciones, predomina en los ambientes psiquiátricos una visión a-histórica y pro-terapéutica, instrumental, del arte de los enfermos mentales. Es otro de los preconceptos a erradicar. Se advierte una confusión referida a los criterios analíticos de la creación artística infantil y la de los pacientes psiquiátricos. Una postura radical en este sentido, la observamos en esta cita de Georg Schimdt, con la que disentimos de principio a fin, pero que traemos a colación porque expone con claridad una toma de posición:

Verdad es que el arte infantil, tanto por su contenido como por su lenguaje formal, es en sumo grado suprapersonal y colectivo, lo que hace que sea utilizado y comprendido por todos los pueblos. Su primera y más intensa impulsión no es sin embargo la necesidad de comunicación, sino igualmente la simple afirmación y confirmación del propio ser [...] el arte infantil termina en un momento muy preciso, la época en que el hombre entra en conflicto con su tiempo. Antes de este momento el niño vive en condiciones de pura naturaleza en un mundo sin tiempo ni edad. Por ello el arte infantil, aún poseyendo rasgos artísticos, no es arte propiamente dicho como expresión global [...] El arte de los enfermos mentales es, en grado aún mucho mayor, un monólogo solitario. Sus contenidos y sus formas no están ligados a normas colectivas de ninguna clase. El arte de los locos puede llegar en su hermetismo hasta convertirse en un mensaje indescifrable. Ciertamente puede contener, en casos aislados, mensajes de acento especialmente patético a los muertos, a Dios, a Jesucristo, al médico encargado, etc. A pesar de ello, sigue siendo como una voz en el desierto, como un monólogo pronunciado en medio de un vacío trágico. Aunque entre los enfermos mentales los hay poseedores de dotes insólitas en cuanto a forma y expresión, vacilamos en dar a sus creaciones el nombre de arte en sentido estricto y puro.¹⁰

No existe un arte puro. Los artistas reunidos bajo el título de “*Meditaciones triádicas*” dan muestras palmarias de distintas formas de conceptualizar el hecho estético, poniéndolo en relación consigo mismos y con otras personas, tanto como cualquier obra de arte pueda hacerlo, tildese de profesional o no. Sus ideas de fondo pueden estar –y muy a menudo lo

10 Schimdt, G. (1961). *Insania Pingens*. Basilea: CIBA.

están– relacionadas con la estructura de sus trastornos. Pero agregan también, y el caso de Monichón es emblemático, elementos de su historia personal y cultural (el mundo de la ópera, la literatura), de su experiencia religiosa (previa, durante o posterior a sus crisis psiquiátricas) y por tanto, participa de la historia de la colectividad –o las colectividades– en la que se forjó. El arte de estos artistas es histórico y como tal debe estudiarse junto con la producción de otros artistas de su época, sin perder de vista su singularidad, pero estableciendo vasos comunicantes con sus pares. Sustraer su producción de la corriente de significados de la historia es condenarlos a una nueva forma de reclusión. Por eso insistimos en mostrar las fichas que sintetizan aspectos relevantes de su aporte como artistas:

Alberto Méndez. La infancia y adolescencia de Alberto Méndez (San José, 1958) transcurrió en el campo, pero la muerte de su padre precipitó el traslado de la familia a la ciudad. Alberto nunca logró adaptarse al ambiente citadino y comenzaron entonces las descompensaciones psíquicas que lo condujeron a la Colonia Etchepare, a fines de los años noventa. Hace unos cinco años Alberto comenzó a recuperar su experiencia rural a través del arte gracias al apoyo de la tallerista de la Colonia, Isabel Cavadini. Los jinetes, las faenas del campo y, en especial, los animales de granja –caballos, cabras, terneros, conejos, pavos, gallinas– comenzaron a cobrar vida con una línea muy delgada y “llovida”, guiada por un agudo sentido de la observación o recuerdo vívido: yeguas pariendo, aves de corral guiando a sus crías, gatos acicalándose, etc. La libertad e imaginación de estas obras, tan numerosas como auténticas en su sentimiento, le dieron bríos para continuar y no faltaron entusiastas y compradores –locales y extranjeros– que adquirieron estos trabajos y le propusieron exposiciones. Pero Alberto, una persona amable y tranquila, de “perfil bajo”, no se contentó con estos logros sino que prosiguió con audacia su vocación artística. En sus nuevas creaciones se anima al color –con una original paleta– y los motivos han virado desde aquella descripción lineal del comportamiento gregario de los animales a la identificación de figuras animales en solitario. Sus personajes preservan la gracia de las exageradas “facciones” –largos bigotes para gatos, colas como palmas, ojos con expresivas pestañas para caballos y perros– pero la vigorosa síntesis de sus pinturas desemboca en orden simbólico distinto, en donde cada animal parece ir ocupando, como un tótem, el centro de una mitología personal.

Cristina Pintos. La vida no le fue sencilla a Cristina Pintos (Montevideo, 1948). Una sucesión de circunstancias adversas –perdió al compañero y a su vivienda casi al mismo tiempo–, la empujaron a “situación de calle”, eufemismo con el que designamos la pérdida al derecho humano de un hogar. Tras un

tiempo de vivir sin techo en la avenida 18 de Julio de Montevideo, ingresó a la Colonia Etchepare en el 2011. Según nos cuenta la tallerista de la Colonia Etchepare, Cristina Pintos es muy reservada y elige para pintar siempre el mismo rincón en el Centro Educativo de la Colonia, que ella misma ordena, en soledad. No se siente en condiciones de pintar del natural y prefirió probar suerte con reproducciones de cuadros de Cézanne. Paisaje de paisajes, sus pinturas son una ventana distinta por la que vemos también la riqueza de una interioridad luminosa, resplandeciente de matices y contrastes. No es simple copia su trabajo. Es una recreación libre de fragmentos de naturaleza cezanniana, reordenados en manchas de entonado cromatismo: expresión de una visión interior que anhela la integración plena del espacio (aún no lograda en la separación de los planos pero sugerida por el color de fondo del papel, que los unifica). Las casas aparecen en el bosque como una promesa de calidez, las masas de tierra y vegetación vibran con una cromática “fresca” cuya intensidad –no su técnica– nos evoca a la escuela planista. En Cristina Pintos el color es un camino y a la vez una forma de habitar la pintura.

Ergasto Monichón. Tuvo una existencia longeva de la que sabemos poco, salvo que permaneció más de sesenta años en hospitales psiquiátricos y que dejó una obra intensa, aunque lamentablemente (la que ha llegado hasta nosotros) muy escasa. Ergasto Monichón (San José, 1891-1987) era cantante de ópera en el Teatro Colón de Buenos Aires y es posible –no documentado– que llegara a cantar también en París. En 1927 ingresa al Hospital Vilardebó padeciendo alucinaciones y es trasladado a la Colonia Etchepare donde transcurrirá el resto de su vida. Sus familiares lo recuerdan como un hombre sereno y cariñoso. Sus dibujos dan cuenta además de una gran cultura y sensibilidad. Posee un trazo muy fino y envolvente, de pulso ligero y bien dotado para el claroscuro. Con hojas blancas y simples lápices de colores logra desarrollar atmósferas barrocas en donde se entremezcla el drama, la sensualidad y el misticismo. Sus temas predilectos son las escenas bíblicas y los sucesos históricos que recrea con los gestos histriónicos de las figuras y el medido erotismo de las poses. Sus personajes de grandes ojos y cabellos ensortijados viven el suplicio o la gloria supremos: han sido tocados por un destino mayor que los ilumina. Los dibujos de Monichón parecen captar siempre ese momento preciso y precioso de la apotheosis y la entrega.

Como se puede apreciar, el proyecto “*Otro Arte en Uruguay*”, de la que la muestra “Meditaciones triádicas” forma parte, plantea una revisión del presupuesto de ahistoricidad de la creación de los artistas con padecimientos mentales, admitiéndoles un valor estético a sus obras que trasciende los muros del manicomio y que pasan a integrarse a una corriente de significados más vastos. Sus aportes ayudarán a comprender y a resolver problemas de índole

estética y por tanto contribuirán en igual medida que los artistas profesionales a entender la especificidad del campo de las artes plásticas y visuales.

Detengámonos a observar el actual panorama de las artes. Fijemos la atención en una obra que se exponga hoy con éxito en los museos o galerías, o que acceda a los medios masivos de comunicación ¿Acaso la creación de un perfume con las flores que cultiva un presidente es una idea artística de mayor valía que la que observamos en un dibujo de Monichón? A nuestro juicio, la primera es una operación publicitaria grandilocuente, que se regodea con el poder de los medios masivos e ironiza su alcance. Por otra parte, los retratos imaginarios que Monichón realiza de Oribe y de Rivera como encarnaciones de rasgos femeninos, aún desde su peculiar trasfondo místico, aportan significaciones más duraderas que el ingenioso ardid publicitario de este artista profesional, que cuenta, demás está decirlo, con todos los recursos tecnológicos a su favor.¹¹ Al cabo de un mes, la exposición mediática del “perfume del Pepe” se esfumará con el mismo ímpetu que hizo irrupción. Los dibujos de Monichón, una vez que se han contemplado a conciencia difícilmente se olvidan.¹² Debemos escapar de la tentación –¿por comodidad?– de aislar la creación de los artistas con trastornos psíquicos ya que constituye una discriminación tan nefasta como la racial. Estos artistas proponen otra historicidad, sumida a menudo en un lazo profundo con el inconciente. Pero ni siquiera el inconciente parece estar ajeno a la historia –tomemos el concepto de Jung del Inconciente colectivo– y su represión puede acarrear consecuencias graves tanto para los individuos como para la comunidad.

Uno de los puntos críticos de la rehabilitación no pasa por el enfermo sino por el contexto de su “exposición” social. La rehabilitación sólo es posible en tanto reconozcamos que la obra pertenece a alguien y que, por añadidura, aporta elementos artísticos de incidencia en los otros, en la comunidad, intra y extra-muros. En la medida en que su arte le posibilita al autor un reconocimiento de su potencial y, en el mejor de los casos, una ayuda económica, propicia una asunción de su historia. Asunción que vale tanto para el

11 Martín Sastre: “U from Uruguay” (El Perfume de Pepe), video instalación, Primera Biental de Montevideo, 2012. Ergasto Monichón: “Meditaciones olímpicas del presidente Manuel Oribe”, lápiz sobre papel, 1965; y “Rivera, excelentísima presidencial escuchando la voz de las esferas celestiales del Creador Altísimo”, lápiz sobre papel, 1965. Colonia Etchepare, San José.

12 Quisiera traer a colación las palabras de críticos y artistas que vieron la muestra. Recibimos numerosos juicios sobre la calidad de su arte en persona y hemos visto cómo en la inauguración se felicitaba y saludaba a los expositores, para su natural y justificada alegría. En este espacio nos remitimos a transcribir algunos comentarios espontáneos que recibimos por e-mail: “¡Qué bárbaro Méndez y sus animales...! Y el dibujo afiligranado de Monichón. Me quedé pasmada. Fui tres veces. Vivo recomendando que vayan.” (Tatiana Oroño, crítica de arte, 2/12/2012) Pude ir hoy ¡Muy buena muestra! (Alvaro Gelabert, artista, 12/12/2012), “Eventos como esos enriquecen el espíritu y te hacen ver otra perspectiva de la vida y del arte”, (Carmen García Pernas, artista, 1/12/2012).

artista como para los espectadores de su trabajo. Los enfermos psiquiátricos pueden, como cualquier ser humano, sistematizar sus búsquedas expresivas. Nuestra contribución debería dirigirse al atento seguimiento, a la contención emocional y a la búsqueda del talento especial, de su facilidad para con ciertas operaciones discursivas. Ese talento puede o no estar en las artes plásticas. No todos los enfermos tienen condiciones para ello, aunque estamos seguros que podrán evidenciarlas en otras ramas del arte, del conocimiento y de la cultura. Hay que comenzar por reconocer su singularidad. Y no hay singularidad sin historia personal.

20 años de Puertas Abiertas. Devenires vitales en el Hospital Vilardebó

Raúl Penino, Alfredo Perdomo, Martín De León*

“Ni método, ni reglas, ni recetas. Tan sólo una larga preparación”.

Deleuze-Parnet. *Diálogos*

En abril de 1993 se constituyó el programa “Puertas Abiertas”, por iniciativa del Psicólogo Raúl Penino. Éste surge a partir de una experiencia ocasional, por la visita de tres estudiantes de psicología de Segundo año (Iris Santurión, Alejandra Troisi y Amaranta Mieres), que se acercaron a la institución con el objetivo de entrevistar a dicho profesional para un trabajo monográfico exigido por la facultad. En estas visitas iniciales (3 aproximadamente) en la sala de seguridad de mujeres la interacción con las internadas produjo un efecto dinamizador en las usuarias. Es así que la sala, habitualmente rutinaria, sin intercambios con el “afuera”, subsumida en un aplanamiento social, cobró vitalidad y estimuló intereses de intercambio. De ahí surge la idea de que estas visitas continuaran, por lo cual se comenzó a elaborar un planteo a la dirección acerca de la posibilidad de un “Programa” piloto de acompañamientos terapéuticos. Su denominación inicial fue: “Programa Puertas Abiertas-Acompañantes Voluntarios del Paciente Psiquiátrico”.

Cabe señalar que en esa época (a 8 años de la dictadura y en pleno apogeo de las políticas neoliberales) no era fácil ingresar al Hospital Vilardebó, tanto para la mayoría de los actores de la sociedad como para, inclusive, los estudiantes de psicología (Facultad de Psicología de UdelaR no tenía ninguna inserción desde hacía muchos años) y ni hablar para los propios medios de comunicación. El director de aquel entonces incluso le permitió a Raúl que sólo

* Equipo de Psicólogos del Hospital Vilardebó a cargo del Programa Puertas Abiertas.

asistieran dos estudiantes (tras varios meses de resistidos “nones” con argumentos poco sólidos, más fundamentados a nuestro entender en el temor). Por aquel entonces concurrían nueve. Siendo que el hospital siempre fue ancho y ajeno, los nueve parecían dos. A partir de esto comenzó por el boca a boca en facultad un ir y venir de estudiantes, algunos se sostenían en el tiempo, otros no. Buena parte de los mismos se mantenían al menos un año en el trabajo. Incluso comenzó a provenir gente de otros ámbitos por fuera de la psicología, que fue aceptada en el programa.

Es de resaltar la importancia de los voluntarios, sean vinculados a la psicología o no, en el proceso histórico y funcionamiento actual del programa. Lo que aportan es su “desinteresado interés” y su voluntad “no contaminada aún” por conocimientos teóricos, que por cierto pueden tener su valor pero que a veces anulan “otros valores” como la creatividad o la intuición. El sustento del Programa son los voluntarios. Sería muy escaso, muy pobre incluso, lo que pudiéramos hacer en forma efectiva si no estuvieran ellos. Es evidente además que la distancia puesta por el usuario entre su persona y la persona del técnico se llena de ansiedades, de sentimientos persecutorios, de desconfianza, lo que muchas veces perturba y no hace tan operativo el funcionamiento del vínculo. Esto en general no ocurre tanto con los voluntarios, que ya de por sí no son identificados como empleados del hospital, que incluso no portan túnica, que además suelen ser más jóvenes y mantienen una relación propia con frescura y solidaridad. Muchas veces ellos son depositarios de relatos importantes de la historia del paciente que no suelen llegar a los oídos técnicos. Creemos que son de fundamental importancia para el trabajo con los usuarios, hablando de todo el equipo que interviene con el mismo.

El espacio inaugurado en aquel año 1993 comenzó siendo un lugar de expresión y reflexión abierta, donde con las usuarias se realizaban diálogos, pinturas, juegos. Algo importante que se da desde el inicio de esta experiencia es la denominada “visita didáctica guiada” al hospital, que en la jerga estudiantil se la conoció como “los tours”. Fue tan resistida como no entendida por muchos docentes de la Facultad en los ‘90, quienes sin tomar contacto con la experiencia opinaban desde un afuera lejano con ignorancia y resentimiento. La misma consiste en conocer buena parte del hospital, de sus espacios, las salas, sus funcionamientos, sus lógicas. Es una valiosa experiencia de acercamiento inicial tanto para psicólogos como para otros integrantes de la comunidad.

Se ha desplegado este programa (proyecto en construcción y reconstrucción permanente) en una disseminación por todo el hospital, operando en varias salas por funcionarios y voluntarios, así como en varios dispositivos de rehabilitación, teniendo hoy día dos lugares centrales: la sala 14 Espacio Humanizante en el sector masculino y el Espacio Psicosocial del sector femenino.

Durante estos 20 años de historia se han montado y desmontado diversos tipos de espacios y dispositivos. Uno de los más utilizados es el Acompañamiento Psicosocial, que consiste en el trabajo más focalizado con un usuario, centrado no tanto en técnicas y en teorías, sino en la tan difícil posición de ESTAR con la persona, que es todo un arte complejo que se aprende con la experiencia, con la vivencia. Instauración de un vínculo fraterno, de lógica solidaria, afectiva, ética. No una negación del saber, pero sí una prioridad del encuentro y lo que sucede allí. O sea, un agregado al saber teórico-técnico. Ya que la razón por sí sola no se basta para navegar con “efectividad” en el mar de la “locura” (incluyendo, y principalmente, la nuestra propia). Muchos de los Acompañamientos comenzaron incluso en el hospital y se continuaron en un proyecto de externación y reinserción social, continuando los mismos bastante tiempo en sociedad (varios acompañamientos se extendieron en el “afuera extrahospitalario” hasta tres años).

El despliegue de lo grupal y lo estético, el arte, nos parece algo fundamental en el trabajo en Salud Mental. Cabe señalar que las Artes, como la literatura, la música, la pintura, el teatro, la escultura, los juegos, etc., son fundamentales para todo trabajo que se realice en este nivel. Podríamos decir que lo es para todas las personas no importando su condición, pero, ineludiblemente, en el campo de las denominadas “patologías psíquicas graves”, lo es con primacía. Para nosotros es un modo de contacto nuestro con los usuarios, de los grupos entre sí, y también de modos de re-contactarse consigo mismo el sujeto. El arte obliga a las personas a un recorrido interior, a una búsqueda interior de equilibrio, una forma de enfrentamiento y de procesar y elaborar la realidad. Genera un clima de afectividad notoria, que en muchas ocasiones visualizamos que hace “dejar el delirio de lado”. Vemos que la personas al meterse en el campo productivo, a realizar “el objeto artístico”, compaginan una subjetividad muy diferente. Los niveles de azar, de caos que muchos portan en forma desequilibrada en su crisis, logran generar niveles de cosmos, de otros órdenes. Producción de niveles de estabilidad entre el orden y el caos.

La capacidad de poder hacer “otra cosa” con su realidad, con cómo vive la realidad, le hace generar en “el objeto artístico” una distancia mayor de su locura. El objeto sirve como un receptor-ordenador de su caos interno. Una pintura, una escena espontánea o dirigida de teatro, una lectura o una producción literaria, una sesión musical con canciones ajenas o producidas en el espacio, incluso dentro de esa categoría de productividad artística (tal vez preferente a la de “objeto” artístico) incluimos los espacios lúdicos, los diálogos grupales, los encuentros reflexivos y todo ámbito de producción grupal subjetiva de cualquier tipo.

Para ejemplificar algo de lo que estamos intentando señalar, presentamos esta experiencia en Sala 14: en su momento se realizaron dinámicas

grupales en las cuales se discutían aspectos más abstractos y también elementales sobre la forma en el arte. Tratando de tomar contacto con la manera de cada uno de observar detenidamente un objeto cualquiera y hablar sobre el mismo, sobre su forma, textura, color y su lugar en el espacio. A modo de ejemplo: se usaron unos conos de cartón (bobinas rescatadas de una volqueta) los cuales se distribuyeron desordenadamente en el plano del piso. Esta forma no integrada y sin sentido aparente, al azar, exigía de los participantes focalizar su atención y desplegar lo potencial en cuanto a lograr dar un orden, un significado a aquello que de otro modo simplemente pasaría desapercibido para cualquier observador. Este ejercicio, la puesta en movimiento de la subjetividad en un proceso de abstracción ante la intención de ver “unidos” elementos aparentemente inconciliables obliga a un esfuerzo integrador de la consciencia o a un movimiento integrador representándose en la psiquis la figura externa a la que se logra dar forma, contenido y significados. Como dice J. Latner en *Fundamentos de la Gestalt* (Ed. 4 Vientos, pág. 36): “la formación de gestalt es la formación de figuras que el organismo aprecia en el proceso de satisfacción de sus necesidad, se crea un significado extrayéndolo del medio”.

El pensar en abstracto, este unir en conjunto lo diseminado, este integrar es a la vez un peldaño hacia la auto-integración. Según Anton Ehrenzweig, en *El orden oculto del arte* (Ed. Labor, 1973):

(...) a fin de crear orden en el caos, el artista va sacando de entre las cosas o los conceptos parciales y posiblemente incompatibles alguna propiedad cual un común denominador convirtiéndola en unificante concepto abstracto”. Convergen así dos elementos constitutivos del ser, cuerpo y psiquis en la puesta en práctica de las capacidades expresivas de mucha intensidad y donde, en este caso, el manejo de la forma, el color, la dimensión se combinan más allá del juicio artístico poniendo en evidencia la experiencia interna, íntima, rompiendo el silencio a través del lenguaje inconsciente codificado en la obra, signos simplemente flotantes etéreos y legibles.

A través de la historia y analizando la locura a través de la misma, queda clarísimo que los contextos y las conductas de los hombres son causa y efecto sucesivamente. Es así que las conductas llamadas “locas” modifican forma y contenidos dependiendo de la época en la que están sumidas. En cuanto a la creatividad como función humana se ve sujeta en los devenires de cada época dependiendo y produciéndose en las fuerzas y flujos de cada social-histórico.

Siguiendo a Earle “pienso que los artistas locos son como los artistas niños, incapaces de reprimir las verdades interiores que han recibido. Estos

* Directora Cátedra de Enfermería en Salud Mental, Facultad de Enfermería, UdeLaR.

artistas suelen ver con mayor intensidad que el cuerdo. La demencia muchas veces desarrolla o da mayor actividad a capacidades y facultades de la mente y el espíritu que antes de su invasión permanecían aletargadas” (citado por Sander Gilman “La construcción de la creatividad y la locura”, en *Visiones paralelas* de Museo Nacional Reina Sofía de España). Pliny Earle fue un psiquiatra americano que condenaba el aislamiento de los “pacientes” como “hecho inhumano” y mostraba lo positivo de que ellos podían crear obras calificadas como “elevadas”. Hablamos de 1845.

La experiencia demuestra que al exponer obras de arte (pictóricas, escultóricas, escritas o las que fueran) sin conocer nada de sus autores ni sus cualidades subjetivas, sea quienes fueran los críticos observadores no podrían nunca “diagnosticar” mayor salud o enfermedad en función del arte. El arte es arte. Y es producción humana, expresión, y en sí mismo es salud, sea lo que sea que se haga y cómo se haga.

Estas palabras de Annabel Lee Teles reflejan fehacientemente el espíritu del trabajo en Puertas Abiertas:

Pensar quiénes somos significa problematizar la subjetividad y los modos de su producción. Para ello, es preciso llevar a cabo un desplazamiento en el pensamiento, realizar un abandono crítico de la racionalidad teórica como modalidad única, como única vía de acceso a la cuestión y, a la vez, estimular la emergencia de un pensamiento creativo, tanto filosófico, como físico, musical, literario, pictórico, cinematográfico, que contribuya en la creación de modalidades existenciales enriquecedoras. El pensamiento se vuelve profundamente poético; la subjetividad se vuelve estilo de vida, expansión y proliferación de posibilidades vitales. “Ética y transformación. Política, subjetividad y colectivos autónomos.” En *Campo Grupal N°59*.

¿Qué sentido tienen estos dispositivos de trabajo? Muchos, además de lo dicho, cabe resaltar que en el traslado o ingreso de la persona internada, pasaje fronterizo de un medio exterior a este medio (Hospital), se da un cambio de Entorno Ecológico sustancial. Este traslado afecta al individuo en múltiples sentidos. Éste de alguna manera era quien era en su medio, barrio, con sus vecinos, familia, etc. . . ., en sus formas y sentidos vinculares que lo caracterizan. Esto se quiebra abruptamente. Se modificó su Mundaneidad, hay un quiebre existencial en el sujeto. Se ve obligado el sujeto en la institución a una re-conexión consigo mismo, en otro entorno (lo institucional, los otros, las normas, sus funcionamientos, etc. etc.).

Por lo tanto, además de la terapéutica de índole psiquiátrica, se hace necesario la implementación de modalidades de intervenciones psicológicas y sociales que ayuden al sujeto en este sentido, a una nueva re-conexión consigo mismo. La cuestión es generar espacios capaces de servir como facilitadores

en su singular proceso de Individuación. En pro de este objetivo, es que queremos señalar que uno de los dispositivos más usados es el que hemos denominado Grupo Dinámico Espontáneo. En sí, los espacios Humanizante y Psicosocial mencionados, privilegian este modo de funcionamiento. Se trata de habilitar el despliegue de la espontaneidad en su más amplio sentido y en función de los aspectos espacio-temporales y subjetivos que el lugar permite. Es una dinámica propia de las personas que allí circulan, interactuando con toda la materialidad y espiritualidad del espacio. Allí los usuarios pueden hablar entre sí, leer, tomar mate, escribir, dibujar, construir con diversos materiales, jugar, tener encuentros grupales o individuales con un psicólogo o voluntario, asimismo los familiares pueblan el lugar... Es decir, se permite todo lo permitible, lo posible, siempre y cuando no sea dañino para nadie. No se permite romper elementos del lugar (salvo que sea con un propósito constructivo claro) así como comer o venir descalzo, con el torso desnudo o fumar. Creemos que este lugar es muy importante para la recepción de la locura de un modo humanizante, ético. Damos espacio a que se manifieste el sujeto en crisis, con sus delirios, y que este pueda conectarse consigo mismo y el contexto, lo otro y los otros, en formas singulares. Intentamos, siempre teniendo en cuenta lo posible, que el sujeto delirante se exprese y su contenido no sea reprimido. El efecto que vemos en las personas con el paso del tiempo es una mayor integración y uso efectivo de sus capacidades conscientes.

Todo lo que se hace, dice, etc., sea quien sea que lo haga, es un acto psicológico en sí. En la espera inconsciente de la persona internada, siempre hay una expectativa de que el otro siempre le aporte algo (afecto y nutrientes, decía Freud antaño).

Nuestro lugar en el dispositivo general ASSE, es en el Hospital Vilardebó, institución manicomial que enfoca su atención (teóricamente) hacia las crisis en salud mental. Cabe señalar que, a pesar de ello, alberga una importante cantidad de usuarios crónicos, sobre todo judiciales (el 50% del total). Sabemos que hay muchas teorías y experiencias al respecto, pero queremos dejar explícita una opinión fundamentada sobre el dispositivo en el cual trabajamos. Creemos que un Hospital, institución macro, masiva y masificante, des-individuante, con más de 300 usuarios en la actualidad, no es el lugar más eficiente para un trabajo digno y humano con la locura. A esta situación se agregan carencias materiales y de voluntades. El trabajo con la locura es vocacional, de lo contrario es iatrogénico, dañino e inoperante. Y si sabremos de múltiples daños que la institución genera, de actos perversos y siniestros, así como hay de los otros, por supuesto. La vocación tampoco es una cuestión que se aprenda meramente en cursos, sino y esencialmente en las vivencias, en los encuentros con la realidad en la que se trabaja. Pensamos que este tipo de instituciones deberían ser sustituidas por otras más pequeñas, con lógicas diferentes, y con mayor grado de horizontalidad inter-disciplinaria. Incluso

de mayor apertura disciplinaria y humana, integrando mucho más las artes, oficios y otros ámbitos de la cultura humana.

No somos partidarios de que las crisis deban ser “resueltas” en hospitales comunes o polivalentes. Creemos que en estas instituciones más micro, al estilo de comunidades terapéuticas (incluso tal vez hasta deberíamos pensar un nuevo nombre para estos lugares), con la atención médica adecuada y especializada, es factible tal atención en las crisis. Pero no debemos quedarnos con la mirada médica, que es necesaria, pero que en sí no basta para dar cuenta de la gran multiplicidad que afecta el padecer humano. Estamos contra la medicalización de la vida, pero también en contra de su psicologización o cualquier otro “ión” que la quiera capturar. Creemos que es fundamental que el enfoque sea inclusivo, comunitario, que se apueste a la ciudadanía y al pleno ejercicio de los derechos humanos. Para ello estas instituciones no deben ser encierros en sí mismos, pues sería una estupidez cambiar un gran manicomio por manicomios chiquitos. Sí deben tener una gran apertura hacia la comunidad, sus instituciones, la organización laboral, el acceso a la cultura, etc. Y el fin de estas micro-instituciones deben ser la facilitación de las capacidades autónomas de los sujetos, su re-inserción social en el mínimo tiempo posible, la posibilidad de generar una vivienda, un trabajo, etc., en función de la potencia de las personas.

Por lo tanto es muy claro que la participación de múltiples actores y dispositivos, intra y extra esa pequeña institución, son imprescindibles: médicos, psicólogos, trabajadores, enfermeros, acompañantes terapéuticos, sociólogos, maestros, talleristas de todo tipo, profesores que enseñen oficios y métodos que sirvan para la inserción en organizaciones laborales o en la generación de empleo propio... y un largo etcétera.

Finalizamos volviendo a la realidad concreta de nuestro trabajo con una frase dicha por un usuario: “los mejores momentos en este hospital son cuando está abierta la sala 14 y cuando viene un familiar a visitarnos”.

Bibliografía

- Deleuze, G. y Parnet, C. (1980). *Diálogos*. Valencia: Pre-Textos.
- Ehrenzweig, A. (1973). *El orden oculto del arte*. Barcelona: Labor.
- Gilman, S. (1993). La construcción de la creatividad y la locura. En M. Tuchman y C. S. Eliel. *Visiones paralela: artistas modernos y arte marginal*. Madrid: Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía.
- Latner, J. (1999). *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Lee Teles, A. (2004, agosto). Ética y transformación: política, subjetividad y colectivos autónomos. En *Campo Grupal*. 7(59), 4-5.

Capítulo VIII

FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD MENTAL

Formación de profesionales licenciados en Enfermería, Cátedra de Enfermería en Salud Mental, Facultad de Enfermería, Universidad de la República

Margarita Garay*

Objetivo del artículo

Analizar los avances en la formación en Salud Mental y Psiquiatría de los Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, Cátedra Enfermería en Salud Mental, Facultad de Enfermería, Universidad de la República para hacer frente a los cambios en el Sistema de Salud del país.

Antecedentes históricos

En la década del 70, en el Uruguay, se inician cambios y transformaciones en las concepciones y prácticas para llevar a cabo el cuidado de enfermería a los pacientes atendidos en los servicios de salud mental y psiquiatría. Los servicios se organizan para capacitar al personal que trabaja en el área, a través de cursos de nivelación, con diferentes ordenanzas del Ministerio de Salud Pública. Este proceso y sus avances quedan sin efecto con la instalación del gobierno de facto. En Salud Mental, en la década del 80, con la apertura democrática en Latino-América, comienzan movimientos que procuran transformar los modelos manicomiales existentes en todos los países de la región. Se produce entonces un cambio de paradigma para gestionar el cuidado a los usuarios de Salud Mental y Psiquiatría.

* Licenciada en Enfermería. Directora de la Cátedra de Enfermería en Salud Mental, Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Especialista en Administración de los Servicios de Salud: Modalidad Finalización Cursos de Maestría Especialista en Enfermería en Salud Mental. Especialista en Enfermería Comunitaria

En el Uruguay se refuerzan programas comunitarios para atender daños y lesiones psicosociales a nivel individual y en el tejido social, producidas en el período de la dictadura por la ausencia de capacitación a los trabajadores.

En la década del 90 comienzan en algunos países de la región movimientos de salud mental y de reforma psiquiátrica promoviendo la atención descentralizada, con énfasis en el trabajo en equipo interdisciplinario e intersectorial con perfil comunitario.

En el Uruguay desde el 2005 a la fecha se comienza a trabajar en el Sistema Nacional Integrado de Salud, el que contiene los siguientes grandes ejes:

1. Cambio en el Modelo de Atención:
 - Organización territorial
 - Programas prioritarios
 - Participación comunitaria
 - Coordinación intersectorial
 - Sistema de información
2. Cambio en el Modelo de Gestión.
3. Cambio en el Modelo de Financiamiento.

Nos centraremos en cuáles son los aspectos que desde la Facultad de Enfermería, dentro de su Plan de estudios 93, se enfatizan para trabajar con los estudiantes el Cambio en el Modelo de Atención a la Salud:

- Se promueve la atención integral, con un enfoque familiar y social, haciendo énfasis en la promoción de salud, jerarquizando el rol de la clínica y el vínculo entre el profesional y el usuario.
- En la comunidad se promueve el trabajo para modificar factores del entorno y hábitos que determinan la salud de la población.

El PLAN 93 (en proceso de cambio) es el único que existe en la facultad de Enfermería. Dentro de este plan se llevan a cabo diferentes actividades de grado en las distintas sedes de la citada Facultad:

- Universidad de la República: sede central en Montevideo.
- Centro Universitario Regional Norte Salto y Rivera.
- Centro Universitario Regional Este Rocha y Maldonado.

Dentro del Plan 93, existen Programas Especiales para profesionalizar auxiliares de enfermería:

- A través de convenios con diferentes instituciones: Ministerio de Salud Pública, Fuerzas Armadas, instituciones de asistencia médica colectiva.

- Con el Programa Carrera Escalonada también se profesionalizan auxiliares de Enfermería a lo largo de todo el país.

Es importante enunciar el concepto de Enfermería en Salud Mental, con el cual la Cátedra (ENSAME) lleva a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje en sus cursos de grado y posgrado en todo el país:

Son las actividades realizadas por Lic. Enfermera y Aux. de Enfermería, en equipos interdisciplinarios, realizando el cuidado de personas, familias y grupos de la Comunidad, a usuarios en crisis y/o enfermos, con factores de riesgo, promoviendo la recuperación y su rehabilitación, con su plena participación, en la vida familiar y comunitaria, disminuyendo los factores de cronicidad.

La Cátedra de ENSAME basa sus Modelo Pedagógico en tres ejes:

1. La atención integral de la salud de la población en los tres niveles de Prevención, con énfasis en salud mental.
2. La promoción y protección de la salud mental del estudiante de enfermería, durante el proceso de aprendizaje y la protección y recuperación de la salud mental del Lic. Enfermero en su ámbito laboral.
3. La formación de un enfermero generalista con un perfil en salud mental.

Tiene como objetivos:

- Aportar conocimientos teórico-prácticos de Salud Mental a los Licenciados en Enfermería en la construcción del Rol de Enfermería.
- Desarrollar destrezas que contribuyan a la Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud Mental individual y colectiva en los distintos momentos del proceso salud-enfermedad.
- Promover desde la formación en pre y posgrado un aprendizaje para el cuidado de la salud mental laboral.

Enfermería en Salud Mental (ENSAME) A lo largo del plan de estudios dicta:

- Materias Independientes.
- *Módulos enfermería.*
- Coordinación del Módulo Usuario en Situación Crítica.

En Enfermería en Salud Mental se jerarquiza:

- Abordar al usuario con un enfoque holístico e interdisciplinario: utilizando los cinco componentes de la relación terapéutica (Joanna Fornés): Confianza, Empatía, Autonomía, Cuidado y Esperanza.
- Con enfoque familiar y social.
- Hacer énfasis en la Promoción de salud.
- Jerarquizar en la clínica el vínculo profesional/usuario/familia/equipo/comunidad.
- En la salud mental comunitaria trabajar aquellos aspectos que promueven modificaciones positivas en factores del entorno y hábitos que determinan la salud de la población.

Actividades

Con los estudiantes se llevan a cabo las siguientes actividades:

- Entrevista y consulta enfermería.
- Grupos de relación asistencial.
- Promoción y/o protección a la salud mental.
- Seminarios sobre enfermería y salud mental.

Análisis de casos clínicos con integración de aspectos psico-sociales

- Herramienta: Proceso de atención en enfermería (PAE).
- Valoración bio-psico-social.
- Diagnósticos de enfermería.
- Planificación de acciones, según recursos humanos, materiales, etc.
- Evaluación del proceso de enseñanza - aprendizaje.

Temas prevalentes en epidemiología salud mental

- Adicciones.
- Depresión / IAE.
- Violencia, Maltrato, Abuso.
- Estrés laboral y equipo.
- Aspectos psicosociales de las patologías crónicas.
- Bioética y aspectos legales.
- Epistemología: Teorías: Collière, Peplau, Leininger, Orem, etc.

Se capacita a los estudiantes en los distintos módulos de la Enfermería para:

- Utilizar medidas de contención mecánicas en usuarios en crisis con excitación psicomotriz:
- Atender usuarios con consumo problemático de sustancias psicoactivas, desde su ingreso a la carrera y a lo largo del Plan de Estudios.
- Identificar indicadores de depresión y factores de riesgo de IAE.

La Cátedra coordina el módulo Usuario en situación crítica desde un cambio de Paradigma de la Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría:

Se propone un abordaje integral en salud mental en los tres niveles de atención en los distintos programas del Plan 1993.

El Plan de estudios de Grado 1993 (en revisión): propone un Módulo de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, a cursar en forma obligatoria por todos los estudiantes. Actualmente en el módulo Usuario en situación crítica solo realizan la experiencia clínica en el hospital psiquiátrico de referencia nacional, el 40% del total de estudiantes de la generación cursante.

Las líneas de Investigación de los trabajos finales de investigación se relacionan con los temas prevalentes en salud mental: adicciones, depresión, intento de autoeliminación, violencia y maltrato, aspectos psicosociales en usuarios con patologías crónicas, bioética en enfermería, estrés laboral y equipo de salud.

Extensión Universitaria: 1er., 2do. y 3er. Nivel de Atención

Prevención-Promoción Salud Mental: Interinstitucionales e Intersectoriales.

- Participación en comisiones: Ministerio de Salud Pública: Comisión Honoraria de Prevención del IAE.
- Proyecto CICAD OEA: Adicciones y otros.
- Convenios con Junta Nacional de Drogas, Intendencia de Montevideo.
- Capacitación de personal: hospitales, asilos, etc.
- Actividades con estudiantes en instituciones público-privadas, escuelas, liceos, UTU, asociaciones, etc.

Posgrado

- Cursos de formación permanente presenciales y a distancia por Plataforma Educación a distancia (UnEVA).

- Maestría en Salud Mental Interdisciplinaria: terminó el curso la 3era. generación de estudiantes (en proceso de tesis). Nueve magísteres titulados._
- Especialidad en Salud Mental en proceso de construcción.
- Especialidad en Adicciones en construcción._

Cátedra Enfermería en Salud Mental: Plan Licenciatura 93, Grado, Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, Carrera escalonada

Cuadro de las enfermería integradas a los otras cátedras

Materias independientes de la Cátedra - trabajos finales de investigación en grado y en maestría

Enfermería Integradas	Materias Independientes 20 Horas c/ una	Trabajos Finales de Investigación Grado	Trabajos Finales de investigación maestría en Salud Mental
MÓDULO I SALUD INDIVIDUAL	SALUD MENTAL I 20 horas	Generación: 2010 a 1993	Generaciones 2009-2001-1998
ADULTO ANCIANO	BIÓÉTICA I 20 horas		
MATERNAL INFANTIL CONCOMITANTES NIÑO ADOLESCENTE	SALUD MENTAL II 20 horas BIOÉTICA II 20 horas BIOÉTICA III 20 horas		
MÓDULO USUARIO EN SITUACIÓN CRÍTICA Coordinado por el Departamento	EPISTEMOLOGÍA III 20 horas Administración 20 horas Metodología Científica 20 horas		
450 horas: 200 teoría 250 clínica			

Publicaciones Cátedra

Facultad de Enfermería. *Revista Uruguaya de Enfermería*. 2009, 2010, 2012. Artículos varios de autoría de los docentes de la cátedra.

Garay, M., Tuzzo, R., Díaz, A. (2006). *Emergencias emocionales: abordaje interdisciplinario en el Primer Nivel de Atención*. Montevideo: Udelar. Comisión Sectorial Educación Permanente.

Meliá S. (Comp.) (2005). *Enfermería en Salud Mental: conocimientos, desafíos, esperanzas*. Montevideo: Oficina Libro Fefmur.

Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Departamento de Enfermería en Salud Mental (1997). *Entre sufrimientos y gratificaciones*. Montevideo: Nordan

Bibliografía

Meliá S. (Comp.) (2005). *Enfermería en Salud Mental: conocimientos, desafíos, esperanzas*. Montevideo: Oficina Libro Fefmur.

Universidad de la República. Facultad de Enfermería. (1993). *Plan de Estudios*. Montevideo.

Formación de los profesionales en salud mental: aportes de los docentes del Área de Psicología Social (1990-2010). Ensayo de una breve reseña

María Ana Folle*

Resumen

En el trabajo se analiza la producción académica en torno a la salud-enfermedad, editada por el Área de Psicología Social entre los años 1990 y 2010, en la Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Para ello se tomarán algunas ideas básicas expuestas por los autores, intentando además transmitir las al lector, junto a líneas críticas sobre las mismas.

Introducción

El Plan de Estudio 1988 fue aprobado por el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República el 17 de abril de 1990 (Res. N° 52).

El Plan 88 fue la bandera insigne de los primeros gobiernos democráticos de la Facultad (en ese entonces Instituto de Psicología de la Universidad de la República, luego devenido en Facultad), cogobernado y autónomo.

Esto supuso, a la interna de lo que es hoy la Facultad de Psicología, por un lado la adecuación de nuevas formas organizativas de las Unidades Curriculares, que sustituirían los planes de estudio de la Escuela Universitaria de Psicología, y el que sustentaba el título de Técnico en Psicología Infantil, dependiente de la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina.

* Profesora Adjunta del Instituto de Psicología Social. Magister por la Universidad de Barcelona. Investigadora de asuntos carcelarios, doctoranda en Estudios Sociales de América Latina en la Universidad Nacional de Córdoba.

Por otro lado cimentaría en nuevas bases la articulación académica, con una tradición escindida en la formación durante la dictadura del país (1973-1985).

Es así que se propone un nuevo organigrama de las unidades académicas, compuesto básicamente por las Áreas, los Cursos no adscriptos a Área y los Servicios y Talleres.

Interesa en este momento referir a la asignación de un Área a la Psicología Social. La misma tendrá entre sus cometidos la enseñanza de grado de tres cursos: Introducción a la Psicología Social, Psicología Social y Psicología Grupal y Organizacional.

En el período estudiado, 1995 a 2010, en el Área de Psicología Social de la Facultad de Psicología (Universidad de la República) se presentaron cuatro libros. Se considerarán, por tanto, estas producciones colectivas y no se examinarán las producciones individuales o de otro tipo de colectivos, pertenecientes a los docentes de esa estructura académica.

Se considerarán producciones en relación con salud-enfermedad a aquellas que aborden temáticas o problemáticas referidas a la clínica en sus múltiples dimensiones, y las que introduzcan temáticas o problemáticas que refieran a la vida cotidiana y potencialmente puedan modificar la mirada sobre salud-enfermedad; aquellas que insinúan, paralelamente, aspectos culturales y experienciales de la vida universitaria en la institución pública y oficial que ha venido formando Licenciadas/os en Psicología. Permite acceder, por tanto, a un relato parcial sobre la institución. En estos procesos de avances, conquistas y resistencias, se plasma asimismo la propuesta de narrar pensamientos y haceres.

La historia marcó que faltarían dos décadas para que la Facultad pudiera darse una nueva forma organizativa, ya no asentada en la formación de grado, sino en unidades centrales de producción de conocimiento cumpliendo además funciones de extensión y docencia, a nivel del grado, formación permanente y posgrados, los futuros Institutos (2010).

Objetivo de la investigación

Se aborda el conocimiento del campo de la psicología social y de sus diferentes orientaciones en relación con la producción académica sobre salud-enfermedad.

El objetivo de la investigación incluye la forma en que ha sido escrita la historia de la Psicología Social en un determinado momento socio-histórico: cuáles son sus relatos y las perspectivas epistemológicas en relación a la producción relativa a la salud-enfermedad y abordajes complementarios.

Se expone el cuadro de las publicaciones:

Título	Año	Compiladores	Editorial
1. Acontecer, diversidad, docencia una mirada desde Psicología Social	1995	Joaquín Marqués	Ediciones Multiplicidades
2. Psicología Social: Subjetividad y Procesos Sociales	2001	Juan E. Fernández Ana Luz Protesoni	Ediciones Trapiche
3. Tránsitos de una Psicología Social	2005	María Ana Folle Ana Luz Protesoni	Psicolibros Waslala
4. Derivas de la Psicología Social Universitaria	2009	Gabriela Etcheverry Ana Luz Protesoni	Ediciones Levy

Divisiones de cada libro:

Libro 1: Acontecer, diversidad, docencia. Una mirada desde Psicología Social	Libro 2: Psicología Social: Subjetividad y Procesos Sociales	Libro 3: Tránsitos de una Psicología Social	Libro 4: Derivas de la Psicología Social
Sin secciones	Pensar la vida cotidiana	Planos	Formación en Psicología Social
-	Familia: nuevas perspectivas	Campos	Soportes epistemológicos
-	Nodos de la Psicología Social	Líneas	Producción de subjetividad y modos de subjetivación
-	-	-	Pensando sobre la clínica

Sobre la primera producción: Acontecer, diversidad y docencia. Una mirada desde Psicología Social (1995). Coordinador: Prof. Joaquín Marqués.

El libro se realiza en 1994-1995.

Se contextualiza como un libro de final de curso, con la impronta de la constitución del equipo docente en un marco institucional específico: la falta de docentes rentados para una generación que había incrementado cuantitativamente la matrícula. Considerando las condiciones de producción del curso, el mismo fue planteado sobre dos ejes: 1) conformación del equipo docente

y 2) el abordaje y la crítica de la vida cotidiana a través de la experiencia de observación de la misma dentro de la Facultad por estudiantes y docentes.

El curso, que comienza en agosto de 1993, se inicia cinco meses después de lo habitual, y se continúa durante el correr del año siguiente, insu- miendo dos años lectivos en lugar de uno. Esto, de alguna manera, conforma- rá las bases institucionales sobre las que se imbrincarán los procesos axiales mencionados líneas arriba, y transmitidos en este volumen.

A la usanza de Pichon-Rivière, y análogamente a la experiencia del Hospital de las Mercedes, se establece una lógica similar para el trabajo en el Curso, a través de los llamados Colectivos de referencia.

Los autores, docentes rentados y honorarios del Curso, analizan los si- guientes planos ('plano' aquí utilizado en sustitución de 'campo', en el sentido cartográfico):

- La actividad crítica como organizadora de una problemática, en tanto práctica transformadora.
- El objetivo del docente es ser soporte de los procesos y organizador de las interrogantes que los promueven (esto incluye: movimiento, diver- sidad, multiplicidad).
- El colectivo, definido como zonas privilegiadas de 'apropiación y trans- formación colectiva, se caracteriza por la movilidad y la apertura.
- Problematización de la mirada crítica de la vida cotidiana.
- Despliegue de una reflexión ética acerca del acontecer formativo, con- siderando un plan inmanente del acontecer formativo.
- La evaluación como problema institucional.
- La problemática del lugar docente en la universidad pública.

La creación, la producción y la escritura de un curso, en tanto instru- mento, compone un material de análisis y crítica. Crítica que se constituye en este caso en la crítica a la psicología de la vida cotidiana, a través de la inclu- sión de procesos móviles:

(...) creativo-productivos que introducen en una dimensión estética por lo que tiene de forma de conocimiento difuso, de no linealidad, de descentramiento, po- tenciando un movimiento mediante el cual el aprendizaje puede devenir en arte. Éti- ca porque lo social devela, marca el cuerpo y afecta a cada sujeto implicado en el acto docente y lleva una crítica hasta la misma producción de conocimiento (Marqués).

Hablar(se) sobre el proceso de producción de enseñanza-aprendizaje, es hablar de uno mismo y de las condiciones en que surge tal enunciación. ¿Será ésta una forma subjetiva del agenciamiento salud?

Cabe agregar, ya que en este libro no se especifica -más allá del somero análisis planteado sobre el Curso- ninguna línea específica sobre salud y enfermedad, que ya en aquellos años se establecía específicamente en el Plan el abordaje crítico de este campo de problemas, fundamentalmente a través del trabajo de Taller II del Ciclo de formación correspondiente, asignatura obligatoria en la formación de grado.

Sin embargo, este abordaje es tomado en el capítulo de cierre del segundo libro, intitulado 'En el cruce de la clínica y el aprendizaje. Los desarrollos de Enrique Pichon-Rivière' del propio Joaquín Marqués.

Finalmente, se hace imprescindible mencionar entre los autores de referencia, la presencia de Deleuze y Guattari, así como el argentino exiliado en España –crítico lector de los anteriores– Juan Carlos De Brasi, quien durante esa época estableció contacto directo, en presencia y a través de su obra, con el Instituto de Psicología de la Universidad de la República (hoy Facultad de Psicología).

Sobre la segunda producción, Psicología Social: subjetividad y procesos sociales (2001). Compiladores: Juan E. Fernández Romar y Ana Luz Protesoni.

El libro fue producido en 2001 y se realizó en el marco de los concursos para efectivizar los cargos de docentes Asistentes (segundo escalafón de la carrera docente en la Universidad de la República), con una segunda reimpresión en 2008.

Se divide en 3 capítulos:

1. Pensar la vida cotidiana.
2. Familia: nuevas perspectivas.
3. Nodos de la psicología.

En este caso se tomarán los siguientes capítulos:

'Trazos. Vida cotidiana y Género' (Folle) y 'La mirada en la Clínica de la Multiplicidad. Un abordaje desde la Psicología Social' (Gonçalvez) del capítulo Pensar la vida cotidiana, y 'Devenires de la subjetividad. La perspectiva esquizoanalítica y los procesos de salud y enfermedad mental' (Lans) y 'En el cruce de la clínica y el aprendizaje. Los desarrollos de Enrique Pichon-Rivière' (Marqués) del capítulo Nodos de la psicología.

Trazos. Vida cotidiana y Género. María Ana Folle.

Por primera vez se introduce el tema en un libro colectivo del Área de Psicología Social.

Se hace notar la fecha del mismo (circa 2000), consecuentemente aparece en el texto una explicación de la aparición tardía del tema en el Uruguay.

El impacto de la vida cotidiana, luego de ser tratado por Pichón-Rivière, fue resaltado por Lechner quien le atribuye un lugar destacado a partir de los golpes de Estado en América Latina (Lechner, p. 23).

Se explicita la utilización de *la noción de género como* “aquella que ofrece una serie de referentes explicativos de la construcción social y discursiva y la representación de las diferencias entre los sexos” (Braidotti) y, por tanto, en tanto objetivo de la discusión y efecto de la misma, “la interrogación permanente a los saberes instituidos” (Folle).

La vida cotidiana, o mejor dicho, la investigación en la vida cotidiana (no de la vida cotidiana, Spink), deberá incorporar los aportes teóricos de las conexiones simbólicas del espacio público, de la acción política y del espacio privado. “(...) se producen nuevas prácticas políticas, que modifican y desdibujan la frontera entre espacio público y espacio privado”. Vaya como ejemplo en nuestro país, el tratamiento al tema del aborto desde la academia y desde las acciones públicas a lo largo de todos estos años.

Finalmente, el artículo pone énfasis en lo corporal, en tanto “condición –aunque no en exclusiva– del encuentro (que es histórico en tiempo y lugar y no anónimo) con los otros”. “(...) lo que se suele entender por hombre y por mujer no son conjuntos de datos anatómicos sino construcciones sociales y culturales con una apoyatura biológica ambigua e inestable, variando sus contenidos por lo tanto de una realidad a otra” (Folle).

Sin duda, desde la actualidad, esto ha ido cobrando una importancia creciente en el tema que nos ocupa: la formación de profesionales en salud mental. Vayan como ejemplo las acciones y discusiones del grupo Despatologización de las Identidades Trans, en las que se aprecia en acto, la superación de la supresión de la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales en 1990, por parte de la Organización Mundial de la Salud.

A modo de conclusión, retomamos la reflexión de Ciriza (2006): “Desde entonces la paradoja no ha dejado de resonar: derechos ciudadanos iguales para los diferentes”.

La mirada en la clínica de la multiplicidad: un abordaje desde la psicología social. Luis Gonçalvez

Como su autor propone, el objetivo del artículo es delimitar los alcances referenciales del mismo: la relación de la mirada con “la ética (Nietzsche, Spinoza), con la ideología (Marx), con la represión (Reich), con los sistemas de control y de vigilancia sobre el cuerpo (Foucault) y con las producciones deseantes (Deleuze, Guattari)” para delimitar la llamada Clínica de la Multiplicidad.

Se posiciona en un registro de la clínica para abordar los registros de salud-enfermedad, que incluye los siguientes aspectos:

- La mirada que “genera un alto grado de transversalidad con otras corrientes generando líneas transdisciplinarias”.
- La mirada-ética, propia de la clínica, se distingue de la mirada moral (esto es, se jerarquizan los conceptos frente a los preconceptos).
- La mirada como parte esencial en la construcción de procesos de subjetivación contemporáneos, es decir, la mirada como instrumento constitutivo del campo.
- La mirada como línea de fuga (los fenómenos de resistencia para Foucault).
- la mirada ética como generadora de dispositivos productores de diferencia.

Si bien se establece la mirada genealógica como metodología de investigación, ésta no es explicitada ni se argumenta las formas de sistematización, aunque se asume que implica un trabajo corporal, ya que es a través de éste que se buscará la producción de nuevos problemas, es decir, se interrogará *desde un inicio “lo dado”*, lo estriado.

“Mirar críticamente transforma.

Mirar críticamente es entender.

Mirar críticamente es generar dispositivos productores de diferencia”.

Sin embargo, la mirada es también un producto social, no se adscribirá a un sujeto, pero básicamente lo social será, por tanto, ineludiblemente una producción de la mirada. Podemos decir desde ya, y será retomado más adelante, que también la mirada definirá enfermos mentales o locos.

Devenires de la subjetividad: La perspectiva esquizoanalítica y los procesos de salud y enfermedad. Alfonso Lans

Se analiza en primer término el enfoque bio-psico-social, esto es, el abordaje interdisciplinario del hombre como objeto de estudio, planteado por Pichon-Rivière. Como claramente plantea el autor, fue necesario integrar algo que previamente estaba separado. “Una vez señalado el proceso de construcción de la ciencia moderna, vemos que ésta se nos presenta estratificada, cada estrato recubre un objeto de estudio que se construye a partir de la instalación de un punto de vista y éste es específico e inmanente a su dominio disciplinario”.

Interesa destacar, a los fines de este artículo, la oposición entre los planteos positivistas y los nietzscheanos, esgrimidos por Lans: “el positivismo admite la experimentación e incluso es notorio que la promueve y ofrece como fuente privilegiada de verificación, pero la restringe a un campo de variables constantes e independientes de la perspectiva del observador... sustrae del

campo el cuerpo del observador, incluso a la mirada de sí mismo” en tanto que en la experimentación pichoniana (vinculada parcialmente a los planteos de Nietzsche) “se nos revela como un camino para ensanchar el campo de la experiencia’, ya que las miradas múltiples y posibilitadoras de los integrantes serán necesariamente integradas para formular nuevos sentidos en el aprendizaje de los vínculos”.

La concepción socio-histórica de los procesos subjetivos se irá desplegando, entre otros, por los aportes de Foucault, Deleuze y Guattari, que comprometerán en sus acciones (académicas, de intervención en campos específicos y militantes) la de “incitar procesos de producción deseante que compongan de forma novedosa el mundo” (Lans) y la inclusión en ellas de la implicación.

Los dos últimos autores mencionados plantearán en relación (también) a la formación de operadores en salud mental en un sentido amplio: “la sociedad es esquizofrenizante a nivel de su infraestructura, de su modo de producción (...) capitalista; (...) las catexis familiares siempre son un resultado de las catexis libidinales social-deseantes (...) y por último, que la alienación mental remite directamente a estas catexis y no es menos social que la alienación social (...)” (Deleuze y Guattari, citado por Lans).

En el cruce de la clínica y el aprendizaje. Los desarrollos de Enrique Pichon-Rivière. Joaquín Marqués

Es un artículo que compendia la obra de Pichon-Rivière para ser comprendida por estudiantes de grado.

Interesa, por la singularidad del planteo, señalar cómo refiere a la noción de “encuentro”: “campo de intensidad que se genera entre los sujetos y de cada uno consigo mismo donde prevalece lo inédito, lo creativo y el contacto. Intensidad donde las dimensiones éticas, estéticas y pragmáticas comienzan a jugarse en una forma plena” (Galli, Marqués), factor indispensable para que dé lugar al “vínculo”.

Lo pragmático aquí abre el juego al diálogo entre la pragmática como sub-disciplina de la lingüística que incluye entre sus elementos de análisis el contexto (que ubicaríamos como texto) socio-cultural, la situación, los agentes de la comunicación, la información y el enunciado; y la política, entendida como la construcción de un estilo de vida ligada al quehacer político, esto puede leerse como el “tejer y retejer diariamente desde una postura molecular la subjetividad, que es en esencia la que realiza la transformación social, en la que el Otro cuenta” (Gil).

Particularmente, desarrolla los principales conceptos referidos a la Técnica Operativa de Grupo, factor de intersección que vincula la clínica con el aprendizaje junto a la praxis, de clara orientación hegeliana, elementos que darán fundamento al lugar de la *interpretación*.

Se rescata la dimensión de la producción de nuevos sentidos posibles en -en este caso- los integrantes de un grupo al concluir el proceso en cuestión y nuevamente la perspectiva política: “al desarrollarse el proceso grupal, podemos ver cómo cada integrante va delineando una trayectoria diferente. Los procesos grupales nos hacen cada vez más diferentes (...) es a partir de la diferencia que se generan los cambios y las producciones” (Marqués).

De acuerdo a ello, pero dando unos pasos más, podríamos decir que no solamente se tratará de reconstruir-construir, incluyendo el plano de la diferencia en la repetición, las formas del ser en los grupos a través de la interpretación, sino fundamentalmente las “mutaciones existenciales que tienen por objeto la esencia de la subjetividad” (Guattari).

Sobre la tercer producción: *Tránsitos de una psicología social* (2005).
Compiladoras: María Ana Folle Chavannes y Ana Luz Protesoni

Consta de tres secciones:

1. Planos
2. Campos
3. Líneas

Se distingue de los anteriores en la intencionalidad de sus artículos: escapan, aunque también pueden ser leídos en esa dirección, del carácter (casi) de manual que pudieron haber tenido los anteriores. Si bien en el Prólogo de Marqués se explicita que fue concebido como una referencia para los estudiantes de grado de la Facultad de Psicología también se aclara que aborda “los principales problemas que transita la psicología social como disciplina”.

Entre los abordajes de estos problemas, se tomarán los siguientes artículos: 'Vida cotidiana y salud enfermedad: modalidades de la producción subjetiva' (Etcheverry) de Planos; 'Una clínica grupal' (Burstin y Protesoni), 'Del taller al laboratorio' (Folle) y '¿Por qué no hablar con la locura' (de León) de Campos.

Vida cotidiana y salud-enfermedad: modalidades de la producción subjetiva. Gabriela Etcheverry

A los efectos de este artículo, tomaremos la última afirmación de Etcheverry: “Pensamos la salud enfermedad como un proceso, (...) con múltiples dimensiones en juego, donde hay componentes étnicos y de clase, de religión y de género, políticos y económicos, propios de etapas evolutivas y del barrio en que se habita y propios del momento histórico en que se habita (...) Esa multiplicidad de dimensiones a la que hacíamos referencia implica la no exclusión de alguna de ellas en tanto inclusión de otras, desde esta concepción apuntamos a utilizar la Y, ya no la O”.

La propuesta de Etcheverry puede pensarse en sintonía con lo que Guattari incluye en su ecosofía social, en la que las prácticas desarrolladas se orientarán a reinventar nuevas formas de ser, a lo interno de las dimensiones y en la conjugación de ellas mismas. Es en este sentido que dicho autor apuntará no solamente a los sedimentos microsociales sino a “mayores escalas institucionales”, tal como ha sido llevado a cabo en algunos trabajos sobre la práctica de la arquitectura (Pérez de Lema) o en la propia obra de Guattari *La ciudad subjetiva y post-mediática. La polis reinventada*.

“Todas las problemáticas sociales han devenido disciplinadas; eso implica una despolitización de las mismas; hasta la pobreza se nos presenta como una patología”.

Es decir, la utilización de políticas –neoliberales– de enfermedad y salud al servicio de las transnacionales de los medicamentos y las empresas productoras de tecnologías biológicas”.

A consecuencia de dos largas décadas de neoliberalismo, los nuevos gobiernos que inauguran la época en que se escribe el artículo, deberán ir logrando una relativa estabilidad económica y re-democratizar las bases sociales, pero para ello deberán (deben) incluir en sus programas pequeñas reformas, insuficientes para lograr proyectos reales de cambio. Frente a la despolitización, la acción es politizar, lo que no resulta simple para muchos de los profesionales de la salud mental, quienes están embarcados en proyectos que han heredado las lógicas liberales y consumistas.

Finalmente, se destaca la poco trabajada noción de “enacción”, que es afortunadamente retomada por esta autora y por María Isabel Lauman que a su vez la toma de Najmanovich: “El mundo que conocemos, incluido nuestro ‘cuerpo-mente’ en él, no es un mundo independiente de nuestro conocimiento, sino que es un mundo ‘enactuado’. Es decir, un mundo co-creado en nuestra interacción con el ambiente. Un mundo que convocamos a ser en nuestra experiencia interactiva con eso que está afuera pero no separado de nosotros”.

Una clínica grupal. Ana Luz Protesoni. Verónica Burstin

Se analizan las variables intervinientes en la clínica grupal desarrollada en el marco de la prestación de servicios de psicoterapia en una organización asistencial médico-mutual.

Al momento de producirse este texto, la creación de este servicio es planteado como “una conquista en un territorio fuertemente diagramado por la lógica médica y asistencial”. Sin embargo, al ya estar reglamentado el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, es imperativo situar esta aseveración en tanto brújula de evaluación del ejercicio psi y contraponerla a una eventual captura de dicha lógica.

“De acuerdo con los principios rectores consensuados, la Salud Mental como un derecho humano fundamental y –por tanto– las intervenciones psicosociales y la psicoterapia y otras formas de preservarla o recuperarla como derechos deben estar accesibles a todos los ciudadanos”. (Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Grupo de trabajo No 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007).

Algunas de las preguntas que en este texto se plantean podrían ser hoy bien propuestas como “protocolo oculto”, entre ellas:

- ¿La psicoterapia grupal se constituye en desafío conceptual, técnico e instrumental?
- ¿Es efectivamente posible trabajar desde la incertidumbre?
- ¿Es la clínica grupal un campo de problemáticas?¹
- ¿Es posible sostener la tensión singularidad/atravesamiento institucional?

Destacamos dos de las líneas planteadas en el artículo:

- coordinación
- derivación

Con respecto a la coordinación, podemos preguntarnos:

- La lectura de emergentes, heredada de la concepción pichoniana, ¿sigue siendo apropiada?
- ¿Qué hacer con las diferencias culturales de los integrantes de un grupo?

¿Cómo y cuándo se configura un grupo?

En relación con la derivación, más allá de las válidas situaciones esgrimidas por las autoras, queda planteada la duda entre las relaciones de indeterminación entre lo liso y lo estriado (...) “En ese sentido, la respuesta del Estado es estriar el espacio, contra todo lo que amenaza con desbordarlo”. (...) pero no debemos olvidar lo planteado por Deleuze y Guattari: “(...) los

1 Si bien no queda homogéneamente definido “campo de problemáticas” en los diferentes artículos, se asume lo planteado por Etcheverry como aquello que se opone al objeto discreto de estudio y al territorio disciplinario y a la propuesta de Arbesún (en este volumen: Guerra y pensamiento hegemónico, p. 127), retomada a partir de Bourdieu: campo de problema=campo de análisis.

espacios lisos no son liberadores de por sí. Pero en ellos la lucha cambia, se desplaza, y la vida reconstruye sus desafíos, afronta nuevos obstáculos, inventa nuevos aspectos, modifica los adversarios. Nunca hay que pensar que para salvarnos basta con un espacio liso”.

Del taller al laboratorio. María Ana Folle

El artículo toma como excusa la experiencia de trabajo en un grupo de mujeres lesbianas y bisexuales. Es interesante para la época, ya que incluye a una población que no era objeto de intervención para la academia en nuestro medio.

La explicitación del trabajo realizado sobre el pedido y la demanda, junto a los dispositivos utilizados, que incluyen la experimentación y la noción de asentamiento,² nos remite a la cartografía.

Si bien aquí también es utilizada la noción de “campo de problemáticas”, carácter que atraviesa el libro, podría también pensarse que la intervención y el análisis (la “y” denota literalmente la conjunción), apuntarán a desestabilizar la noción de campo, “ya que modula(n) sus límites y configuraciones” y tenderán a “potencializar las resistencias actuales y actualiza(r) las existencias potenciales” (Lourau en Implicação-transduçao, citado en Passos).

Quizás hoy, si fuese re-escrito, sería más adecuado utilizar la noción de plano, que abarca los planos de las formas (de lo instituido para Lourau) y los planos de las fuerzas, con lo que la cartografía, en tanto método de intervención/investigación pudiera dar cuenta de la direccionalidad de los movimientos a seguir, considerando lo que se va a intervenir, quién va a intervenir y los efectos que se producen.

La construcción de problemáticas que adquieran capacidad de existencia e insistencia, es decir, las producciones inmanentes, los enunciados condensados en El encare, incluirá necesariamente prácticas de intervención capaces de producir nuevos territorios existenciales y será posible desde nuestro lugar, asignado, aceptado, producido, sí y solo sí desde la desmarcación de territorios disciplinarios.

¿Por qué no hablar con la locura? Nelson de León

Cuatro son las características instituyentes del último capítulo analizado en esta breve reseña

2 Carmen de los Santos: Forma de producción de conocimiento productiva, inestable, que se constituye en un plano deferencial de propagación, entre cuyas posibilidades de existencia incluye necesaria y suficientemente el análisis crítico de los efectos de institucionalización y territorialización. Comunicación personal.

- El efectivo abandono del saber sobre el otro.
- El análisis de los efectos de captura y la consiguiente universalización de las singularidades.
- El análisis de los efectos de las intervenciones realizadas.
- La producción de la enfermedad mental, que direcciona al loco en un enfermo mental.

Estos lineamientos ubican al autor en la encrucijada de la ética, la estética y la política: “Cuando se pone el acento en las dimensiones del sistema, las dimensiones de estructura, las referencias científicas para abordar un objeto, cualquiera sea éste, ponemos entre paréntesis la dimensión de creatividad específica, de posicionalidad ontológica, singular. Entonces, el hecho de insistir en el carácter creacionista, autopoyético, autofundador, evidentemente reubica el concepto de compromiso ético, de responsabilidad” (Guattari), o al decir del autor, la utilización de una mirada poliocular, en la jerga de Morin, que deberá incluir necesariamente a quien detenta el lugar del “técnico”.

Tal como lo hiciera en su momento Pierre Bourdieu en el *El oficio de científico*, el artículo es hablado desde la auto-relexividad, en el que los recorridos históricos de construcción de la enfermedad mental en la modernidad, se conjugan en la trayectoria del autor. Esto le permite plantear que “a través de la experiencia de ser internado, privado de libertad, del uso y distribución autónoma del tiempo y del espacio, la singularidad de la persona que ocupa el lugar de enfermo, ha quedado históricamente cercada”.

Se enfatiza en la producción socio-histórica, se la sitúa como eje de abordaje de la propia locura, quizás se trate, efectivamente de “desenterrar lo que de enfermedad se construyó en ella”. Es desde este marco que cobra valor la trilogía peligrosidad-neutralización-lo desconocido, y que permite la invención o re-inventción de nuevos dispositivos.

Sobre la cuarta producción: *Derivas de la Psicología Social Universitaria*. (2010). Compiladoras: Gabriela Etcheverry y Ana Luz Protesoni

Con una introducción de Joaquín Marqués, el libro consta de cuatro secciones:

Trazo 1: Formación en Psicología Social

Trazo 2: Soportes epistemológicos

Trazo 3: Producción de subjetividad y modos de subjetivación.

Trazo 4: Pensando sobre la clínica.

Se analizará únicamente el trabajo de Nelson de León, de la última sección del libro.

La intervención psicológica desde la Psicología Social: análisis y perspectivas con relación a la locura y la enfermedad mental. Nelson de León.

Siguiendo el análisis del trabajo anterior, el autor inicia esta realización situándola en la emergencia de su propia producción: un tema de un curso del Área de Psicología Social: la Crítica de la Transpolación del Modelo Médico-psiquiátrico en Psicología. La relación entre medicina, psiquiatría y psicología, y consecuentemente desde el pensamiento de su experiencia.

A través de la crítica a las racionalidades que han obturado la fuerza creativa, deambulan los obligadamente anónimos internos de la Colonia Etchepare, Van Gogh, Artaud y Cabrerita. Sobre los primeros, las escalofrantes historias de sus vidas, escalofrantes por su condición de reales, en las que agregar algo de ficción las haría simplemente más tenues.

Cabrerita, en un mano a mano con Beckett, “rehace” los acontecimientos, que son su vida, la vida. Los Cabreritas del mundo sólo podrán “rehacerse” cuando quienes operemos (?) sobre ellos, seamos capaces de “deshacernos” de nuestros saberes, de la captura en que incluimos/excluimos el sufrimiento, la creación, la captura de los vínculos masificados con que establecemos un (con)tacto con los producidos enfermos mentales.

Cabreritas dialogando con otros pintores de su talla, Kandinsky, Espínola Gómez, con pensadores contemporáneos, muertos y vivos, Foucault, Kaminsky, Percia, embarcados en La nave de los locos, traídos de la mano de de León, denunciando que la barca es ahora, y desde hace ya demasiado tiempo, hospital.

El carácter de denuncia del artículo no le ha quitado, no le ha podido quitar, su carácter propositivo y esencialmente académico: nos enseña que hay locuras y enfermedad mental, que hemos silenciado junto a arquitectos, conserjes, técnicos, a los locos para banalizarlos, intoxicarlos, transformarlos en enfermos y enfermas mentales.

Pero también nos enseña que hay líneas de fuga, que hay “posibilidad de delinear enhebrados entre clínica, ética y política” micro-intervenciones en las que será fundamental el análisis de las implicaciones.

Nos enseña que se puede construir un estilo de vida cual obra de arte, una estética de la existencia, profundamente ligada a la vida diaria y al quehacer político y que, en definitiva, se trata de transformar para conocer y no conocer para transformar.

Montevideo-Córdoba, 2013.

Bibliografía

- Bourdieu, P. (2001). *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.
- Braidotti, R. (2000). *Sujetos nómades*. Buenos Aires: Paidós.

- Ciriza, A. (2006). Ciudadanas en el Siglo XXI: sobre los Ideales de la Ciudadanía Global y la Privatización de Derechos. *CUADERNOS FHyCS-UNJu*, 31, 129-145.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2002). *Mil Mesetas: capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-Textos.
- Gil Claros, M. (2011, mayo). Subjetividades contemporáneas: un acercamiento estético y político a Félix Guattari. *A Parte Rei: Revista de Filosofía*.
- Guattari, F. (1990). *Las tres ecologías*. Valencia: Pre-textos.
- Guattari, F. Entrevista con F. Urribarri. Recuperado de:
<http://patiotrasero.bligoo.com/content/view/215577/GUATTARI-EL-PARADIGMA-ESTETICO.html#.UZy76YZVI7w>
- Lechner, N. (1988). *Los patios interiores de la democracia : subjetividad y política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Najmanovich, D. *El sujeto encarnado: límites devenir e incompletud*. Recuperado de:
<http://fac.org.ar/1/docencia/foros/cardtran/gral/sujeto%20encarnado.htm>
- Passos, E., Kastrup, V., y da Escossia, L. (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Pérez de Lima, J. (2009). *A partir de Felix Guattari: la práctica de la arquitectura como invención de máquinas ecosóficas*. Universidad de Sevilla. Colegio Oficial Arquitectos de Galicia, Lugo. Recuperado de: http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CEoQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.hackitectura.net%2Fosfavelados%2F2009_proyectos_eventos%2F200911_guattari_lugo%2F200911_presentacion_lugo_guattari.pdf&ei=-uScUeK1BMnO0wGosoGADw&usg=AFQjCNEkGnsmJtnyHGL_hlTinU-16kFMcw&sig2=3JNA15A5uO3VYQGzcPFJtA&bvm=bv.46751780,d.dmQ
- Pétard, J. P., Kalampalikis, N. y Delouvée, S. (2001). Les histoires de la psychologie sociale dans ses manuels. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 51-52, 59-80.
- Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de:
http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDsQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.msp.gub.uy%2Fandocasociado.aspx%3F5437%2C21316&ei=6f-tUeyiM46L0QGqm4DQA&usg=AFQjCNEwCFhF0iXrReZ4q3hV3z2OxRWHtA&sig2=MBT2aj2M_MYnWq2DATEXLg&bvm=bv.47244034,d.dmQ
- Spink, M. J. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Títulos publicados en la presente colección

- Intensificación Agrícola: oportunidades y amenazas para un país productivo y natural. Autores: Fernando García Préchac, Oswaldo Ernst, Pedro Arbeletche, Mario Perez Bidegain, Clara Pritsch, Alejandra Ferenczi, Mercedes Rivas.
- La Desafiliación en la Educación Media y Superior de Uruguay. Conceptos, estudios y políticas. Coordinador: Tabaré Fernández Aguerre. Marcelo Boado Martínez, Marisa Bucheli Anaya, Santiago Cardozo Politi, Carlos Casacuberta Guemberena, Lorena Custodio Pallares, Cecilia Pereda Bartesaghi, Ana Verocai Masena.
- La inserción Internacional de Uruguay en Debate. Coordinadores: Lincoln Bizzozero, Jerónimo de Sierra, Inés Terra.
- (Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. Coordinadores: Niki Johnson, Alejandra López Gómez, Graciela Sapriza, Alicia Castro, Gualberto Arribelz.
- La Matriz Energética: una construcción social. Autores: Reto Bertoni, Virginia Echinope, Rossana Gaudio, Rafael Laureiro, Mónica Loustaunau, Javier Taks.
- La distribución de la riqueza en Uruguay: elementos para el debate. Autores: Verónica Amarante, Matías Brum, Amparo Fernández, Gustavo Pereira, Alejandra Umpiérrez, Andrea Vigorito, Gabriel Burdín, Ulises García-Repetto.
- Uruguay. Inseguridad, delito y estado. Coordinadores: Rafael Paternain, Álvaro Rico. Editorial Trilce.
- La violencia está en los otros. Coordinadores: Victor Giorgi, Gabriel Kaplún, Luis Eduardo Morás. Editorial Trilce.
- Para entender las radiaciones: energía nuclear, medicina, industria. Gabriel González Sprinberg, Carolina Rabin Lema.
- Aporte universitario al debate nacional sobre drogas. Carlos Casacuberta, Mariana Gerstenbluth, Patricia Triunfo, Gianella Bardazano, Rafael Bayce, Verónica Filardo, Sebastián Aguiar, Clara Musto, Diego Pieri, L. Nicolás Guigou, Valentín Magnone, Gabriel Eira Charquero, Carlos García Carnelli, Selva Cairabú.
- Municipios: una política en el tintero. Coordinadores: Alejandra Andrioli, Paula Florit, Maximiliano Piedracueva.
- Universalizar la educación media en Uruguay: ausencias, tensiones y desafíos. Coordinadoras: Verónica Filardo y María Ester Mancebo.
- Repercusiones de las inversiones forestales: la ampliación del puerto de La Paloma. Coordinador: Diego Piñeiro.

Este libro es resultado del proyecto Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental en el Uruguay financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) en el Llamado 2011 del “Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública en Temas de Interés General”. Dentro del artículo 2 de la Ley Orgánica de la Universidad de la República (UdelaR) se establece como prioridad “...contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública”; como universitaria/os comprometida/os con nuestra realidad aportamos permanentemente en tal sentido, en esta ocasión a través del mencionado Llamado.

Nuestro objetivo –en consonancia con el del programa que otorga los fondos- ha sido promover el debate informado en torno a la salud mental en nuestro país, así como generar instancias de difusión, que promuevan la comprensión pública sobre el tema. Desarrollamos un análisis de la evolución de las políticas de Salud Mental en el Uruguay, involucrando temas como la accesibilidad a los servicios de atención, la eficiencia del modelo, la participación social, la formación de profesionales y las políticas implementadas. Para poder llevar a cabo dichos objetivos consideramos como estrategia metodológica principal la generación de actividades de debate teniendo en cuenta los diversos actores implicados en la temática: trabajadores y usuarios del sistema de atención en salud mental, integrantes del sistema político, organizaciones sociales, entre otros. Estas actividades consistieron en la realización de tres seminarios en las diferentes regiones del país: Montevideo (Facultad de Psicología), Maldonado (Centro Universitario Regional Este) y Salto (Centro Regional Norte). De esta manera se instaló el debate a nivel nacional, generando un movimiento de descentralización que promovió la inclusión en forma horizontal para todos los actores involucrados.

Por último nos propusimos la elaboración del presente libro y de un audiovisual, con la intención de involucrar y dar la palabra a la mayor cantidad posible de actores, recogiendo las diversas voces y experiencias que dan cuenta de los devenires del campo de la Salud Mental en Uruguay. Consideramos importante destacar que la conformación del equipo de trabajo estuvo en consonancia con esta forma de pensar, elaborar y llevar a cabo el proyecto. El mismo estuvo integrado por docentes, estudiantes y egresados de diversas disciplinas, tales como Psicología, Derecho, Antropología, Ciencias de la Comunicación y Bibliotecología.

Desde este Equipo Universitario damos la bienvenida a los futuros lectores, con el deseo que lo realizado contribuya a la democratización del saber, a la participación y la reinención constante de nuevos horizontes... y debates.

La Ley Orgánica de la Universidad de la República define en su artículo 2, entre sus fines, el de “contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública”. Apuntando a este cometido se ha creado el Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, con el objetivo de financiar proyectos de difusión en torno a temas de relevancia nacional.

Se trata de un programa que busca promover el estudio de temas relevantes y polémicos, a través del financiamiento de proyectos realizados por grupos interdisciplinarios de profesionales universitarios, para su posterior publicación y presentación pública, poniendo a disposición de la ciudadanía toda la información generada sobre el tema de trabajo. La Colección Artículo 2, reúne los resultados obtenidos por las propuestas financiadas.

ISBN 978-9974-0-1036-9



9 789974 010369