

Congreso Pablo Carlevaro  
**SALUD, PARTICIPACIÓN SOCIAL y COMUNIDAD**

## Conferencia sobre Salud Mental y Abordajes Comunitarios

21 de abril de 2023





**Conferencia sobre Salud Mental  
y Abordajes Comunitarios**



Prólogo a varias voces / 05

**1. Introducción / 07**

**2. Mesa de Apertura / 13**

**3. Mesa de Experiencias Destacadas / 21**

**4. Presentaciones de libros / 35**

4.1. Presentación del libro de Agustín Barúa / 36

4.2. Experiencias colectivas para sustentar la vida. Udelar / 38

**5.-Contribuciones recibidas / 41**

5.1. Policlínica Helios Sarthou. Interbarrial Arcoiris / 42

5.2. Federación Caminantes / 43

5.3. Frente Antimanicomial. Plataforma / 45

5.4. Exposición Enrique Saforcada / 49

5.5. Inventando formas de mirar y relacionarnos con los demás.

Alterar visiones - Alter-acciones / 50

**6. Relatorías de talleres / 55**

6.1. Biblioterapia: un dispositivo inclusivo y revolucionario / 62

6.2. Prevención comunitaria del suicidio Daniel Silva / 64

6.3. Manejo personal del estrés. Graciela Curbelo / 66

6.4. Propuesta de Plan de Prevención del Suicidio 2023 2024 / 69

**7. Declaración final de la Conferencia / 73**

**8. Resonancias de la Conferencia / 77**

## Prólogo a varias voces

**APEX.** El Programa APEX representante de la Universidad de la República (Udelar) en el Municipio A del departamento de Montevideo, saluda gratamente la iniciativa de esta Conferencia y ser parte de ella. La misma, se constituye en el 1er. Pre-Congreso preparatorio con miras al Congreso Nacional e Internacional de Salud, Participación Social y Comunidad en el Mercosur, "Dr. Pablo Carlevaro", siendo la consigna central: Participación social para ejercer el derecho a la salud.

La importancia de esta conferencia es que brindará aportes múltiples en miras al Congreso Central que se llevará a cabo los días 8, 9 y 10 de noviembre del presente año en la Intendencia de Montevideo. Este Congreso pretenderá recoger las diversas acciones que concretan las políticas de extensión universitaria llevadas a cabo por el Programa Apex, que en el festejo de sus 30 años brinda homenaje a su fundador el Dr. Pablo Carlevaro, quien constituye una referencia ineludible para la salud comunitaria en Uruguay.

La concreción de esta Conferencia es de suma importancia por la temática central que abordar que es la Salud Mental y las intervenciones que ella conlleva en las comunidades. Tema sensible y de preocupación de los actores sociales, de los movimientos que los mismos integran, así como, de la comunidad universitaria, por ello, su acción y reflexión se realiza de manera articulada y conjunta entre distintos actores organizacionales e institucionales.

La salud mental se convierte en un foco de problematización que no se debe descuidar, pues en su abordaje conviven diversas miradas en su concepción como en su forma de tratarla, convirtiéndose en un campo de disputa entre salud- comunidad y participación, que si no se aborda de manera integral, inclusiva e incluyente se puede convertir en un espacio de vulneración de derechos e inequidad de las personas, familias y grupos en situación.

Los diversos tópicos que se trabajarán en esta conferencia a partir de los talleres, junto a la acumulación reflexiva de experiencias y debates teóricos del tema, nos permitirán en colectivo, como fuerzas vivas comunitarias, generar mecanismos no sólo de prevención, sino de estrategias de cómo cuidar y cuidarnos comunitaria y participativamente.

Por eso, ante todo lo anteriormente expresado, es que el Programa APEX, felicita esta iniciativa de la cual es parte, en post de pensar y actuar de manera coordinada, articulando saberes que brindan reconocimiento a las personas, sus familias y grupos, de manera de contribuir con prácticas emancipadoras que colaboren en la construcción de sociedades humanas más justas, equitativas e incluyentes para todas las personas que en ella conviven.

Se resalta el agradecimiento a la Intendencia de Canelones por su apoyo brindado, así como a todas y todos los participantes por ser parte de esta Primer Conferencia.

**OUSO.** Desde nuestro trabajo en los equipos organizadores del congreso Pablo Carlevaro y por nuestra pertenencia a la Organización de Usuarías y Usuarios de Salud del Oeste (Montevideo), nos alegramos por la realización de esta Conferencia, que ha sido sobre todo encuentro para avanzar en la transformación conjunta de una realidad que nos pega y duele y donde son ignorados recursos esenciales para fortalecer la promoción de salud, que vemos como Buen Vivir, donde es central la calidad de la convivencia, de las relaciones entre personas, familias, y distintos colectivos y organizaciones.

Resaltamos la participación de actores comunitarios, donde destacamos a la Radio Vilardevoz, que es inspiración para lógicas integradoras y comunitarias.

Compartimos plenamente las acciones generadas en torno a este Congreso y en esta Conferencia “Abordajes comunitarios de la salud”, acciones que buscan crear y fortalecer redes y el constante aporte entre todos los actores para mejorar estrategias y prácticas.

Resaltamos que las lógicas actuales de encare de los aspectos de salud mental y de la salud en general cargan una ceguera para reconocer los recursos centrales de que disponemos: las miradas de las propias personas definidas como “con problemas de salud mental”, los tejidos de vínculos, en especial los comunitarios, e incluso los propios saberes y experiencias de los equipos de salud. Afirmamos esto porque vemos como dominante la mirada simplificadora, rígida, excluyente, cortoplacista, cuantitativa y demasiado sujeta a lógicas de poder en decisiones y prácticas.

Desde nuestro sentir, esta Conferencia ha reafirmado a la “salud mental” como parte de la salud integral de todos y todas, en especial de los más excluidos, y que sólo avanzará en forma sólida si se teje con el desarrollo de vínculos de cercanías, empatías y diálogos de saberes hacia prácticas transformadoras en sintonía con el reconocimiento de la dignidad de todas y todos, donde el principal esfuerzo esté en los procesos colectivos de transformación de la realidad.

**RED MCS.** Para la Red de Municipios y Comunidades Saludables la realización de la Conferencia sobre Salud Mental y Abordajes Comunitarios fue un gran desafío. Fue la primera actividad conjunta con todas las organizaciones que participan del Congreso Salud Participación Social y Comunidad Dr. Pablo Carlevaro. Significó abordar una temática compleja donde están en juego distintos paradigmas, uno viejo y hegemónico todavía, de estigmatización, medicalización y encierro y otro que está en construcción desde los derechos humanos y el abordaje comunitario. Enriquecer esta construcción innovadora con las experiencias diversas que existen hoy es una buena forma de abrir nuestras cabezas y pensar nuestras prácticas. Son aprendizajes con múltiples voces y apostando al diálogo de saberes. Recogiendo de Paulo Freire la convicción de que todos tenemos que aprender y también tenemos saberes para compartir. La formación de promotores comunitarios que desarrollamos desde 2020 tuvo esa impronta pedagógica para investigar, formarnos, mejorar la capacidad de hacer diagnósticos y planes locales con una visión integral de la salud. La formación/acción es una concepción de la educación imprescindible para actuar desde las comunidades. Sabiendo que el trabajo

en red de organizaciones sociales, instituciones y academia es una fortaleza para la salud comunitaria. Como dice la consigna del Congreso Pablo Carlevaro la participación social es un eje fundamental para las políticas de salud en la próxima etapa. La conferencia de Atlántida fue un esfuerzo para pensar la salud mental con un enfoque comunitario. La riqueza de los aportes, las exposiciones, los talleres, los libros, nos deja un panorama diverso y en movimiento. Este libro recoge esos esfuerzos. Son muchas las mujeres y hombres, los colectivos que trabajan hoy para crear una salud mental diferente. Esta conferencia y este libro (publicado con el apoyo de OPS) procuran visibilizarlos, ponerlos en diálogo, estimular su fortalecimiento.

**INSTITUTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD.** La necesidad de creación del Instituto de Psicología de la Salud (2010) en la Facultad de Psicología (Udelar), se ve plasmada en su Documento Fundacional. Su contenido sigue vigente y da cuenta de la pertinencia de ser parte de la Conferencia sobre Salud Mental y Abordajes Comunitarios, como actividad preparatoria hacia el Congreso de Salud, Participación Social y Comunidad. El documento manifiesta “el interés por el campo de las políticas públicas como texto/contexto de las prácticas y como objeto de estudio e incidencia en políticas en salud, de infancia, de género, derechos humanos”.

Los procesos de producción de salud o enfermedad se desarrollan en la vida cotidiana, allí donde los seres humanos producen y reproducen la vida. En los barrios, los centros de estudio, los espacios de trabajo, los propios hogares. En ese sentido las personas y sus colectivos constituyen los actores centrales de estos procesos.

Quienes integramos el Instituto asumimos el desafío en materia de transferencia y comunicabilidad del conocimiento producido hacia diferentes audiencias y actores que puedan hacer uso del mismo. Supone generar diversos mecanismos para que ese conocimiento pueda comunicarse y discutirse con la comunidad científica y académica, pero también con aquellos actores relevantes en la definición e implementación de políticas públicas y la sociedad en su conjunto.

Promovemos una concepción holística y ecológica del proceso salud-enfermedad. No sanan o enferman cuerpos o mentes sino los sujetos integrados en un sistema de relaciones múltiples y complejas mediatizadas por la cultura.

Nos interesa reubicar el escenario del trabajo con la salud en los espacios cotidianos, en donde las personas interactúan en función de sus deseos y necesidades. Reintegrar a las personas la centralidad en la producción y preservación de la salud, el autocuidado individual y colectivo, la participación activa en la definición de las políticas sanitarias, el encuentro de saberes y perspectivas. Entendemos de todos modos que hoy debemos visibilizar a la salud mental en tanto es uno de los mayores problemas de salud pública que tenemos como país, y que urge darle el protagonismo necesario como política de Estado, incluyendo una perspectiva integral, interdisciplinaria, intersectorial, la mirada de todos los protagonistas y la articulación de saberes.

## > Introducción





## 1. INTRODUCCIÓN

El 21 de abril en la ciudad de Atlántida del Departamento de Canelones se realizó la conferencia Salud Mental y Abordajes Comunitarios. El programa de la actividad incluyó una Mesa de Apertura, un espacio de Experiencias Destacadas y otro de Intercambios en la mañana. En la tarde se realizó la presentación de dos libros “Eje desencuadrá” del psiquiatra paraguayo Agustín Barúa y “Experiencias colectivas para sustentar la vida. Producción de salud mental en territorios de lo común” del Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria de la Udelar. Posteriormente se realizaron tres talleres simultáneos: Prevención del Suicidio, Drogas y Abordajes comunitarios y Cuidar a quienes cuidan. La actividad culminó con una plenaria de presentación de lo trabajado en los talleres y un cierre. El local que hizo posible la conferencia fue el de DINAMO aportado por la Intendencia de Canelones quien lo gestiona, contando con una infraestructura muy agradable y un equipamiento muy adecuado.

Procuraremos en este libro, publicado con apoyo de OPS Uruguay, recoger los distintos aportes volcados en la conferencia, incluyendo las ponencias presentadas a la misma, para poder compartirlos, generar aprendizajes de las experiencias y alimentar un debate de ideas transformadoras del abordaje de la salud mental.

Esta conferencia es la primera de las conferencias preparatorias del Congreso Salud, Participación Social y Comunidad en el Mercosur “Dr. Pablo Carlevaro” que se realizará el 8, 9 y 10 de noviembre en el Centro de Conferencias de la Intendencia de Montevideo. La consigna principal del Congreso es “Participación Social para ejercer el derecho a la salud”, una idea central para las políticas de salud en esta etapa, que se desarrollará en las distintas conferencias preparatorias. Tal como se destaca en su convocatoria “este Congreso recoge como antecedentes ineludibles la rica experiencia de los Congresos Multidisciplinares de Salud Comunitaria del Mercosur que asumimos por su trayectoria y sus aportes a los desafíos actuales de la salud en la región del Mercosur. Su iniciativa dio comienzo a esta convocatoria.

Valoramos lo realizado en el marco de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables desde hace varias décadas, pero especialmente en los últimos años, en escenarios complejos de crisis sanitaria.

Consideramos la importancia creciente que desde los diversos actores sociales e institucionales se le asigna a la Participación Social en el campo de la Salud y los trabajos de OMS/OPS en tal sentido ubicándola como uno de los recursos esenciales de la Salud Pública.

A su vez, la actividad se suma al conjunto de propuestas impulsadas por la Universidad de la República en homenaje a los 30 años del Programa Apex y a su fundador el Dr. Pablo Carlevaro, quien constituye una referencia ineludible para la salud en Uruguay.

Conscientes de la grave situación sanitaria y social que viven nuestros pueblos, urge la búsqueda de respuestas integrales y participativas que aseguren el ejercicio activo de los derechos hoy postergados. Es importante aprender de las distintas experiencias construidas con duro esfuerzo a lo largo de los años, mantener intercambios enriquecedores, promover la formación-acción y la investigación, para desarrollar procesos transformadores cuyo eje son las comunidades. Con estos fundamentos las organizaciones sociales y las instituciones académicas y gubernamentales organizadoras del Congreso con el apoyo técnico de OPS, realizaron el 27 de marzo una convocatoria amplia a colectivos, instituciones y personas para participar en las Conferencias Preparatorias que comienzan en abril y culminan con el Congreso en el mes de noviembre de 2023.

El comité organizador del Congreso Pablo Carlevaro está integrado por la Red de Municipios y Comunidades Saludables Red MCS, Programa Apex Udelar, Organización De Usuarios De Salud Del Oeste, Movimiento Nacional De Usuarios De La Salud Publica Y Privada, Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas Onajpu, Polo Salud Comunitaria Udelar Cenur Litoral Norte, Instituto De Psicología de la Salud Udelar, Division Salud Intendencia de Montevideo, Dirección de Salud Intendencia De Canelones, Sindicato Médico del Uruguay, Colegio Médico del Uruguay, Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar, Parque Público Punta Yeguas, Laboratorio De Ciencias Sociales de la Salud, Sociedad Uruguaya de Odontología Comunitaria, Alames Uruguay, Alteraciones El Arojo, Asociación de Nurses De Uruguay.

Se cuenta con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y de toda el área Salud de la Udelar. Según las temáticas y los locales de las distintas conferencias se suman a la organización distintas instituciones y colectivos involucrados en cada campo.

Hay expositores, ponentes y participantes de los países del Mercosur y otros, para aprender y compartir las experiencias en las áreas temáticas priorizadas y transversalmente con miradas ambientales, étnicas, de género, con un eje vertebrador en la participación social.

El Congreso no tiene costos para las personas y colectivos que se inscriban para participar. Son bienvenidas ponencias escritas, audiovisuales, posters, que recojan la mirada comunitaria y las experiencias de abordaje en territorio de estos grandes temas. En todos los casos las modalidades de participación serán presenciales y virtuales, quedando registradas los videos de las distintas actividades de las conferencias en el canal de YouTube de la Red MCS.

Luego de la primera conferencia realizada en Canelones sobre Salud Mental se implementará una Conferencia sobre Infancias y Adolescencias en el mes de mayo con dos jornadas una sobre Primera Infancia y otra sobre Adolescencias. La Jornada sobre Primera Infancia tendrá como sede presencial el PTI Parque Tecnológico Industrial del Cerro en el Municipio A de Montevideo el 13 de mayo. La Jornada sobre Adolescencias tuvo como sede principal la ciudad de Bella Unión en el extremo norte del país el día 27 de mayo y talleres presenciales descentralizados en distintos lugares como el Centro

Humedales del Santa Lucía en Santiago Vazquez, el liceo 43 y el Municipio B de Montevideo.

La conferencia sobre Personas Mayores el 1° de julio tiene como sede principal en la ciudad de Piriápolis en el Departamento de Maldonado y talleres presenciales descentralizados en Colonia y Montevideo entre otros departamentos. La cuarta conferencia abarcará los departamentos del norte del país, con sede presencial principal en Paysandú, en el mes de setiembre. La quinta conferencia abordará el tema de la Alimentación en sus distintas dimensiones.



En todos los casos se utilizan metodologías participativas, con exposiciones breves y trabajo en talleres, confección de papelógrafos, relatorías escritas y videos grabados de todas las actividades en cada conferencia. Se solicitan evaluaciones a los participantes. La deliberación, el intercambio, los aprendizajes basados en las experiencias son el objetivo principal de estas actividades planteándose asimismo la aprobación de declaraciones que recojan lo discutido y Acuerdos de Trabajo que proyecten la continuidad del trabajo en red sobre la temática abordada.

Se trata de un proceso de discusión que apunta a ser lo más amplio posible, a la incorporación de

todos los colectivos y actores involucrados en cada área temática priorizada, con el propósito de fortalecer la participación comunitaria y el trabajo conjunto. La labor en red de actores diversos, instituciones distintas, organizaciones y colectivos sociales y la academia representada fundamentalmente por la Udelar es asumida como una estrategia que despliega metodologías participativas y dinámicas horizontales donde se jerarquiza la voz de las comunidades.

Hay una apuesta al diálogo de saberes, reconociendo y valorando el saber popular o comunitario, junto con el saber académico, con las investigaciones que aportan conocimientos y herramientas más sólidas y fundadas y con el conocimiento que poseen los trabajadores profesionales y no profesionales que trabajan en servicios de atención a la población en los territorios. Fortalecer la participación social tiene un objetivo societario de fortalecer el entramado socio territorial, los valores solidarios y los derechos. Además, dicha participación social es un aporte fundamental para las políticas públicas, acercándolas a la realidad de los territorios y las personas. Ese aporte va desde el diagnóstico integral y amplio de las situaciones locales a la elaboración de planes y líneas de acción para mejorar la calidad de vida de las poblaciones, a su ejecución concreta y a su evaluación periódica, rendición de cuentas y retroalimentación. Investigar, conocer mejor las realidades nuevas y las que vienen de antes y hacerlo mediante un diálogo de saberes es un paso imprescindible para actuar conjuntamente para resolver los problemas y construir mejores vidas en común.

## > Mesa de apertura



## 2. MESA DE APERTURA

**Yamandu Orsi**, Intendente del Departamento de Canelones saludó a la Conferencia de Salud Mental y ofreció desde el gobierno departamental el escenario y la potencialidad de sus 30 municipios. Destacó la experiencia del trabajo barrial, una estrategia que se fue afinando con los años. Este Dinamo que aloja hoy la Conferencia tiene que ver con la idea del movimiento permanente que genera energía.

**Aracelis Delgado**, Directora de Salud de la Intendencia de Canelones, por su parte, señaló que sin duda la salud mental, es un tema que la comunidad lo siente, desde distintos colectivos. Por eso quisieron ser parte de esta primera conferencia en el marco del Congreso Pablo Carlevaro. La salud mental es una gran postergada de todos los gobiernos. Hoy tenemos una realidad que se nos impone. La comunidad nos requiere que hablemos del tema y generemos respuestas desde los territorios, revirtiendo las desigualdades. La pandemia nos obligó a salir, con el programa “Salud en tu Barrio”, utilizando estrategias distintas para un abordaje que tuviera la complejidad que requiere, para asegurar la calidad de vida de los usuarios y las familias. La pérdida de relaciones sociales, de las redes, de los empleos, es una causa de exclusión social, con mayor vinculación con el sistema judicial y pérdida de calidad de vida.

**Virginia Cardozo**, directora de Salud de la Intendencia de Montevideo destacó el rol de los gobiernos departamentales, que muchas veces no se los tuvo presentes. Con la retracción actual de la protección social se puso más en evidencia este rol. El conocimiento del territorio que se tiene desde los gobiernos locales es importante para aportar a las políticas. Siempre se pensó en las políticas desde arriba para abajo. Necesitamos a la comunidad para salir del lugar cómodo de las instituciones. Es un aprendizaje que los gobiernos departamentales han estado haciendo. Un ejemplo es la nueva Casa Comunitaria en la zona de Colón en Montevideo, que comenzó en una red local que trabajó esos temas. Hay que permitirse ir a los territorios con una hoja en blanco, hay que animarse a construirla con la gente. Además de la voluntad política y presupuesto precisamos sociedades comprometidas, comunidades involucradas.

**Paulo Amarante**, psiquiatra brasileño referente internacional de las transformaciones en el campo de la salud mental fundamentó que la misma no debe ser una patologización de la vida. Importa poner en discusión la salud mental no solo como asistencia psicológica y psiquiátrica, sino como enfrentamiento del sufrimiento humano. Este año realizarán en Brasil la 5ta Conferencia Nacional de Salud Mental que involucra a miles de personas y colectivos en el mes de octubre. Toda la participación en el SUS Sistema Único de Salud en Brasil es paritaria: la mitad son funcionarios del Estado y la otra mitad es de la sociedad civil. Mira con mucha alegría que en Canelones y en Uruguay se está haciendo un proceso de construcción conjunta con la sociedad.

**Mercedes Lukin** del Programa Apex reafirmó que en estas instancias se tiene que sentir la voz de la gente, la participación de la gente, de los colectivos.

**Alicia Guerra** destacó que desde el pensar de ALAMES, como asociación que reúne a personas, organizaciones e instituciones con pensamiento crítico, y con intencionalidad política, defendiendo el DERECHO a la SALUD, procurando el BUEN VIVIR de los Pueblos, promueven el nuevo paradigma de la salud mental de un sentirse y pensarse diferente. Se sitúan desde el enfoque de derechos humanos y salud mental colectiva. Plantean estimular otra manera de vivir, de pensar, de producir, de sanarnos, de jugar, de relacionarnos, de educar, de comunicarnos. Son nuevas formas de relacionarnos con otros y la naturaleza. Conoce y ha participado como Enfermera Comunitaria, integrando equipos interdisciplinarios, en espacios de participación como las redes de salud como parte del entramado territorial de sostén afectivo-social. Entre ellas los Grupos ODH (obesos, diabéticos e hipertensos), grupos de personas mayores, de adolescentes, Coros comunitarios, Huertas, espacios de ejercicio físico. “La formación de Agentes Comunitarios de salud (ACS) permitió generar verdaderos articuladores con la comunidad de la que mucho hemos aprendido, en el intercambio de saberes”. Estos espacios permiten vínculos; afectos; comunicación, escapar de la soledad, sentirse activos, construir contención psicológica y afectiva. Son espacios de sinergia en el fortalecimiento de la comunidad. Son propuestas comunitarias y espacios de participación que permiten a cada uno ser respetados en su derecho a vivir bien.

**Maria Seijo** (Municipio A. Red MCS) relata la experiencia de la Red MCS.

Necesitamos sin demora de la creatividad de la gente para que las políticas públicas respondan a los requerimientos de las personas. La salud mental debe ser incorporada como dimensión en vejez, en infancias y adolescencias. En todos los niveles es necesario promover la participación, generando intercambio de saberes. No es suficiente mejorar la accesibilidad de las personas a las consultas. Es necesario generar empatía en todos los espacios de intercambio, mejorar la comunicación promoviendo instancias de reconstrucción de derechos. La participación en salud mental debe ampliarse. Hay que trabajar, para que las personas no solo accedan a la atención, sino para darle al conjunto de la población un rol determinante en las diferentes acciones: promoción, prevención, detección de factores de riesgo y participación en la gobernanza.

**Dieva Larrosa** es una mujer en situación de discapacidad motriz (usuaria de silla de ruedas), Técnica en Dirección de Empresas, integrante del Concejo de Participación de Personas con Discapacidad de la Intendencia de Montevideo, Miembro del Movimiento Visibles y con Derechos Uruguay, colaboradora en la Red de Municipios y Comunidades Saludables. En su exposición (que desarrolló luego por escrito y recogemos aquí) planteó que : “El tema que nos convoca es un tema muy vasto, el abordaje que pretendo darle es desde mi experiencia como militante por los derechos de las personas en situación de discapacidad,

a través de la experiencia que me ha brindado el poder interactuar y trabajar en conjunto con personas que vivencian la temática ya sea por ser auxiliares de enfermería que se dedican a este tema en su labor, familiares de personas en situación de discapacidad psicosocial o bien son personas en esta situación". "¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? En uno de sus planos la salud mental está dirigida a un colectivo de personas en situación de discapacidad psicosocial. La discapacidad psicosocial es entendida como la limitación de las personas que presentan disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas. Algunos ejemplos de situaciones que atraviesan las personas dentro del tema de salud mental pueden ser: Trastornos Obsesivos Compulsivos, ansiedad, bipolaridad, trastornos de personalidad, etc. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 4 personas, a nivel mundial, transitan situaciones de afectación de su salud mental. La depresión es uno de los principales trastornos que afecta a la población mundial, siendo una de las causas más importantes de discapacidad psicosocial. Luego de la pandemia por COVID-19 podemos hablar de un mayor número de personas afectadas por depresión, la cual puede conducir a los individuos a instancias de "parálisis vital" e incluso al suicidio. Cabe destacar, que las personas en situación de discapacidad psicosocial también están amparadas en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la ley 18.651 de protección integral de las personas con discapacidad, también en la ley 19.691 que refiere al trabajo de las personas con discapacidad en el ámbito privado, y en la propia ley de salud mental 19.529". "¿Cuál es la realidad de vida de las personas en situación de discapacidad psicosocial? La vulneración de derechos es recurrente en los casos de discapacidad psicosocial. Vulneración de libertades, de la libertad de manifestar lo que se piensa, lo que se siente, la libertad en la toma de decisiones. Su libertad se ve coartada en lo que hace a su sexualidad, a tener pareja, a mantener relaciones sexuales, a maternar o paternar. A su vez, también es muy común que sufran violencia económica o patrimonial, poniéndoles en un lugar de ser incapaces de tomar sus propias decisiones, infantilizándoles. Estas libertades se ven coartadas, por lo general, por sus familiares, por sus referentes, por la sociedad en general, y para quienes están institucionalizados por las personas que están a su cargo. Es una de las situaciones de discapacidad que atraviesa más cantidad de vulneraciones porque es necesario visibilizar que enfrentan barreras asociadas a lo moral, ético y emocional, barreras intangibles. En muy pocos casos se da el respeto a la autonomía, a la libre toma de decisiones y es por ello que debemos abogar por el respeto de esas vidas libres, colocando siempre en el centro a la persona desde una perspectiva de derechos con políticas públicas y abordajes que dignifiquen sus vidas. El modelo social de la discapacidad habla de que la discapacidad no está en la persona sino en la interacción entre ésta y las barreras que la sociedad (entorno) impone para poder desenvolverse en cualquier ámbito. Existen barreras actitudinales, físicas, comunicacionales, de transporte, etc. En la medida en que esas barreras sean cada vez menos las personas en situación de discapacidad psicosocial tenderán cada vez más a vivir una vida plena". "¿Cuál es la realidad actual en nuestro país respecto a salud mental? Actualmente, en Uruguay los sistemas de salud, tanto públicos como



privados, están completamente colapsados, con casos como no poder conseguir turno para policlínicos, para atención con especialistas, la falta de medicamentos, etc., es lo común últimamente. Es necesaria una mayor inversión en salud mental, que exista presupuesto para la prevención y el tratamiento de estas situaciones. A su vez, la colaboración intersectorial entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social, junto a la consulta a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con la temática es clave para generar políticas que garanticen el pleno cumplimiento de la ley de salud mental”.



Francisco Morales Calatayud del Polo de Salud Comunitaria, Centro Universitario Regional del Litoral Norte (CENUR-LN), Universidad de la República realizó una exposición titulada “Salud Mental: el cambio de paradigma, la comunidad participativa como protagonista”, que amplió por escrito y transcribimos: “Agradezco a quienes han organizado este encuentro el honor de la invitación a integrar una mesa en la que participan muy reconocidas personalidades. En atención a la brevedad del tiempo disponible, solamente quisiera marcar unas líneas muy puntuales sobre el tema que nos convoca. El asunto de lo que se ha dado en llamar “salud mental”, es de la mayor importancia social. Al mismo tiempo, es uno de los de más difícil abordaje dentro del campo de la salud. Esa dificultad emerge de tres complejidades: una es la relacionada con la propia naturaleza de lo mental, arraigada en la esencia humana; otra es la de la determinación múltiple y diversa de la salud y dentro de esta, el papel de su componente mental; y, por último, la heterogeneidad de las fuerzas que tensionan su promoción

y atención, especialmente las desventuradas dosis de poder fáctico que ostentan algunas de tales fuerzas, como las del mercado de la enfermedad. Por si lo anterior fuera poco, entre los ingredientes que se suman a la dificultad de abordaje, están también los que surgen de algunos debates, poco fértiles, en los que a veces nos trabamos cuando nos gana el apego inerte a narrativas, concepciones y hasta teorías, tanto sobre la salud y la gestión de la misma, como sobre el psiquismo y sobre la vida en sociedad, tres áreas que se entrecruzan necesariamente en este asunto. Mientras tanto, el sufrimiento sigue y, lo que es peor, se desperdician significativas oportunidades de cambiar la situación. Hay muchas experiencias, que de algún modo han buscado nuevos caminos, basados en enfoques socio-comunitarios transformadores en relación a eso que llamamos "salud mental". En mi opinión, luego de más de medio siglo de iniciadas, de que adquirieran visibilidad y de que generaran un importante acumulado de evidencias y argumentos atendibles, tales experiencias siguen siendo minoritarias, habitadas generalmente desde la resistencia y el esfuerzo, para enfrentar el bloqueo que clara o disimuladamente, se les impone desde sectores de poder dominantes. El paradigma de interpretación y abordaje de los problemas de la salud de expresión predominantemente mental que prevalece, sigue teniendo su núcleo basal en obsoletos pilares, tales como la mirada individual restrictiva de los mismos, la clínica descontextualizada, la visión cartesiana de la escisión de la mente y el cuerpo, y en la atención preferente de las expresiones calificadas como patología, enfermedades, trastornos, desórdenes, etc., de lo mental, dejando muy de lado todo lo relacionado con la promoción de la salud en sentido integral y dentro de ello, su componente mental. Se tiende a hablar, en el fondo, asumiendo que "salud mental" se refiere a los problemas de "enfermedad mental", esto es, desde la exclusión, más allá de los matices formales que adopten los discursos. Se requiere una transformación raigal, basada en la interpretación de los problemas de la salud en su amplio contexto de determinación e integralidad. Es urgente, imprescindible, la atención plena y humana de las personas con problemas de salud mental de expresión predominantemente mental. Hay que dejar bien atrás el modelo asilar, así como los sucedáneos ambulatorios restringidamente asistencialistas de aquel, los que en general, no alcanzan a ser mucho más que una forma de dispersión de la exclusión. Es necesario asentar esa atención plena y humana, en el ámbito de las comunidades reales, lo cual no consiste sólo cerrar los manicomios, sino generar desde la participación, redes, solidaridad, cambios culturales, articulando claramente las responsabilidades del Estado y el sistema de salud, con la inclusión y los recursos de atención requeridos. Pero también es urgente entender que además de hacer esa justicia tan postergada, el meollo del problema está en plantear como prioridad la promoción de los entornos, comunidades, instituciones y familias saludables integralmente, debiendo ser el componente mental de la salud el elemento rector de la realización del sujeto saludable, protagonista consciente de su propia salud y contribuyente activo a la de los demás. Esto es, la "salud mental" debe ser entendida en el contexto total de la salud, haciendo parte de su visión global como bien común, entramada en el modo de vida del conjunto de la sociedad. La participación social es un elemento clave en el reclamo y gestión de las políticas públicas que sostengan esos

propósitos, que no son sólo las del llamado “sector salud”, sino también las de derechos humanos, políticas sociales, educación, trabajo, género, cultura, deporte, comunicación social, entre otras. También es clave la participación en la generación y sostenimiento de las redes y los sistemas de apoyo, así como en la potenciación de los recursos públicos disponibles y en la organización de los esfuerzos para lidiar con problemas comunes. Finalmente, debo decir que aquí hablo desde la universidad, concretamente desde el Polo de Salud Comunitaria del Centro Universitario Regional del Litoral Norte. Ese “Polo” es un proyecto de desarrollo universitario que se enfoca en los problemas psicosociales relacionados con la salud de las comunidades. No es este el lugar para hablar de lo que allí hacemos; esperamos poder hacerlo en el mes de setiembre próximo, cuando realicemos en Paysandú otro evento preparatorio del Congreso Pablo Carlevaro. Pero desde ahora si creo importante decir que, en el cambio necesario hacia nuevos enfoques socio-comunitarios en relación con el componente mental de la salud, será necesario cambiar también los modelos formativos de los profesionales y técnicos de la salud, hacia una matriz de pensamiento basado en el Paradigma de Salud Comunitaria y Gestión de Salud Positiva, que permita llevar las experiencias de aprendizaje mucho más allá de lo que se relaciona con la restauración de la salud de cada enfermo. Los que se forman como profesionales de la salud, deberán aprender, sobre todo, cómo es que se produce, se sostiene y se enriquece el modo de vida saludable, en sentido integral, y cómo se determina y se vive la salud en las comunidades reales. Lo que hoy denominamos la “salud mental”, esto es, “lo mental en la salud”, deberá ser un componente central en esas formaciones, no sólo un adendum elegante adherido a un plan de estudios y a programas de materias centrados en la enfermedad cartesianamente concebida. La universidad, pues, deberá transformarse para participar en el cambio raigal del que se ha hablado antes. En unidad dialéctica, esa transformación se producirá en la medida en que logre integrarse plenamente a las comunidades para aprender de, en y con ellas, haciendo parte cada vez más activa en el abordaje de los problemas”.

Ricardo Larrañaga de la Organización de Usuarios de Salud del Oeste y la Red MCS intervino en los siguientes términos: “Bienvenidas a esta primera conferencia de abordajes comunitarios en salud mental. Después del lanzamiento que hicimos hace un mes, esta es la primera instancia participativa abierta del congreso Pablo Carlevaro, sobre Salud, participación social, comunidad. Los temas elegidos para este congreso son: salud mental, infancias y adolescencias, personas mayores, alimentación, ambiente. Y los ejes que atraviesan todos los temas: comunicación, género y etnias, buen vivir, cuidados.

Como parte del grupo organizador destaco que cada una de las reuniones de preparación, son laboratorios de vínculos intersectoriales y comunitarios. Debo decir que estamos aprendiendo mucho y disfrutándolo. Tenemos un acuerdo de que, en cada instancia de trabajo, discusión, presentación, esté siempre la presencia, la voz de la comunidad activa, junto la academia y las políticas sociales. Nosotros como militantes sociales, de una organización con trabajo territorial, promovemos el tra-

bajo en redes y ese entramado debe tener siempre la presencia dialógica, en intercambio horizontal, de la comunidad con la academia y los actores de gobierno, para lograr un común que integre de la mejor manera.

Como Organización de Usuarios, queremos rescatar, poner a la luz, aquello que pensamos y hacemos desde nuestra experiencia en territorio, con alianzas junto actores fundamentales para nosotros como lo son el programa Apex, la división salud de la Intendencia de Montevideo.

Desde territorios ampliados en la Red de MCS, demostramos qué hay territorios de comunicación, estos fueron centrales cuando tuvimos que vivir la distancia física requerida por los cuidados en pandemia, marcados a partir de esa experiencia, tenemos mayor comprensión de las distancias, reales aislamientos físicos, que se viven en territorios de nuestro interior profundo. Queremos promover territorios de buen vivir, desde la especificidad del tema que nos convoca hoy, pensar la salud mental desde los derechos humanos y más, desde los derechos de la vida: de las personas, las comunidades, derechos de la tierra y de una comunión espiritual con el mundo encantado. Pensar la salud y no desde la enfermedad, la salud es lo que se debe pensar primero desde una sociedad convivencial esto es con vínculos y relaciones gratificantes con las cosas y las personas. Trabajar en Salud mental es promover entramados, redes sociales de cuidado, de buen vivir, que integren y sean generadores de factores de protección. A eso nos hemos convocado hoy, a conversar, para poder habitar otros mejores mundos posibles".



## > Mesa de experiencias destacadas



### 3. MESA DE EXPERIENCIAS DESTACADAS

#### DIRECCIÓN DE SALUD DE LA INTENDENCIA DE CANELONES.

Exposición de ARACELIS DELGADO. Para la Intendencia de Canelones la salud ha tenido desde 2005 un lugar especial con el desarrollo de una Dirección de Salud para responder a las necesidades de nuestra comunidad. Eso fue mutando con el tiempo. En este último periodo, en estos 7 años ha cobrado una importancia también en lo presupuestal. En el periodo pasado y en sintonía con la Red MCS se fue generando el programa "Planes Locales de Salud" que procura el involucramiento y el saber territorial. Que una política de salud no aterrice en el territorio, sino que éste pueda nutrir la política de salud y en esto los gobiernos locales son privilegiados por el contacto con la gente. Surgen los Planes Locales de Salud por el año 2015, veo acá personas de los Grupos Motores de dichos planes. El objetivo es trabajar la salud desde la integralidad, actuando sobre los determinantes de la salud, es decir sobre los factores que nos hacen estar sanos. Trabajamos desde diagnósticos locales. Uds. saben que Canelones tiene 30 municipios y son absolutamente distintos uno de otro. Por ej. San Bautista y Castellanos que están a 7 km de distancia y sin embargo sus necesidades son diferentes. No solo actuamos desde lo asistencial sino sobre cuáles son los determinantes. A veces tienen que ver con la accesibilidad, el transporte, la recreación y el ocio. Desde esa diversidad territorial fueron conformando Grupos Motores de Salud integrados por vecinos e instituciones. En el ejemplo de Parque del Plata presentaron un proyecto sobre la salud mental de los adultos mayores porque detectaron síntomas de depresión en una población donde las personas mayores van migrando hacia la costa. Este proyecto apuntaba a la prevención de la salud mental. Pasada la pandemia esto se desmanteló un poco, comenzamos a encontrar en que la situación de salud fue empeorando. En ese sentido surgió el programa "La Salud en Tu Barrio" que tiene que ver con equipos de médicos, enfermeros, psicólogos, que empezaron a ir a ver a las personas en sus domicilios. La incorporación del psicólogo en el equipo permitió abordar la salud mental. Esto surgió en pandemia como intervención ante la imposibilidad de las personas de trasladarse a un centro asistencial. Se vieron allí las dificultades para acceder o sostener los tratamientos. Y problemáticas como el suicidio. Decidimos que este programa iba a acompañar a las personas, una derivación amortiguada al sistema de salud. Las instituciones deben ser garantes para que las personas puedan llegar a donde se van a atender sus problemas. Este año iniciaron otro programa que se denomina "Canelones Salud Integral" generando un circuito de salud donde esté incluida la salud mental, trabajando sobre los determinantes sociales, con el empoderamiento de la población y la posibilidad de capacitación, de decisión, con la idea de sentirnos iguales. Para que todos tengamos los mismos derechos que los otros. Funciona también una Mesa de Salud Mental que coordina la Intendencia de Canelones donde participa la IND-DHH, la dirección de las Colonias psiquiátricas, con participación desde lo cultural. También existe la Junta Departamental de Drogas donde participan distintas instituciones trabajando sobre el consu-

mo problemático. Hay que romper las hegemonías, necesitamos herramientas y estrategias nuevas para problemas nuevos. Si podemos trabajar juntos instituciones, sociedad civil, organizaciones y la academia los procesos y los resultados serán mejores por la calidad de vida y el bien de todos.

## **MESA LOCAL DE SALUD MENTAL DEL OESTE DE MONTEVIDEO**

Maria Eugenia Vinar y Mario Bentancor explicaron que la Mesa Local de Salud Mental del Oeste de Montevideo es un espacio abierto y horizontal que convoca la Organización de Usuarios de Salud del Oeste OUSO. Comienza a funcionar en forma permanente desde 2019 con antecedentes desde 2014 cuando se produce un retraimiento de los dispositivos de atención de salud mental en la zona. La idea es que las autoridades junto con los actores del territorio vayan identificando y atendiendo distintos problemas. A partir de 2019 funciona en forma mensual y desde 2021 comenzaron reuniones semanales de distintos equipos porque el volumen de trabajo fue aumentando. Lo interinstitucional significa que la integran distintos actores, algunos son organizaciones sociales como la OUSO y también distintos colectivos de salud mental, grupos de liceales organizados, servicios de salud del Estado, áreas de la Udelar, Inau, Dpto Integral del Estudiante de Secundaria, Dirección Dptal del MSP. Estos distintos actores van construyendo un enfoque, y reconstruyéndolo permanente. Quieren hacer el énfasis de trabajar sobre los factores protectores que tienen las personas y las comunidades para sostener la vida, la fuerza que la propia comunidad tiene para sanar y todas las actividades de redes que eso implica.

La concepción global de la MLSMO es precisamente el Oeste con sus aspectos positivos y negativos. Desde la globalidad se ven los demás aspectos. Es a la inversa de lo que ocurre habitualmente en que las instituciones miran la realidad desde su ángulo y con esa perspectiva arman su proyecto. Acá se crea un colectivo de miradas, con diferentes instituciones estatales, por ej. la articulación entre la División Salud y las comunidades. Esa mirada global implica poder identificar las dificultades y también las potencialidades y los lugares que promueven buena vida, productores de salud. Eso es lo central. Lo asistencial es parte de la cosa, pero el énfasis es que todos podamos vivir mejor y por eso la centralidad son los vínculos que tenemos entre las personas y los colectivos. Si son vínculos sanadores o podés tener vínculos enfermantes, poco respetuosos de la dignidad de las personas. Los espacios de vinculación son fundamentales en una estrategia con énfasis comunitario. Todo esto implica una transformación no solo de la realidad externa sino también de nosotros mismos. Estamos cambiando la forma de vincularnos. Somos parte del problema y a la vez la solución, todos, incluyendo los integrantes de la MLSMO y las instituciones con sus luces y sombras. Las transformaciones son necesarias tanto en el afuera como en el adentro, en un diálogo con el afuera y el adentro.

Trabajamos desde la des-manicomialización, desde el cuidado colectivo, la celebración de las diferencias y el buen vivir. Como decía Aracelis, la vivienda, la alimentación, la recreación, la educación,

la salud son cuestiones relevantes que tienen elementos estructurales y vínculos en los que se expresa el sostén colectivo, que las tramas comunitarias pueden potenciar y transformar a partir del trabajo en red, las relaciones horizontales. Las personas pueden asumir un rol activo y resolver los desafíos colectivamente y la MLSMO es un espacio de desarrollo de este enfoque convocado por las propias tramas diversas incluidas las organizaciones comunitarias. No se deja de pensar en la singularidad de las personas, pero también se piensa en la pertenencia a colectivos activos para la construcción de autonomías y de vida digna.

Hay que romper con la separación entre recursos estatales y comunitarios. La comunidad es un todo con sus luces y sus sombras. No solo la rigidez de tener una línea de trabajo y si la realidad no encaja peor para ella. Es otra cosa, es la idea es que los recursos de la comunidad son también los de las instituciones, con su capacidad de cambio. Eso lo hemos vivido como cambios en las practicas institucionales a partir de estos procesos. En la MLSMO hay estrategias que van teniendo influencia en las instituciones. No hay una autoridad de la MLSMO, somos todos. Eso hace también al sentido de pertenencia a la Mesa Local, que permite que personas que se desvinculan institucionalmente mantienen la relación a nivel militante. Es cierto que los problemas son grandes y pisan fuerte, pero la forma de pensar y la actitud tejedora que promovemos desde la mesa es una forma de abordarlos.

## **MESA LOCAL DE SALUD MENTAL DE CANELONES**

Monica Giordano integra el Área de Salud Mental de la INDDHH y desde ese lugar relata la labor de la Mesa Local de SM en Canelones. La INDDHH tiene competencias específicas en la aplicación de la ley de salud mental y en ese sentido asumen el gran desafío de promover la implementación del Plan Nacional de Salud Mental. Debemos construir políticas que se traduzcan en soluciones a las personas que están transitando problemas y también prevenir otras. Se trata de políticas territoriales en los distintos departamentos. Este es un elemento complejo del Plan de Salud Mental porque no quedó contemplada la participación de los distintos departamentos y la creación de los dispositivos alternativos. Uno de los departamentos en que se encaró la implementación del Plan fue Canelones y se formó una Mesa que permitió abordar el cambio cultural que implica la ley. Sobre todo, entender de que todos los organismos del Estado tienen que poder tomar en sus agendas el tema de la salud mental e integrarlo en su presupuesto para pasar del modelo sanitarista al modelo más integral. Si bien no ha funcionado en 2023 la idea es potenciar las características locales y en este caso fue promovida por las organizaciones sociales como la Federación Caminantes cuya representante Perla Vivas está presente acá. Junto con la Intendencia son quienes han estado convocando a esta mesa. Falta fortalecerla como también se precisa fortalecer las gobernanzas locales a nivel de las políticas de salud mental (y en otras políticas). Para que la ley se aplique a nivel nacional deben afirmarse los espacios departamentales y las intendencias son claves para llevar adelante estas políticas intersectoriales. Otro aspecto destacable de esta mesa es que están las Colonias Santin



Carlos Rossi y Seremos que impactan directamente en Canelones y en particular en la ciudad de Santa Lucía. Por eso se armó un grupo de trabajo específico para abordar el tema de las Colonias para poder realizar la desinstitucionalización y el cierre de los dispositivos monovalentes para el 2025. Obviamente estamos en un problema en este sentido, pero se están haciendo esos procesos de egresos en clave de derechos humanos. Otro componente es la Ciudad de la Costa porque Canelones es enorme y diverso, lo que constituye un desafío para la Mesa que es responder a esas particularidades. También importa la articulación con la Mesa Nacional que coordinan el Mides y el MSP. Eso genera dinámicas que permiten convocar a otros actores, instituciones y ministerios competentes y poder encarar el cumplimiento del Plan de Salud Mental.

## **PROYECTO LAS MANOS**

Paola Bombau, psicóloga, referente y fundadora de la Asociación Civil Las Manos expuso sobre este proyecto que cumple 5 años y trabaja sobre la recuperación psíquica de personas con sufrimiento mental. Nace de un proyecto de pasantías remuneradas en espacios abiertos, huertas, para usuarios de salud mental en aquel momento en el Hospital Vilardebó. Es así que usuarios que pasaron por esa experiencia y técnicos (psiquiatra y psicóloga) elaboraron una inserción laboral y social de quienes en algún momento habían padecido sufrimiento psíquico. Mediante el trabajo y la rehabilitación de aquellas pasantías laborales estas personas pudieron fortalecerse y tener el deseo de un proyecto de vida vinculado a un derecho de todos los individuos como es el derecho a un trabajo digno. El proyecto se sale de las paredes del hospital psiquiátrico para desarrollarse en el medio rural con determinadas características, en consonancia con la ley de salud mental, que brega por la autonomía de las personas con problemas de salud mental. Se apunta a fortalecer la labor en Canelones, por su dimensión con una población rural inmensa. En esa historia se comienza con la articulación con la Sociedad de Fomento Rural que fueron quienes facilitaron la obtención de la personería jurídica y un terreno cedido por la Comuna Canaria que hoy son 4 hectáreas. Como primer servicio está el Centro de Actividades Diurnas, con actividades polivalentes recreativas y productivas, huertas y talleres, buscando proveer herramientas para los participantes. Actualmente se está construyendo el invernáculo con fondos de OPP y del Municipio de Salinas del cual depende la jurisdicción del padrón adjudicado por la Comuna Canaria. Otro aspecto es el Espacio de Rehabilitación y Recuperación Psíquica que promueve el entrenamiento y posibilidades de inclusión laboral con vínculos con productores de la zona. El tercer espacio trabaja sobre la importancia del acceso a la vivienda y en particular la modalidad de viviendas asistidas. En el Artículo 13 de la ley de salud mental se plantea que se fortalecerá el desarrollo del Plan Nacional de Vivienda, para personas con trastornos mentales severos. Se promoverá la creación de cooperativas de viviendas de personas que hayan pasado por trastornos mentales. Los valores que sustentan el proyecto son la armoniosa convivencia en comunidad y la naturaleza, solidaridad, el respeto, el cuidado de las demás, la autonomía, la coparticipación activa

de la población local, posicionando a las personas como sujetos de derechos.

Existieron diferentes etapas, apoyos, articulaciones, en especial de la Intendencia de Canelones, Municipio de Salinas, Agencia de Desarrollo Rural, del Hábitat, INDDHH, distintos colectivos que se fueron acercando, vecinos de la comunidad, ASSE, Asociación de Biodanza del Uruguay, Agrupación de familiares de usuarios de salud mental, Centro Psicosocial de Pando, entre otras. Se buscó que los usuarios de Pando puedan acceder al centro Las Manos. Este proyecto ha dependido siempre del apoyo del Estado. Sabemos que la salud mental es importante para Comuna Canaria y este espacio puede demostrarlo. Reivindican un espacio de diálogo permanente. Forman parte también de la Mesa Local de Salud Mental, como asociación civil. Estas coordinaciones son fundamentales para articular y apoyar los proyectos en esta materia, con apoyo intersectorial del Estado como dice el artículo 11 de la ley. Para finalizar: “la salud mental es la base para una vida feliz y plena”.

## **RADIO VILARDEVOZ**

Alba Villalba y otros cuatro representantes hablando en primera persona para ustedes. Este proyecto tiene 25 años en un espacio participativo que saca la voz de los internos del Hospital Vilardebó. Este hospital tiene un paradigma que se está luchando para cambiar por otro nuevo de DDHH, de vida, de lucha, de construcción donde las personas dejen de ser cosas y pasen a ser sujetos de derechos. Tenemos que estar locas y locos organizados para redistribuir democráticamente la locura. Justamente la radio surge en 1997 con participación de los pacientes internados y estudiantes que ingresan al proyecto. Arribar a la ley, desembarcando incluso en el Teatro Solís, artistas, locos y contentos mostrando a la gente que somos personas que tenemos derechos. Que la sociedad es diversa y nos puede pasar a cualquiera. Desde esa empatía y ese lugar queremos abordar la salud mental. ¿Qué transformamos en nosotros mismos para ver lo que es la locura? Rechazamos el estigma de la locura. Nos hemos apropiado de ese término: la locura. En ese proceso que es abierto y larguísimo participan estudiantes de distintas disciplinas. Vamos formándonos en ese intercambio de aprendizajes, en esa educación popular que nos hace iguales, que nos da nuestra propia voz, para que nadie hable de nosotros sin nosotros. Somos personas, tenemos voces y las usamos.

Hoy en día Vilardevoz está funcionando en un local de la Ciudad Vieja a partir del apoyo de la Intendencia de Montevideo por un proyecto que presenta la radio para fincas abandonadas. Compartimos nuestra locura. No hay ningún técnico en esta presentación. Es un ejemplo de cómo Vilardevoz jerarquiza la palabra de los usuarios. Los sábados se sale al aire por una aplicación. La antena quedó en el hospital luego de que en la pandemia se detuvieran las actividades de la radio en el Vilardebó. Esto implica que se corta la FM 95.1. Todos los sábados desde las 9y 30 a 13 hs se sale al aire. Durante la semana se realizan talleres que tienen que ver con el arte, con la música. Los jueves hay un taller central donde se discuten los temas de agendas y actividades. Los viernes hay un taller de producción.

Marco, participante y activista, destaca que en 1997 Vilardevoz comenzó como proyecto de comunicación alternativa en DDHH para dar la posibilidad de expresarse a las personas internadas en el Vilardebó. Hoy la transformación fue potente porque los límites del encierro grande por fuera que impuso la pandemia nos permitieron instalarnos en el nuevo local, nos amplió más el panorama, la responsabilidad y los retos, nos hizo vincularnos más con la comunidad. De esa forma salimos del encierro de los límites que nos han puesto. Todavía hay muchas personas están en situación de exclusión, en situación de calle. Hubo la voluntad de personas que quisieron cambiar el paradigma clásico y la comunicación es todo, por fuera de lo que muestran los grandes medios comerciales. Debemos saber que existe otro mundo tan real como el que vemos habitualmente. Vilardevoz ha sido un pequeño cambio en el surgir de este enorme mundo mediático alternativo. Eso está buenísimo porque es una forma de crear un mundo nuevo y poder a través del arte, la comunicación y la expresión, como artistas universales de comunicar con locura. Viniendo de una fuente tan sufrida como es el encierro. Cuando hay comunicación no hay encierro. Estamos dando pasos agigantados hoy. Se trata hoy de comunicar y celebrar estas experticias de intercambio de aprendizajes y es el orgullo de integrar la Comisión de Contralor para que la ley 19529 se cumpla. En esta ley, en esta integralidad se atiendan las necesidades de la salud mental. Aún hoy los pasos son débiles, pero seguimos pensando a dos años del 2025 en esa des-manicomialización.

Patricia Pitanga, relata que este año se enfermó, estuvo internada, la ataron, "estoy tomando medicamentos, tengo trabajo estable, tengo mis estudios y voy a hacer todo rápido".

Dar voz a los que no tienen voz. La censura invisible, Los medios pasan siempre por la televisión, Gran Hermano y no se habla de lo que es importante. Invitación a lo que está haciendo Vilardevoz. Se nos abrió la puerta a un barrio y tuvimos que aceptar las relaciones con los vecinos y vincularnos de otra manera. Todos los actores están involucrados desde la horizontalidad y desde la idea de aportar, ver emprendimientos y vernos sin piedad, como sujetos activos. Terminamos con una poesía porque hacemos poesía en la radio:

*Censura invisible,  
estructuras que te controlan,  
que te encierran y te joroban.  
Vilardevoz una radio activa,  
que te empodera,  
que no te contamina,  
que transforma la vida,  
que transforma la locura y  
transforma fincas abandonadas en espacios de voz y para vos.*

## SUPERARTE

Oscar Calistro trabaja en el centro de adicciones El Jagüel desde hace 10 años, como docente de arte, promoviendo la recuperación de los chicos a través del arte. "Una de las cosas que hacemos es justamente trabajar en el tema de la creatividad. Hacer que los gurises sean más creativos, porque uno de los problemas hoy es que no saben cómo trabajar las frustraciones, cómo hacer para salir de su problemática a través de los mecanismos que normalmente tienen. Son excluidos. ¿Cómo hacer para que empiecen a quererse más a ellos mismos? En el taller de El Jagüel tienen una dinámica para trabajar la recuperación de los vínculos familiares a través de un cartel tan simple que dice "Mamá te amo" o "Papá te amo". Esa cosa de empezar a decirlo, pero expresarlo a través de una tabla pintada o tallada por ellos que luego estará en la casa de su familia, mientras ellos todavía se están recuperando. O que se frustren para que se den cuenta que hay que arrancar de nuevo. Muchas veces piensan que el éxito está por un lado y el fracaso por otro y no se dan cuenta que hay que pasar por el fracaso. Hay que enseñar a fracasar para poder tener éxito. Maldonado es uno de los departamentos que tiene más suicidios en el país. Después del boom de la construcción se han formado barrios que son guetos, que ahora están sacándolos, pero falta trabajo social. Solo están trasladando personas de un lugar a otro. Donde vivían no tenían trabajo, pero salían a pescar. Ahora donde fueron trasladados se están peleando unos con otros. La deconstrucción social es tremenda. Tenemos que empezar a trabajar en territorio. No es lo mismo La Capoeira, el Barrio Kennedy, el Pueblito Obrero, Piriápolis, Pan de Azúcar. Tenemos problemas muy fuertes en Cerros Azules que es un barrio. Hay robos que expresan problemas. La pata tiene que ir al barro, tenemos que vincular, hacer que el Estado, el municipio, la intendencia, se pongan a trabajar allí. Estamos condenados al fracaso si no se aborda ese trabajo en los territorios. A veces estamos escondiendo el problema y no construyendo soluciones. Hoy un balneario tan hermoso como Piriápolis está teniendo problemas con balaceras nocturnas y no son solo bocas. Hay que trabajar más en los territorios y con los temas que preocupan a los adolescentes.

> **Vídeo de Superarte: Reproducir**

## RED DE ADULTOS MAYORES. REDAM

AGUEDA RESTAINO integrante de la Red de Adultos Mayores REDAM destacó que lo bueno de estos seminarios es en que uno tiene la posibilidad de escuchar, transversalmente, las distintas voces: personas que trabajan con la comunidad, profesionales, algunos políticos y gente común. Se me ocurren algunas preguntas para analizar si nos escuchan. ¿Qué siente el otro? ¿Cómo podemos ayudarlo? ¿Qué hacen los profesionales de la salud en este tema: escuchan? En el tema de salud es donde menos nos escuchan.

Dice Alice Duer Miller que “Escuchar no se reduce a no hablar, aunque incluso eso está más allá de la mayoría de nuestras capacidades; significa poner un interés vigoroso y humano en lo que se dice”. Esto es muy difícil de conseguir, poco tiempo de atención, demora en conseguir un lugar para el médico y cuando se va nos olvidamos porque habíamos pedido consulta. La escucha –dicen- es el preludio de la intervención. En este sentido considero muy importante estos seminarios previos, en el caso de las Personas Mayores, no solo, no somos escuchados, sino además somos invisibles. El envejecimiento debe ser mirado como algo propio porque todos envejecemos para llegar a la vejez, pasando por todas las etapas del ciclo de vida, sin embargo, no nos interesa el tema porque no atrae, por eso, en esta Red me parece sumamente importante tomar el tema, es transversal a lo largo de la vida. Si bien, el seminario es salud mental, vemos que cuando hablamos de salud encontramos que toda la salud tiene un componente de salud mental, porque el aislamiento, la soledad, la inactividad, tiene un componente psicológico muy importante aumentando las depresiones. Acá hago un paréntesis para decir cómo llegamos a hoy después de la pandemia; un falso proteccionismo, con un componente de infantilización tratándonos como niños, los “viejitos” los “abuelitos” deben cuidarse, aislarse, quedarse adentro, etc. Esto llevó, a que aún tantos meses después las personas mayores temen salir, no encuentran un espacio contenedor, no se integran a los grupos etc. Aquí cierro paréntesis y hago hincapié en la importancia que tiene la participación, el encuentro con el otro, el abrazo, La participación para hacer efectivos nuestros derechos como dice la Convención: En el derecho a la participación e integración comunitaria. La persona mayor tiene derecho a la participación, productiva, plena y efectiva de la familia, la comunidad y la sociedad para su integración en todas ellas. Conociendo esto y participando, hacemos que se cumplan nuestros derechos, que son parte de nuestra salud mental, tomándolos como una construcción positiva. Recordando que el concepto de vejez como decrepitud y pasividad tiene consecuencias en la salud mental y en el tema de ejercicio activo de los derechos. Importan las emociones, el distanciamiento, el temor, la falta de atención preventiva en la salud, la falta de escucha del profesional. En fin, debemos tener claro que la vejez es una hermosa etapa de la vida, de disfrute, de enseñanza y de aprendizaje, nadie nos dijo como era esta etapa y lo aprendemos solos, pero es necesario correr mitos y prejuicios, la discriminación, el abuso y maltrato, pero para todo esto debemos estar presentes, comunicados y con conocimiento de nuestros derechos.

En este sentido insistimos que el trabajo de la Red de Organizaciones de Personas Mayores (REDAM) es muy importante, trabaja en todo el país, tratamos estos temas que son, nada más que, el cumplimiento de los Derechos consagrados en la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobado en nuestro país por la ley 19430 donde en el art. 19, Derecho a la Salud dice que la persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación. Se habla que los estados deben implementar políticas públicas de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción en salud y la prevención en todas sus etapas. En el inciso H dice promover el desarrollo de servicio sociosanitarios integrados espe-

cializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generen dependencia, incluidas las demencias y la enfermedad de Alzheimer. En este sentido hasta el 2019 fuimos colaborando con Inmayores incluso en el 2do. Plan de envejecimiento y vejez, tomando 8 ejes centrales basados en la Convención y uno de ellos fue Salud, en el eje de seguridad física y autónoma, donde las líneas de acción, las acciones y organismos responsables eran los puntos desarrollados como estrategia. Pero desde el 2020 con cambio de autoridades y pandemia no hemos podido lograr trabajar juntos y llegar al 3er. Plan. Estamos tratando de recuperar estos tres años que han vulnerado nuestros derechos y tratamos de conseguir la continuidad de los temas, no como algo nuevo sino como continuidad del 2do Plan, haciendo una evaluación para tomar en cuenta lo que se cumplió y lo que falta, para hacer el 3er Plan de Envejecimiento y Vejez.

## COMUNICACIÓN Y SALUD

Pablo Anzalone explica que para aportar a la Conferencia de Salud Mental y Abordajes Comunitarios la Red de Municipios y Comunidades Saludables realizó un encuentro con la Mag. Carla Muñoz para conversar sobre Comunicación y Salud a partir de su tesis de maestría que recoge una investigación al respecto.

### > Ver vídeo: Conversando sobre comunicación en la salud con la Mag. Carla Muñoz

La tesis de Carla Muñoz avanza en una temática poco analizada de los vínculos entre la comunicación y la salud, a pesar de que es reconocida la importancia de una para la otra 1. En ese encuentro surgió la iniciativa de elaborar una ponencia colectiva sobre Comunicación y Salud Mental para presentar en la Conferencia. Desde la Red MCS participamos de su redacción y discusión Elizabeth Meizoso (Onajpu), María Seijo (Mun A), Jorge Bentancur y Ricardo Larrañaga (Org. Usuarios del Oeste), Doris Rodríguez (Mov. Nal Usuarios), Gabriel Tapia (Red MCS Alames), Gerardo Falco (Médico de familia zona rural de Montevideo), Zoraida Fort (As. Nurses Uruguay), Zulis Goyen (Org. Usuarios Durazno), Mariana Pereira y Graciela Loarche (Inst. Psicología de la Salud Fac. Psicología), y Pablo Anzalone. Contamos asimismo con observaciones de Carla Muñoz y Milton Romani.

## “QUE NO NOS SEA INDIFERENTE” DIEZ IDEAS FUERZA PARA UNA COMUNICACIÓN EN SALUD MENTAL

### Fundamentos

» La comunicación es fundamental para todo el campo de la salud en sus varias dimensiones. Tanto para entender el proceso salud enfermedad, como para atender adecuadamente la enfermedad, y más aún para avanzar en la prevención y promoción. Comunicación entre el sistema de salud y la

población y también dentro de la sociedad para cuestionar los determinantes que afectan la salud y transformarlos. Hay factores de riesgo en el territorio que pueden dañar la salud mental, la violencia doméstica, la violencia en el barrio, la falta de trabajo y el acoso laboral, falta de acceso a los recursos básicos, discriminación y exclusión social (discapacidad, raza, género, religión, etc.).

» En la salud mental ha operado un paradigma centrado en el encierro, el estigma y la medicalización que condiciona toda la comunicación al respecto. Las personas que enfrentan problemas de salud mental se sienten estigmatizadas y discriminadas cuando se las define por su enfermedad sin tener en cuenta al usuario como sujeto de derecho, estimulando su compromiso con el proceso de recuperación. A su vez la comunicación utilizada refuerza el paradigma dominante y es una de las condiciones de su funcionamiento, en el cual a los usuarios se les asigna un rol pasivo. Para este paradigma los problemas de salud mental son siempre patologías individuales y se resuelven con medicación y encierro. No se privilegia el vínculo social como explicación del malestar y tampoco el vínculo personal o alianza terapéutica como claves de abordaje de salud.

» Como en otras áreas (y posiblemente más aún) faltan análisis y estrategias para identificar y para modificar los determinantes de los problemas de salud mental. Las inequidades por razones sociales, económicas, género y étnicas operan mucho también aquí. La población de mujeres con problemas de salud mental es un ejemplo. Vemos que son escasas las políticas de promoción positiva de la salud mental.

» Se pueden analizar distintos modelos de comunicación, así como también diferentes modelos de abordaje de la salud (Carla Muñoz 2023<sup>1</sup>). Estos modelos pueden mezclarse en la práctica, pero es útil poder diferenciarlos para definir el tipo de comunicación que queremos promover. Muchos puntos de vista suponen que las personas son receptores pasivos de la comunicación que emiten algunos. Esa separación estructurante de emisores y receptores consolida relaciones de poder asimétricas y subestima la complejidad de los roles en la sociedad. Esta concepción no solo afecta a los grandes medios sino también locales y muchas veces a las organizaciones o instituciones a su interna y en su vinculación con el medio.

» Se discuten hoy nuevos paradigmas en salud mental, Hay países que han dado pasos hacia una manera diferente de concebir y responder a la salud mental. En Uruguay hay algunas experiencias valiosas de abordajes alternativos al encierro y la medicalización. ¿Cómo piensan la comunicación? ¿Qué comunicación es necesaria para construirlos y para que funcionen?

---

1- Muñoz, Carla (2023) *La comunicación y los comunicadores en las políticas públicas de salud en Uruguay*. Tesis de Maestría. Facultad de Información y Comunicación. Udelar

## **Diez ideas-fuerza para la comunicación en salud mental**

1. **La salud mental importa.** Una comunicación que ponga el énfasis en asumir la relevancia de la salud mental para todos. Reconocer la importancia que tienen los suicidios, los usos problemáticos de sustancias, los problemas de salud mental requieren información, sensibilización, involucramiento para visibilizarlos y generar transformaciones.
2. **Diálogo, escucha, empatía.** Comunicación dialógica implica saber escuchar. Requiere tener empatía con lo que sucede a los demás. Esto ayudará a generar un clima de confianza y de buscar juntos la solución. La comunicación que queremos busca promover un rol proactivo de las personas. Todos tenemos que hacer cosas para que la realidad cambie. La salud debe ser pensada y abordada como un problema común y una construcción colectiva. La salud mental está antes, en los buenos vínculos y la buena vida. Tenemos que promover comunidades de convivencia, de cuidado, donde todos estemos incluidos. El lenguaje debe ser claro, simple y entendible para que el usuario pueda comprender y establecer un diálogo de igual a igual.
3. **Contra la inequidad, el estigma y la pasividad.** La comunicación que aspiramos se plantea deconstruir los paradigmas de la inequidad, el estigma, la medicalización, la “pasivización” que implica asignar un rol pasivo al usuario que espera que otros le solucionen sus problemas. La construcción de nuevas formas de ver, pensar y existir es necesariamente una co-construcción de responsabilidad común y compartida.
4. **Apoiada en información veraz.** La información veraz es muy importante en tiempos de noticias falsas y de manipulación de la realidad. Hay que ser cuidadosos respecto a las fuentes de la información que circula, confirmar antes de difundir y mantener una actitud crítica. La información es poder y por eso importa democratizarla.
5. **Enseñar y aprender.** La consejería desde el sistema de salud es necesaria, pero si se piensa en forma unidireccional desde los que saben hacia los que no saben, si no hay diálogo, empatía, escucha y acción transformadora, no logramos una comunicación adecuada. La comunicación en salud de esta propuesta va indisolublemente ligada a la educación popular y a la participación comunitaria.
6. **Con mirada estratégica.** Hay una dimensión estratégica de la comunicación en salud mental que pasa por promover el cumplimiento de la ley 19529, las transformaciones en el sistema de salud y cuidados en esa dirección y el cambio en el paradigma hegemónico de abordaje cultural, sanitario y de protección social. También de experiencias territoriales o municipales en ese sentido.



7. **Que no nos sea indiferente.** Hay dimensiones más cercanas que implican dar respuestas a los problemas más acuciantes, más dolorosos de la situación actual: el incremento de los suicidios, de las conductas violentas, de los consumos problemáticos, de las personas en situación de calle entre otros. "Que no nos sea indiferente" es un núcleo fuerte de toda comunicación en estos temas. No podemos resignarnos a una realidad que cuestiona derechos humanos fundamentales.

8. **Diagnósticos locales participativos.** Para actuar sobre estos problemas críticos debemos ser capaces de hacer un diagnóstico que incorpore la dimensión territorial y local además de la nacional. Dar lugar a la palabra, escuchar a las personas que padecen o han tenido un diagnóstico de salud mental. Abrirse al reclamo tantas veces escuchado: "nada sobre nosotras, sin nosotras". ¿Cuáles son los problemas que cada uno identifica al interior de su comunidad y su familia? Es un desafío desde dos miradas, que no nos sean indiferentes los problemas que se plantean a nivel de salud pública, pero que tampoco nos sean indiferentes los temas que le preocupan a nuestras comunidades en relación a la salud mental (C. Muñoz).

9. **Planes y trabajo en Red.** La capacidad de formular, proponer, organizar planes de acción concretos desde una mirada intersectorial con énfasis en la participación de la comunidad, debe ser construida colectivamente, con esfuerzos planificados y trabajo en red. Importa poner el énfasis en los entornos, en los ambientes amigables, saludables, protectores, participativos.

10. **Hay que pensar juntos la comunicación.** Generar instancias colectivas para ese pienso. Hay que asegurar que se escuchan las distintas voces. Hacer planes, llevando a la práctica acciones comunicativas y aprender de los errores. Porque el error es la base del aprendizaje, muchos tienen miedo de hablar por equivocarse, sin embargo, el camino es hacer, equivocarse, corregir y volver a hacer. Arrancamos desde preguntas ¿qué es la salud mental para vos? ¿Qué temas nos preocupan? (a nivel individual, comunitario, del sistema de salud, en la relación médico-paciente), ¿qué iniciativas crees que pueden impactar en cada uno de estos aspectos?, ¿qué puedo/podemos aportar a esta iniciativa?, ¿qué comunicación queremos para abordar qué problema o situación de salud? ¿A través de qué medios? (C. Muñoz)

Propuesta de trabajo: desarrollar una investigación hacia el congreso Pablo Carlevaro que recoja las percepciones sobre la comunicación de colectivos y personas involucradas en las temáticas que se abordan en las conferencias preparatorias sobre salud mental, primera infancia, adolescencias, personas mayores y abordajes territoriales en el norte del país.

## OTRAS EXPERIENCIAS

> Ver vídeo: Intercambios que sanan - Experiencia Huerta Los Compañeros, dispositivo de inclusión socioproductiva



## > Presentaciones de libros



## 4. PRESENTACIONES DE LIBROS

### 4.1 - Presentación del libro Ejedesencuadrá de Agustín Barua

Este libro "Ejedesencuadrá: Del encierro hacia el vy'a. Libertad, cuidados, diversidad psíquica, comunidad" fue presentado en la Conferencia sobre Salud Mental por su autor el siquiatra paraguayo Agustín Barúa. En este mismo período el libro fue premiado con el segundo lugar en el llamado "Ensayo Pensar Nuestra América con Categorías Propias" 2023 en la Feria Internacional del Libro de Buenos Aires 2023 (FILBA) Argentina. En la conferencia de Atlántida Canelones como en la Feria del Libro en Bs. Aires Agustín Barúa Caffarena desarrolló un conjunto de ideas que recogemos parcialmente en este capítulo con el título "Ejedesencuadrá, un mejunje".

"¿Cómo es que la psiquiatría hegemónica sigue sosteniendo, ante una situación de crisis en salud mental, que lo que hay que hacer es, tomar a la persona a la fuerza, llevarla obligada a un lugar desconocido por ella, encerrarla, llenarla compulsivamente de psicofármacos y dejarla allí sola? De esta y de otras preguntas sale este ensayo, que originalmente iniciamos con otros dos psiquiatras en Asunción, merendando y hablando de las veces que nos habían expulsado de instituciones y países. "Más que psiquiatras 'críticos', somos psiquiatras 'en crisis'", bromeábamos en serio. Presto hoy, de nuestras abuelas, una palabra para el título: mejunje. Este ensayo lo es, tiene tres ingredientes:

» El primero es la Des-manicomialización en cuanto a apuesta ética, política, técnica y afectiva que entiende que no hay salud mental, sin derechos, sin humanidad. En el 2015 estábamos en Caaguazú, al centro de la Región Oriental en Paraguay, en un taller sobre salud mental y educación popular; cuando usé la palabra "des - ma - ni..." casi no pude decirla, se negaron a usarla; temeroso, pregunté "¿y cómo podemos decir 'des-manicomialización' en paraguayo?". Elías Martínez, campesino caaguaceño, se le ocurrió "Ejedesencuadrá", palabra yopará, mezcla de guaraní y castellano, que significa des encuádrate, des rigidízate, busca tu sensible forma de ser contigo y con el mundo.

Ejedesencuadrá se fue tejiendo durante estos 20 años de trabajo con 4 transversalidades:

- » los cuidados, entendidos no como propiedad exclusiva de lo profesional;
- » las libertades, como el arte de construir salud mental más allá de los miedos;
- » la diversidad psíquica, como el comprender, acompañar y validar la heterogeneidad humana;
- » y lo comunitario, ya que importa bajo cuál árbol tomas tereré cada día, qué gusto de empanadas preferís, cómo se llama tu gata... la vida no acaba en la semiología psiquiátrica.

Ejedesencuadrá es ir más allá del maniqueo “cordura buena - locura mala”. Proponemos este cambio:

- Necesitamos la locura para concretar tres verbos íntimamente humanos: cambiar, crear, arriesgar; ¿se imaginan una humanidad sin ellos? Sin embargo, la sola locura es la muerte, pues no nos cuidamos nada.
- Necesitamos la cordura, pues ella representa el cuidado: en exceso se vuelve terror y desconfianza, que nos insensibiliza y encierra; produce, como define Joyce McDougal, lo normópata o como resumía una antipsiquiatría en los años cincuenta “para la psiquiatría, la normalidad es como una hilera de repollos: quietos, callados, iguales”.

Cuento una historia: Sabino era un vecino del bañado Tacumbú. Bañados le decimos en Asunción a los barrios ribereños entre el Río Paraguay y la ciudad alta. Cuando lo conocí, Sabino ya traía un montón de diagnósticos psiquiátricos. Después de visitarlo en su casa, salía siempre con una sensación de estancamiento y vacío, ¡hasta que un día jugamos fútbol de salón juntos!: llegó con champions blancos, medias zoquetes y una remera de fútbol raída ¡y era un jugador sublime!: pausaba, distribuía, asistía con preciosismo.

» El segundo ingrediente es la antropología. De ella resaltamos dos cuestiones:

La primera, su apuesta a cuidar las diferencias humanas. Frente a las furias diagnósticas, sostener lo humano en tanto madeja singular, mutante, inabarcable, misteriosa. La segunda, su puesta en valor de lo cotidiano próximo: Hace unos 10 años, en el barrio donde está

Cateura, el vertedero municipal de basuras de la capital, una agente comunitaria pidió que hagamos una visita domiciliar a una mujer por “problemas con el alcohol”. Al llegar donde vivía, todo su patio estaba cubierto por basura reciclada y clasificada. Contó que, para trabajar, usaba un carrito empujado a mano; dimensioné los kilómetros que hacía cada día y pensé en el tráfico, el calor, los raudales, el acoso. Al salir, le dije a mi compañera “si yo fuera ella, re chuparía... ¡El menor de sus problemas era el alcohol!”. Esa proximidad a su cotidiano nos permitió una comprensión sensible de su realidad”.

Quizás me sostenga lo que afirmaba Rita Segato, antropóloga argentina, en “Contra pedagogías de la crueldad”: Las vanguardias políticas proponen certezas y así nos capturan con la promesa de separar con precisión el bien del mal, la verdad de la mentira, el camino correcto e incorrecto hacia la sociedad perfecta. Los pueblos (...) nos enseñan que la buena forma de caminar es soportar la ambivalencia, la realidad de lo inconsecuente, de lo incoherente, de lo contradictorio, como es vivir en el mundo del blanco y también fuera de él. No buscar tierra firme ni puerto seguro. Silvia Rivera Cusicanqui, socióloga boliviana, abunda en esto, planteando la identidad Ch’ixi del ser social sudamericano: una identidad mezclada, híbrida, impura.

» Y el tercer ingrediente de este mejunje es la Salud Mental Comunitaria.

Entre el 2005 y el 2008 trabajé en villas de Zona Sur de Fernando de la Mora, una ciudad colindante con Asunción. Allí se conformó un grupo de mujeres llamado Las Chismosas, preocupadas por sus hijos y nietos, judicializados por robo y uso de drogas ilegalizadas, viviendo mucha violencia institucional. Con ellas conocí una palabra que usaban frecuentemente y que no entendía: “fiestear”. Hasta que les pregunté y me explicaron, era hacer chistes, reír, poner música, cantar, cuando enfrentaban una realidad dolorosa que sabían que no podían cambiar.

Desde la segunda mitad del Siglo XX hasta la actualidad, salvo una abreviada excepción, el Estado paraguayo ha venido desarrollando fuertemente políticas públicas que llamamos de “basurización social”: la combinación entre, un marco legal formal que garantiza derechos en el papel, por un lado, y por otro, una práctica extendida que privilegia a las élites, produce este mensaje: “Aprendé: sin plata, aunque sea tu derecho, no importás, no merecés, sos basura”.

El título del ensayo habla de un movimiento: “Del encierro hacia el vy’á”, palabra guaraní que significa alegría comunitaria, convivencial, la alegría de que la otra persona tenga, para uno, sentido y significación. Rocío Ortega, estudiosa de las culturas guaraníes, amplía remarcando que vy’a, para los Pai Tavytera, también se vincula al hallarse / encontrarse con uno mismo, un camino de introspección al ser.

#### **4.2 - Experiencias colectivas para sustentar la vida. Udelar**

En octubre de 2020, comenzamos con la ejecución de un proyecto de investigación avalado y financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República, gracias al Fondo Universitario destinado a fomentar la comprensión pública sobre temas de relevancia general, en su llamado del año 2019. A raíz de las medidas de distanciamiento físico impuestas por las autoridades de salud pública del país, el proyecto arrancó y se desarrolló de forma virtual, finalizando en 2021 tras cuatro mesas de diálogo donde se trataron variados y profundos temas relacionados con “Políticas de transición en el cambio de modelo de atención a partir de la ley 19.529 -Ley de Salud Mental- en Uruguay: desafíos para la externación sustentable”, que es el título del proyecto.

Por estas mesas de diálogo pasaron 42 ponentes, representando a 15 entidades sociales y a 14 instituciones estatales. Este contenido se está preparando para su publicación, aún en fase de revisión, en la serie de Publicaciones Artículo 2 del antes mencionado Fondo Universitario. Sin embargo, sentimos que este esfuerzo de redacción abarca solo una fracción de lo que implica la externación sustentable. Mantuvimos amplios debates sobre política pública, el Estado, la distribución de recursos, la armonización normativa y cómo una ley se enfrenta a la paradoja de ser denominada Ley de Salud Mental y limitar su contenido a los trastornos como si fueran lo único reconocible, justificable

y tratable. Pero aún considerábamos que faltaba o al menos estaba silenciada la otra mitad, la que se encuentra en los espacios intermedios de la vida cotidiana, en las relaciones interpersonales, en las interacciones entre conocidos y desconocidos buscando algo compartido que haga la vida sostenible. En esencia, nos faltaba evidenciar actos de salud mental. Con esa intención, es que comenzamos a idear la narración de “Experiencias colectivas para sostener la vida: producción de salud mental en territorios de lo común”.

De esta manera, este libro surge de un enfoque de trabajo atípico para lo que usualmente realizamos en el Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria. Concentrados en integrar las funciones universitarias en un ambiente de trabajo interdisciplinario que hemos cultivado desde 2015, y del que hemos obtenido frutos desde el inicio: algunas dosis de frustración, un buen peso de activismo, dedicación y tenacidad para perseverar y resistir, mucho compañerismo y una cantidad considerable de escritura, investigación, enseñanza y extensión universitaria; esta vez decidimos mostrar un resultado desde un ángulo diferente. Algo desviado, quizás, no del todo alineado con los estándares convencionales en la producción de conocimiento. Es que, en cierto sentido, la salud mental en acción requiere poner en juego la vida misma, el caos, la desincronización. Este libro es un acto de salud mental que acoge el trabajo colectivo de individuos y grupos con los que compartimos el anhelo de construir alternativas para la sostenibilidad de la vida.

Lo que mostramos en este libro es un vasto rompecabezas de anhelos de convivir con otros, y esto trasciende los intereses comunes, ya que es en sí mismo el deseo de pertenecer, de resistir la marginación, de colaborar en la construcción de lo que nos es común. Con un punto de partida común, el sufrimiento, las experiencias y rutas que comparten las personas y colectivos en las narrativas que conforman este libro se enriquecen con trayectorias diversas, heterogéneas. Algunas de estas rutas no han sido escogidas, sino más bien han sido dirigidas por la operativa institucional que se activa cuando solicitamos ayuda para sobrellevar el sufrimiento. Otras trayectorias han sido decididas, han sido planificadas, optando por acompañar desde otros conocimientos, otras experiencias.

Por esta razón, el contenido que se presenta aquí refleja en algunos segmentos la experiencia del hacer a partir del conocimiento disciplinario, técnico, organizado en torno al despliegue de ciertas competencias en particular. Esto es evidente en lo narrado por algunos equipos de trabajo. A la vez, en otros segmentos, refleja la experiencia vivida en primera persona, a veces en soledad, otras veces en colectivo. Lo que todos tienen en común es la generación de alternativas para la sostenibilidad de la vida. La vida real y tangible, en el desorden inherente a toda producción diaria desde la diversidad de puntos de partida, historias transitadas, esperanzas y caídas, dirigidas a un mismo destino: vivir sin manicomios.

¿Cómo podemos plasmar la riqueza de la vida en movimiento en una escritura que no la represente de forma monolítica? ¿Cómo podemos ensamblar estas contribuciones encontrando el nexo preciso? Primero, respetando las formas de comunicación. Por lo tanto, bajo una misma consigna, hay quienes optaron por ser entrevistados y quienes decidieron producir textos. Estas preguntas guiaron el trabajo en la recopilación de cada narración. La primera decisión fue aceptar las formas de narración tal como nos fueron proporcionadas. Algunas de ellas con textos colectivos, otras basadas en entrevistas realizadas por miembros de nuestro equipo de trabajo. La segunda decisión fue intentar ensamblar cada pieza a partir de las propias piezas, una conectando a la otra. De esta forma, encontramos cartas, imágenes y poemas que sirven de enlace para la presentación de cada experiencia de sostenibilidad de la vida.





## > Contribuciones recibidas



## 5. CONTRIBUCIONES RECIBIDAS

### 5.1 - Salud colectiva

#### Participación comunitaria Policlínica Helios Sarthou RAP ASSE - Inter Barrial Arco iris.

> Ver vídeo presentando la experiencia

Esta experiencia comparte el proceso desde la inauguración de un nuevo servicio de salud en la zona de Sayago en el año 2012 al actual 2023, ubicada en el área del Municipio G, región noroeste de Montevideo. La "Policlínica Helios Sarthou" de la Red Atención Primaria (RAP ASSE), con un perfil desde la Medicina Familiar y Comunitaria en conjunto con la comisión de vecinos y vecinas organizadas en la Inter Barrial Arcoiris. Brevemente algo de la historia: durante el año 1989, se generó un incremento poblacional muy pronunciado, instalándose varios "asentamientos irregulares"; colapsando las redes de servicios sanitarios, educativos y de transporte entre otros.

Desde el comienzo, la zona cuenta con gran sentimiento de pertenencia y organización barrial. El reconocimiento de vecinos y vecinas del lugar como legítimos residentes, fue una larga lucha llevada a cabo por los protagonistas en la esfera jurídica; fue un logro para los barrios "19 de abril" y "Las Retamas" transitar la regularización en el marco del Programa de Mejoramiento de Barrios, ya que se establece así el saneamiento, se regulariza el servicio eléctrico, pavimentado de las calles, mejora de los espacios públicos de recreación y el acceso al puente de la vía (límite natural entre ambos barrios). Se destaca también, la aprobación para la creación de "una policlínica para el barrio", materializado con la fundación de la Policlínica "Helios Sarthou" RAP. Dicha policlínica se estableció con recursos de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), firmando comodato con la Intendencia Municipal Montevideo. El nombre fue propuesto y votado por la comunidad en asamblea. Los logros obtenidos en todo el rico proceso de conformación y mejoramiento de los barrios son los ya mencionados en materia de infraestructura, vialidad y servicios. Otro elemento positivo obtenido en este camino es la organización, reconocerse como protagonistas para el cambio. Esta organización ha logrado que la Comisión Inter Barrial continúe bregando por la mejora y la integración barrial. Mantiene reuniones mensuales en el salón comunitario de la policlínica, espacio en el cual participan vecinos y vecinas de barrios aledaños a la policlínica 19 de abril, Retamas, Sayago Norte, Pilo, 10 de mayo, La Falda, Dos Aguas. De ahí se adquiere sentido cuando se desarrolla partiendo de un colectivo, que comparte un espacio y una conciencia de pertenencia, que genera procesos, apoyo mutuo y que activa voluntades en la mejora de su propia realidad. Se trata de satisfacer necesidades y expectativas de calidad de vida y desarrollo humano, actuar para transformar y mejorar nuestra comunidad. En esta búsqueda se definió que el vínculo con las redes del territorio era prioridad., por este motivo siempre

está la participación en diferentes espacios como los Concejos Vecinales, la Red de Salud del Municipio G, conexión con instituciones educativas de la zona, así como capacitarse las y los referentes barriales con diferentes cursos como agentes comunitari@s en seguridad ciudadana entre otros.

Con el correr del tiempo se fue identificando la necesidad de trabajar "la convivencia". Para ello se promoverían actividades recreativas y culturales estimulando la participación intergeneracional en todas las actividades. La primera experiencia fue la creación de "nuestra huerta comunitaria y talleres de arte", este proyecto se llamó "Recreando nuestros barrios" que con gran satisfacción logra tiempo después financiación para mantener su ejecución durante un año (con gestión de las y los vecinos) a través del Fondo de Iniciativas Barriales del Ministerio de Vivienda. Con el tiempo se fueron buscando más oportunidades para presentarse a proyectos financiados para lograr la continuidad de los procesos. Algunos ejemplos son Presupuesto Participativo del Municipio G, Tu Iniciativa INAU. Estos permitieron acceder a recursos para talleristas, a materiales necesarios entre otros. Se han logrado diferentes instancias de disfrute en jornadas con talleristas, actividades como peatonales barriales con actividades deportivas, paseos y sobre todo talleres que trabajan "nuestra salud mental", partiendo desde la integralidad del concepto salud. Todos los espacios creados en el tiempo son identificados como un lugar de mucho potencial y oportunidad para seguir promoviendo y promocionando hábitos saludables a toda la comunidad. en el territorio. Mejorar la calidad de vida de cada una de nosotras y nosotros, enaltece valores de convivencia, integración e inclusión barrial. Concluyendo la participación nos permite ir conociendo nuestra realidad y la de los "otras y otros" surgiendo ideas para su transformación; logrando una comunidad activa, dinámica, recreativa, cultural protagonista de sus anhelos y así mejorar nuestra calidad de vida.

## **5.2 - Federación Caminantes**

La Federación "Caminantes", organización de Familiares por la Salud Mental (Av. 18 de Julio 2175, P1 caminantes@vera.com.uy), es el resultado de un largo camino recorrido por muchas personas que buscaron y buscan un presente y un futuro mejor para quienes padecen una enfermedad mental, en particular trastornos mentales severos.

La discriminación, el encierro, la soledad y sobre todo el sufrimiento crearon caminos para la unión y la búsqueda común de soluciones. Así fueron surgiendo grupos de familiares, constituidos en Asociaciones, cada una con su particularidad, - tanto en Montevideo como en el interior del país-, pero con el mismo objetivo central: lograr mejor atención integral de salud, incluyendo rehabilitación y abordaje comunitario, menos discriminación y más reinserción social y laboral para quienes sufren de trastorno mental severo. El derecho a ser feliz y autónomo, contribuyendo a la sociedad en la medida de sus posibilidades.

El accionar de las Asociaciones de familiares se funda en la difusión y la abogacía por nuestros derechos y el de nuestro familiar. Pretendemos fortalecernos en el rol de familia cuidadora, pero contando con el respaldo del Estado y los servicios para apoyar los proyectos de vida y la inserción comunitaria.

La Federación “Caminantes”, asociación civil sin fines de lucro, organización de segundo grado que agrupa a distintas Asociaciones, se fue gestando como Plenario de Asociaciones de Familiares desde el 2005, y cuenta con personería jurídica desde 2015.

Desde entonces hemos apoyado la ley de Salud Mental en cuya redacción participamos; realizamos distintas acciones de abogacía, participamos en diversas instancias ante Ministerios y Udelar, integramos la Comisión Nacional de Contralor de Salud Mental, la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad, la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, la Comisión Asesora de Salud Mental. Por todo este trabajo persistente y esperanzado, solidario y participativo hoy somos reconocidos como un interlocutor válido en las distintas instancias de la salud mental

**MISION.** Contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con alteraciones de su salud mental y sus familias, a partir del fortalecimiento de grupos de familiares con acciones promocionales y de defensa de derechos de atención.

#### **NUESTROS OBJETIVOS.**

1. Fomentar el movimiento asociativo en todo el país, para apoyo y orientación a familias y personas con alteraciones severas de salud mental, a partir del intercambio de información y experiencias en aspectos sanitarios, sociales y legales, del fomento de derechos de salud y no discriminación, del conocimiento de condiciones locales de atención y reivindicación de mejoras en la gestión de servicios de salud.
2. Reivindicar mejores condiciones de atención integral a personas con trastornos severos de salud mental, desde la promoción de salud con enfoque familiar y comunitario, la asistencia oportuna, accesible y continua, la rehabilitación integral y la inserción social, en base a paradigmas de atención de base comunitaria, individualizada, que promuevan la plena ciudadanía y la igualdad de oportunidades.
3. Promover cambios culturales a nivel social que dignifiquen la imagen de las personas afectadas con problemas de salud mental, favoreciendo su inclusión con enfoque de derechos y plena ciudadanía, así como el fomento de la propia organización de las personas con trastornos de su salud mental.

## Plataforma 2022 – 2024 Hacia el cumplimiento de la Ley de Salud Mental

1. Atención de Salud Mental de calidad: a las personas con sufrimiento psico-social y a sus familias.
  - » a. con énfasis en el primer nivel de atención
  - » b. con enfoque comunitario
  - » c. con servicios de internación integrales en hospitales y sanatorios generales, y casas de medio camino, para usuarios públicos y privados.
2. Máximos esfuerzos intersectoriales para integrar a la comunidad a los usuarios de CEREMOS y Vilardebó.
3. Sistema Nacional de Rehabilitación: para personas con sufrimiento psico-social, con normativa de competencias e integración funcional, con financiamiento Intersectorial y acceso universal, con integración sucesiva de todas las discapacidades.
4. Articulación Nacional de todas las iniciativas del trabajo protegido, apoyo a las propuestas de empleo con apoyo, y cumplimiento de los cupos legales de acceso laboral.
5. Sistema Nacional de Viviendas Protegidas - Asistidas: con participación Intersectorial Nacional y Departamental para personas con dolencias psico- sociales, con integración sucesiva de derechos a todas las discapacidades.
6. Gobernanza local en cada Departamento del País: con participación Intersectorial y de la comunidad, para evaluar principales demandas en Salud Mental, definir recursos propios y proyectos a ejecutar.

### 5.3 - Plataforma de creación del frente antimanicomial

Las organizaciones, colectivos y personas que firman el presente comunicado hacen un llamado a las organizaciones de la sociedad civil para la creación de un Frente Antimanicomial.

Concebimos ese Frente Antimanicomial como un espacio político, de articulación y defensa de los derechos humanos, conformado por organizaciones sociales, colectivos y personas que luchan por desmantelar la lógica manicomial, las prácticas de encierro, exclusión y discriminación que imperan en nuestro país y que se aplican particularmente en el campo de la Salud Mental. Este Frente reivindicará el derecho a la salud mental desde una perspectiva integral e intersectorial, haciendo énfasis en la defensa del buen vivir de todas las personas sin discriminación alguna.

Desde la aprobación de la Ley de Salud Mental (N.º. 19.529) los procesos de reglamentación de esa ley y la creación de un nuevo Plan de Salud Mental no han tenido en la práctica avances significativos, a pesar de los intensos intercambios y debates sostenidos en los distintos grupos convocados para su puesta en marcha.

La falta de medidas concretas en pos del cambio de paradigma que se reclama en materia de Salud

Mental pone en grave riesgo determinados avances contenidos en la Ley, como son el cierre de las instituciones asilares y monovalentes –tanto públicas como privadas- previsto para el año 2025 y la creación de dispositivos de atención que –desde los reclamos de la sociedad civil- se sustenten en una perspectiva socio comunitaria que sustituya a las anacrónicas y fallidas concepciones asistencialistas.

Por otra parte, son alarmantes las condiciones en las que se encuentran las instituciones psiquiátricas, tanto públicas como privadas, particularmente el Hospital Vilardebó y el Centro Ceremos (excolonia Etchepare), tanto desde el punto de vista de condiciones de tratamiento y calidad de atención, edilicio, de higiene y de superpoblación.

La salud mental está indisolublemente ligada a los derechos humanos, la justicia social, la vivienda, la educación, la cultura, el trabajo, el medio ambiente, al género y la diversidad y la economía de personas y colectivos.

Por eso, hacemos un llamado a las organizaciones y colectivos del campo de la salud mental pero también y particularmente a las organizaciones del movimiento feminista, LGTBIQ+, ambientalistas, de trabajadores-as, del campo de la cultura, del arte, de la vivienda, de la educación, de los derechos humanos, en suma, al conjunto de las organizaciones de la sociedad civil, para trabajar juntos-as en pos de una sociedad democrática, justa y solidaria que garantice un verdadero cambio de paradigma en la Salud Mental en el Uruguay, la transformación del modelo de atención y los derechos de los-as usuarios-as.

Los puntos que proponemos como plataforma de trabajo del Frente Antimanicomial son:

- » La persona usuaria de salud mental debe ser considerado ante todo como sujeto de derechos y no como objeto de diagnósticos como por ejemplo el de “trastorno mental”.
- » El respeto a los Derechos Humanos, la dignidad y el buen trato hacia las personas usuarias de los servicios de Salud Mental.
- » La defensa y garantía de la participación y el protagonismo de usuarios-as y familiares en la construcción de políticas públicas de salud mental e intersectoriales.
- » Participación activa de los-as trabajadores-as, creando espacios de formación y cuidado continuo, desde una perspectiva de derechos humanos de todos-as los-as operadores en salud mental.
- » La integralidad de la atención, sin la prevalencia de una profesión sobre las otras y con real horizontalidad en las relaciones profesionales, a partir de equipos y servicios interdisciplinarios. Se deberá des-psiquiatrizar las formas de abordar la atención en salud mental, basadas casi exclusivamente en tratamientos farmacológicos e invasivos. Revisión de todas las terapéuticas iatrogénicas y coercitivas, como uso indiscriminado de electrochoques, medidas de sujeción y sobre medicación, entre otras.
- » Implementar las redes territoriales de atención a la salud mental con diversos servicios susti-

tutivos, estrechando relaciones con importantes frentes de lucha y cuidado: derechos humanos, políticas intersectoriales, integración familiar y social, género, medio ambiente, educación, vivienda, trabajo y economía solidaria.

» El cierre de los Hospitales Psiquiátricos e instituciones monovalentes a partir del año 2025, destinando sus recursos a la creación de la red sustitutiva de atención.

Esto implica la extinción de toda y cualquier forma de internación de personas con problemáticas en Salud Mental en hospitales psiquiátricos, casas de internación, comunidades terapéuticas y en cualquier otro establecimiento de régimen de encierro.

» Creación de camas en hospitales generales tal como está previsto en la Ley. Implementación de unidades de Salud Mental en Hospitales Generales y de dispositivos sustitutivos y alternativos a los abordajes tradicionales.

» Rediseño de las inversiones públicas en convenio con privados, como ser casas de medio camino, casas asistidas, centros de día, entre otros, entendiendo que el funcionamiento de las mismas actualmente reproduce la lógica manicomial, al punto que muchas de ellas terminan siendo dispositivos contrarios al cambio de paradigma y de modelo de atención, transformándose en mini manicomios. En este punto se debe evitar que la lógica mercantilista se instale en el proceso de creación de dispositivos sustitutivos.

» Implementar Casas de Acogida Transitoria y viviendas solidarias sustentadas en la concepción socio-comunitaria y vinculadas a las redes de salud mental, contemplando también la población en situación de calle.

Por una Salud Mental que aborde la realidad social, económica y política de personas y colectivos. Por un Uruguay sin Manicomios.

Colectivos que integran Frente Antimanicomial a la fecha:

SERPAJ (Servicio Paz y Justicia), | Colectivo Radio Vilardevoz | Bibliobarrio Espacio Cultural

Organización de Usuarios de la Salud del Zonal 17 | Colectivo Compaz | Colectivo Juntas Podemos

Colectivo La Oesta | Asamblea Pachamama Uruguay

Asociación de Estudiantes de Educación Social - AEES | Colectivo Trans del Uruguay

CIPRES | Colectivo Espika

Montevideo, 29 de agosto de 2019





#### 5.4 - Exposición del Prof. Enrique Saforcada

Se da la paradoja de que quienes se empeñan en luchar por el respeto de los derechos humanos de quienes padecen sufrimiento mental sobredimensionado por los múltiples maltratos sociales, profesionales e institucionales cometen el error de deificar el grave desacierto de hablar de salud mental lo que lleva a hablar de salud corporal y de salud social contraponiéndose a la universalmente aceptada definición de salud de la OMS como estado de bienestar físico, mental y social de la persona unitariamente considerada.

Por un lado, hay personas integralmente sanas y personas integralmente enfermas, o sea, sin daños o con daños físicos, mentales y sociales. Por otro lado, es fundamental comprender que la enfermedad mental no existe, los síndromes que la psiquiatría biologicista tipifica como enfermedades son solo construcciones psico socio culturales, no son enfermedades y la prueba de ello es que no existen pruebas de base biológica –como los análisis de sangre, las técnicas de medicina por imágenes y otras pruebas biológicas– que sirvan para diagnosticar las supuestas enfermedades mentales. No hay un solo trabajo científico publicado en revistas acreditadas que informe de algún correlato biológico con alguna enfermedad psiquiátrica –no confundir psiquiátrico con neurológico–. Ningún padecimiento humano, que carezca del componente biológico, es enfermedad, por impactante que sea o cualquiera sea el monto de sufrimiento que genere.

Hay que tener en cuenta que cuando alguien, sobre todo si es profesional de la salud, señala la presencia de una enfermedad a lo que se está refiriendo es al plano humano en el que él ve los síntomas que lo llevan a diagnosticar la dolencia, o sea, es el plano –físico, mental o social– en el que él percibe el daño no la enfermedad misma.

Entonces, lo lógico es referirse a enfermedades que se manifiestan a los ojos de los demás preponderantemente en el componente mental o en el componente biológico o en el social pero el enfermo es inevitablemente unitario, por lo tanto, no se puede dividir a las personas enfermas en tres partes porque se nos morirían. Es un despropósito pretender tener tres ámbitos y en uno poner el tercio de las personas que tiene enfermo el cuerpo, en otro ámbito los tercios de los que tienen enferma la mente, y en un tercer ámbito a los tercios de quienes tienen enfermo su componente social.

Las personas sanas o enfermas son una integridad absoluta y nadie que se maneje con la realidad concreta y con sensatez podría ocuparse solo de tercios de personas. Hay que enfocar en totalidades personales teniendo en cuenta que si no hay correlato biológico no hay enfermedad por mucho que la psiquiatría biologicista insista en que sí hay enfermos psiquiátricos para los cuales desde hace no muchos años cuenta con remedios específicos enormemente más dañosos que benéficos tal como lo demuestran destacadísimos autores como, por ejemplo, Robert Whitaker con su libro “Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enferme-

dades mentales”, editado por Capital Swing, una editorial catalana. O los relevantes libros de Peter Gotszche, entre los cuales se destaca el titulado “Psicofármacos que matan y denegación organizada”, publicado por la editorial Los Libros del Lince. Estos libros deberían ser leídos por los profesionales que trabajan en el mal llamado campo de la salud mental y deben ser leídos por la sociedad en general, deberían ser textos en las facultades de medicina, de psicología y otras disciplinas del área para ir, de a poco, terminando con el mito de la enfermedad mental de modo de poder entrar de lleno a hablar y hacer en función de lo mental en la salud.

Esto es fundamental porque de lo contrario se continuará con la medicina deshumanizada en la cual las personas son cosas y se permanecerá estigmatizando y maltratando a las personas que padecen sufrimientos enormes por problemas psico socio culturales a los que se denominan enfermos mentales, estigmatizándolos e impidiendo que puedan superar esos problemas o, mejor dicho, superar el maltrato que reciben por características solo diferenciales pero no anormales.

Juan de Yepes Álvarez tuvo toda la vida alucinaciones, algunas terribles y otras para él maravillosas, y jamás fue considerado loco sino un extraordinario poeta y un ser admirable. Lo mismo pasó con Teresa Sánchez de Cepeda Dávila y Ahumada que también alucinaba y era amiga de Juan de Yepes. Vivieron sus vidas en plenitud y rodeados de afectos porque eran ejemplos de vidas positivas, a punto tal que la iglesia católica los canonizó como San Juan de la Cruz y Santa Teresa de Jesús. Pero claro, vivían en una comunidad que no les puso el cartel de locos sino de personas normales y admirables.

En Vietnam del Norte, antes de la guerra que le declaró Estados Unidos de Norteamérica, no había manicomios porque no existía para ellos la enfermedad mental, algunas personas que tenían alucinaciones y comportamientos no habituales las consideraban seres excepcionales y cuando llegaban a una población las familias se peleaban para alojarlos en sus casas.

Es la sociedad la que crea la locura y esto es aprovechado por las corporaciones de la industria químico-farmacéutica y sus agentes operativos, los psiquiatras biologicistas y sus instituciones de encierro, que explotan el mercado de la pseudo-enfermedad mental.

## **5.5 - Inventando formas de mirar y relacionarnos con los demás.**

### **Alterar visiones - alter-acciones**

#### **Lorena Briozzo - El Abrojo**

Antes que nada, decir gracias por la iniciativa de este espacio para pensarnos, intercambiar y mejorarnos como herramienta. Aquí estoy representando el recorrido del Programa Alter-acciones de El Abrojo. Alter-acciones surge allá por el año 1998 a partir de la necesidad de acercarse desde la

sociología y la investigación - acción a los procesos que estigmatizan a las personas y poblaciones que usan drogas. Desde allí la adhesión al Paradigma (en aquel entonces) de reducción de riesgos y daños, que nos permitía mirar desde una complejidad innovadora el fenómeno: entre el respeto por los derechos de la libertad de las personas que usan drogas, el análisis de los daños ocasionados por los procesos de estigmatización y el desarrollo de prácticas profesionales y comunitarias de cercanía; y así nos desafiaba a poner en práctica intervenciones sociales "no moralizantes" (le llamábamos), teniendo como consigna la proximidad.

Diferenciar usos problemáticos de usos no problemáticos, y daños psicológicos de daños sociales, hablar de los derechos en salud del usuario de drogas..., en aquel momento resultaba esclarecedor para la tarea.

La máxima que orientaba y orienta el programa hasta el día de hoy es: "Si una persona no puede o no quiere dejar de consumir una droga cualquiera sea, nosotros debemos asistirlo/a para que pueda reducir los riesgos y posibles daños para sí mismo y para su comunidad". (Ernst Bunning 1995).

Esto nos llevó por un recorrido de organización y desarrollo de proyectos sociales y de interlocuciones en múltiples áreas: con las personas y su relación con el consumo, los diferentes sentidos y significados que las drogas tienen en la vida de las personas, los daños, riesgos y placeres ; y con el contexto social y comunitario: centros educativos, docentes , vecinos, familias, comisiones barriales, policías comunitarios, medios de comunicación, equipos de salud, grupos religiosos, bares y boliches, barras y tribus urbanas... Con todos y cada uno de ellos, en cada interlocución aprendimos y reafirmamos la necesidad de integrar a todas las partes, ser escuchas y construir en sintonía. La "población objetivo" no eran las personas con su consumo y daños y placeres asociados, sino ellas en su contexto, y las formas de hacer sentir y pensar de este contexto, productores de miradas que muchas veces operaban más como "factores de daño" que como "factores de protección". Y así afinamos la herramienta, el oficio mediación, de enlace, de puente, de lazo, cuestionado la mirada hegemónica, jugando en los bordes de la institucionalidad. Alter-acciones se sigue definiendo desde una mirada sociológica por su propósito de abordaje en el área de la salud; la salud como aquella capacidad de cada quién, cada uno, cada otro, de vincularse con el entorno para encontrar sus aspiraciones y alcanzar su potencial.

De aquí entendemos algunas cuestiones básicas: a) que la salud es un proceso dinámico, que cambia y se renueva de acuerdo a parámetros de cada época y momento. b) que se auto percibe y define en función de su entorno cultural. c) que las necesidades de salud de cada persona son diferentes. d) que cada persona tiene un potencial diferente.

De esta manera, asumimos que el trabajo en Salud es una responsabilidad tanto individual como colectiva. y el desafío que nos plantea como profesionales y como ciudadanos también, es aceptar

que existe una diversidad inmensa de formas de percibir la salud, formas de gestionarla, así como maneras de relacionarse con los riesgos y placeres. Esta primera mirada nos propone comprender que no existe una racionalidad universal, en la que se sostiene el paradigma manicomial, y sí reconocer y aprender a tomar contacto con la realidad compleja en términos de: racionalidades múltiples, que son tantas como personas y colectivos. Entonces y desde aquí, sabemos que todo comportamiento que a primera vista nos resulte inadmisibile, desviado, disfuncional, dañino; tiene un sentido, una razón, una racionalidad... y cuando no podemos contemplarla, porque nuestro rechazo o incomprensión no nos permite, estamos estableciendo una barrera, tanto en el vínculo sociosanitario o educativo, cómo en el vínculo social, como seres humanos. Este mecanismo es el origen del vacío y la violencia institucional, entendida como la incapacidad institucional y profesional de contemplar la subjetividad del otro. Marcamos una distancia, y este mecanismo es lo que opera como la mayor barrera de acceso a los servicios y recursos de primer nivel de atención para las personas y poblaciones "ajenas a nosotros", "fuera de la norma", "sancionables", "inadaptables". Entonces los sectores poblacionales con los que no podemos tomar contacto quedan por fuera del sistema de protección y desarrollan formas "otras" de gestión de su salud y la distancia social aumenta.

De aquí destacamos la necesidad de darnos cuenta del poder de nuestra mirada e interpretación, no con pretensiones de convertirnos en seres a-morales, sino simplemente ser y estar conscientes de las consecuencias que tal vez sin querer, provocamos con nuestro mirar y nuestro hacer. Así como cada uno de nosotros aprendemos, en nuestras circunstancias, formas de satisfacer nuestras necesidades, de disfrutar, de calmar nuestros dolores y sufrimientos, de sobrellevar nuestros desbordes, de excedernos o ponernos límites, también los otros lo aprenden en sus circunstancias. Y de una u otra manera todos buscamos realizarnos, sobrevivir, sentir que estamos vivos y que somos parte de algo o que somos alguien reconocido. Todos buscamos reconocimiento. Si estamos atentos lo podemos ver en cada reacción de amor o de violencia, cuando reconocernos, alojamos, y habilitamos al otro y cuando no logramos hacerlo, la respuesta lógica será la confrontación o la pasividad. Como nos dice Onetto: "si la institución no toma la iniciativa posicionándose desde el reconocimiento, entrará inevitablemente en la lucha que el otro establecerá para conquistar su lugar" (Onetto 2004, pág. 55).

No vamos a desarrollar acá las perversidades del sistema capitalista que habitamos y nos habita, la "mente patriarcal" de la que nos habla Naranjo, nos lleva a reprimir a los más débiles o desconectados, en vez de tomarnos el trabajo de entrar en contacto. No desarrollaremos las perversidades, pero sí, al menos, señalar el peso fundamental de sus efectos en las personas y en la evolución de la desigualdad y fragmentación social y con ello la persistencia de distintas islas sociales, aisladas, unas de otras. Aprendemos de lo que hay a nuestro alrededor y nuestro cerebro se moldea en base a nuestras relaciones cercanas y nuestro lugar en el mundo... Todos somos seres humanos,

hombres, mujeres tenemos un mismo anhelo, pero nuestras formas de desplegar nuestro potencial y las oportunidades que tenemos para darle cauce son diferentes. Como profesionales de la salud, como integrantes de equipos de salud, tenemos que trabajar más nuestra capacidad de reconocer al otro, cuestionando y desandando los mecanismos institucionales que lo sostengan, esos que están dados por obvios, hasta para uno mismo.

Ser capaces de vincularnos con las personas tal y como llegan al servicio, o de cómo llegamos a su espacio, eso nos cuesta, nos sigue costando... y esto que parece tan simple y básico, es fundamental para que un servicio sea de acceso universal y pueda construir vínculos sociosanitarios en clave de DDHH, abriendo al diálogo de saberes, y para ello no necesitamos cerrar manicomios, sino salir de nuestros esquemas manicomiales. Ahí, como profesionales y como ciudadanos, tenemos una tarea, la de construir una oportunidad, de hacer la diferencia, tal vez sólo con un gesto: mirarse, descubrir y valorar algo bello, dar las gracias por el tiempo, una crítica constructiva, invitar a bailar o cantar una canción, felicitar por sostenerse en la adversidad, arreglar el cuello de la camisa, compartir una galletita, festejar el humor, un paseo... lo que sea, el reconocimiento nos hace más humanos. Parece mágico su efecto, esa clave siempre nos orienta, intentamos que nos oriente, y nos vigilamos ahí. La vigilancia no como control, sino como trabajo permanente sobre el oficio de recibir, de ser hospitalarios, con la convicción de que allí jugamos un rol fundamental, poder hospedar lo que nos resulta incomprensible y dialogar con eso. Ahí está la clave, tanto ética como estratégicamente. Desde este enfoque la experticia está justamente en saber involucrar de forma activa, el saber que trae consigo la persona, su forma de pensar, sentir y hacer, y también el de otros actores que como nosotros, son parte del entramado, pensar junto con otros, siempre... ya que no hay problema de la realidad que sea comprensible, explicable y tratable desde la mirada de un solo saber o desde una sola disciplina y menos aún desde la mirada exclusiva del profesional. Hablar de Gestión de Riesgos es esto, nos lleva a tomar un posicionamiento ético firme y convencido: el de involucrar los riesgos, las incertidumbres, los conflictos, las tensiones, como parte del proceso y como materia prima de nuestro quehacer. Esto no surge espontáneamente, requiere de un trabajo fino con la herramienta, nosotros mismos y nuestras instituciones, requiere de rigor, lo cual nos lleva a la necesidad de pautarnos tiempos y espacios para la reflexión sobre la acción y la investigación en la práctica, problematizarnos casi que permanentemente, puesto que los criterios profesionales y mandatos sanitarios muchas veces nos llevan a hacer pesar más el principio de beneficencia por sobre el de autonomía. Es decir: lo que creemos que la persona necesita para estar mejor y el lugar que le asignamos para que lo decida libremente... hasta respetar el derecho al auto daño.

A nivel de las políticas públicas, sobre el abordaje de estos temas, se presenta esta tensión entre las políticas de cuidado y las políticas públicas de control. Ambas tensiones se deberían dilucidar en el caso a caso, y eso requiere estar muy atentos, y analizando cada forma de intervenir en donde:

- » son las claves metodológicas
- » la escucha activa
- » la hospitalidad
- » diálogo democrático ( el conflicto, la diferencia y la violencia adentro para ser tratado con diálogo
- » tratamiento comunitario (pensar y hacer con otros, involucrando a todos los protagonistas, haciendo el ejercicio de no apropiarnos, como profesionales, de lo que se va generando)
- » tratamiento comunitario con el equipo - pensar, discrepar, hacer herramienta.

Por último, es necesario que se entienda, ¡tenemos que convencer! que el objetivo acá no es rehabilitar, curar o sanar a una persona, sino sanarnos a nosotros mismos como sociedad, asimilar la idea y puesta en práctica de la democracia, la democracia inclusiva y relacional: sentirse y ser parte de la resolución de los conflictos, tomando contacto con ellos, "nosotros y ellos" somos parte del mismo problema, de las mismas angustias, y buscamos un bien común. Habitar este mundo con lo que somos y podemos, siempre en sociedad y nunca fuera de ella. Ahí consideramos que está una de las claves del cultivo de la Salud Mental, la de nosotros y la de los otros, el sentido de comunidad y de bien común, el ocupar un lugar y sentirnos parte. Cuando los profesionales de la salud perdemos el sentido, no sentimos este vínculo de entendimiento y diálogo con la población a la que nos debemos, cuando no nos sentimos reconocidos, nos sentimos frustrados por no "salvar" o por no "curar", no "encaminar", ahí nos fragilizamos. Tomemos esa señal como un buen momento para pensar y revisar nuestras prácticas, nuestras concepciones y afectos puestos en juego en el quehacer. y para finalizar volvemos a la noción y la tarea imprescindible de vigilancia, no como control, sino como trabajo permanente sobre el oficio de recibir, de ser hospitalarios

## > Relatoria de los Talleres



## 6. RELATORIA DE LOS TALLERES

En la jornada de la tarde se realizaron tres talleres simultáneos presenciales y virtuales sobre Drogas y abordajes comunitarios, Cuidar a quienes cuidan y Prevención de la conducta suicida. Con una dinámica de varias intervenciones iniciales breves y luego discusión en taller, estos talleres produjeron papelógrafos que recogieron los principales puntos discutidos. También fueron grabados y esos videos están a disposición. Al mismo tiempo los contenidos de los intercambios fueron puestos en común en régimen de plenaria posterior y aportaron a la Declaración Final de la Conferencia.

### TALLER SOBRE DROGAS Y ABORDAJES COMUNITARIOS

> **Ver Video del Taller “Drogas y Abordajes Comunitarios en la Conferencia sobre Salud Mental (21 de abril)**

Existe el antecedente cercano (1 marzo 2023) del Curso de verano en Apex sobre Drogas y Comunidades coordinado entre otros por Milton Romani.

> **Ver Video del “Curso sobre Abordaje Comunitario en Drogas”**  
(Cursos de Verano de Apex 2023)

Previamente a este curso se realizaron videos sobre experiencias comunitarias como la del Achique Casavalle (Elba Nuñez), Mi Cerro sin Drogas (Carmen Gamazo y Andrea Vallejo), la Fundación Madres del Cerro (Gabriela Jost), Centro Diurno La Trama (Sabrina Duarte), Dispositivo Comunitario La Teja Barrial (Evangelina Curbelo, Rodolfo Migdal, Beatriz Correa y Martín Colli), Centro Diurno La Casa (Lorena Briozzo). Todos estos videos están disponibles en canal de YouTube de la Red de Municipios y Comunidades Saludables.

En el taller del 21 de abril en Atlántida se realizaron exposiciones disparadoras de Milton Romani, Evangelina Curbelo y Cristina Deberti y luego hubo discusión en régimen de taller combinando lo presencial y virtual. Para este taller de la Conferencia de Salud Mental se produjeron y enviaron videos de Evangelina Curbelo sobre Tratamiento Comunitario y Eco2 y de Cristina Deberti sobre Biblioterapia.

> **Ver Video “Evangelina Curbelo sobre Tratamientos Comunitarios en Drogas”**  
(Conferencia Salud Mental en Canelones)

> **Ver Video de Cristina Deberti sobre BiBlioterapia.**



Milton Romani caracterizó expone sobre las drogas como fenómeno y la participación comunitaria como algo necesario pero que no es algo fácil, ni resuelve todos los problemas. Sin embargo, contribuye a un cambio de enfoque y tiene resultados mejores. Es importante descentrar la mirada de las sustancias. Además de ser un consumidor, un psicótico, un bipolar, es una persona humana. La trama vincular se enriquece estando en el territorio, estando interconectados. Es un descentramiento positivo porque tampoco consiste en desentenderse.

Evangelina Curbelo desarrolla la idea de que todas las sociedades tienen consumos y muchos de esos consumos son problemáticos. El tratamiento comunitario es un metamodelo, que toma las lógicas territoriales para ensamblar sus principios. Lo primero es saber dónde estamos parados, hacer un diagnóstico situacional. El modelo llamado ECO2 surge en 1995 en México para pensar la farmacodependencia. Es necesario tener en cuenta que siempre hay otras situaciones sociales críticas. Precisamos una mirada no lineal. Lo primero es hacer un relevamiento de recursos, en general institucionales y de la comunidad, un mapeo. Es posible potenciarlos. En particular la pertenencia barrial con la perspectiva de que la articulación barrial subsista cuando no esté presente el profesional.

Cristina Deberti desarrolló su experiencia en biblioterapia en el Centro de Atención en Drogas El Portal Amarillo, que se incorpora con texto aparte.

En el intercambio del taller se trabajaron un conjunto de ideas centrales registradas en papelógrafos comenzando con una pregunta: ¿Cómo abrir el tejido comunitario? Se planteó la necesidad de pensar en lógicas territoriales como clave en los abordajes comunitarios. Es un trabajo sobre el tejido social que apunta a “cambiar como nos miramos”. Hubo énfasis en pensar estrategias más allá de Montevideo. Se fundamentó el arte como herramienta en estos abordajes. Se reivindicó la necesidad de continuidad en las políticas (más allá de los gobiernos). También se argumentó el Modelo Minnesota y la Referencia Par. Quedó planteada también la diferenciación entre ¿Consumo problemático o adicción? Se insistió en mapear los recursos y promover su articulación. También en desarrollar estrategias de promoción/prevención. Quedaron las interrogantes de ¿Cómo construir demanda? ¿Cómo contenemos? Se analizaron como obstáculos que no hay donde derivar y el alto costo de los tratamientos.

En esta temática importa mucho educar a la sociedad, abordar los prejuicios y los miedos. Trabajar las narrativas y el estigma a nivel comunitario. Existe una falta de sensibilidad que puede reflejarse en violencia de actores a los que se recurre. “No en la puerta de mi casa” puede expresar una forma de pararse ante estas situaciones. Es necesario trabajar sobre las formas de destrato y sensibilizar en todos los ámbitos. Es preciso sincerar que todos/as usamos drogas y solo un bajo porcentaje desarrolla usos problemáticos.

Se argumentó asimismo la necesidad de un enfoque de Reducción de Riesgos y Daños, para evitar que se incremente el deterioro de las personas con consumos problemáticos.

Entre las reflexiones se preguntó si ¿Habrá aspectos generacionales en la participación comunitaria? ¿un saber hacer de las generaciones mayores?

Un aspecto a tener en cuenta es la accesibilidad a las drogas, las formas de acceso, el lugar de consumo. ¿Cómo procurar una disminución de riesgos?

Hoy se asiste a un aumento de la población en situación de calle y ello influye en los consumos problemáticos.

A la pregunta de ¿qué podemos hacer? Una de las respuestas fue construir políticas públicas que se “encuentren” con la ciudadanía. Se mencionó como ejemplo el curso de Formación de Promotores de Salud en 2020 donde se elaboró un proyecto de acción comunitaria cuyo eje eran los Planes Municipales sobre drogas basados en un diagnóstico situacional con Mapeo de recursos y formas de conjugar esfuerzos.

Hay que ser conscientes que tenemos pluralidad de respuestas: desde Narcóticos Anónimos, a Iglesias, dispositivos estatales, dispositivos municipales. No empezamos de cero y es necesario reconocer y articular con lo existente. Una de las claves hacia adelante es incorporar a más actores.

## **TALLER SOBRE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA**

El taller sobre Prevención de Suicidio, moderado por Mario Bentancor contó con exposiciones de representantes del grupo de Comprensión de la Conducta Suicida y de la ONG Último Recurso.

Ambas exposiciones oficiaron de disparadores para que diversos grupos construyeran propuestas sobre los riesgos de suicidio, los factores preventivos, y las políticas públicas.

Si bien se hizo hincapié en la necesidad de mejorar la presencia del Estado, se consideró imprescindible la participación de la sociedad civil en la prevención y en lograr la presencia del Estado en políticas públicas. Los grupos trabajaron cordial y comprometidamente.

En el intercambio registrado en los papelógrafos se ordenaron cuatro grandes temas: los riesgos de suicidios, los factores preventivos, la formación de equipos multidisciplinarios y las políticas públicas y compromisos asumidos.

En el punto de los RIESGOS SUICIDAS se mencionaron factores como la soledad, los problemas económicos, las dificultades de comunicación y de acceso a la salud mental. Otros factores refieren a la familia y a fenómenos como el bullying. Se analizó el rol de las redes sociales como productoras de imagen y de frustración. Los vínculos fueron considerados un elemento relevante.

Entre los FACTORES PREVENTIVOS se habló de fomentar espacios comunitarios, generar más información en medios de comunicación y promover el trabajo intersectorial.

Se fundamentó la importancia de FORMAR EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS que aborden la problemática en forma sistemática. Por último, se reflexionó sobre las POLITICAS PUBLICAS y los COMPROMISOS asumidos por cada actor, los recursos asignados y la formación de estos.

En el intercambio surgió que los planes de prevención deben ser hechos a medida de la comunidad y deben tener en cuenta la voz de la comunidad, y la subjetividad de esa comunidad. Algunas ideas a considerar: "Tu no quieres morir, lo que quieres es dejar de vivir así". "Quien tiene un pensamiento suicida es un portavoz de los que lo rodean".

En la discusión se valora que la medicalización y la psiquiatrización sobre el tema han llevado al fracaso. Solo en enfermería se dan cursos de prevención, no así en medicina, ni en sociología.

Es preciso tener en consideración las noxas, es decir los elementos con los que se pueda causar un daño. En cada profesión hay elementos peligrosos.

Un millón de personas se suicidan cada día en el mundo. Son hombres los que más lo logran. Por cada intento hay 20 tentativas y quedan 10 afectados, aunque depende del lugar. En un pueblo pequeño todo el pueblo queda afectado. La prevención es lo que se debe hacer.

En la experiencia de la ciudad de Castillos departamento de Rocha, se buscó consultar a la población, formar referentes y bajaron las tasas. En otras ciudades como Nueva Palmira y Carmelo del departamento de Colonia también hay experiencias con resultados positivos. En Canadá en el pueblo anouí aumentaron las tasas por los problemas de trabajo y de pobreza, pero los planes de prevención fracasaron porque no tuvieron en cuenta a los caciques. El 17 de julio en todo el país es el Día de Prevención de Suicidio porque es un hito definido por ley que estipula una cantidad de indicaciones para hacer una buena comunicación. La experiencia de Último Recurso en el Cerro de Montevideo es una de las experiencias más movilizadoras en la comunidad.

Víctor González y Catalina Barría, integran un Grupo Interdisciplinario de la Udelar para el estudio y la comprensión de la conducta suicida. En el taller aportaron datos para contextualizar. No es algo nuevo en Uruguay. ya en el siglo XIX el jefe de policía pedía a los periódicos que no publicaran sobre el suicidio. Del análisis de los datos quedan más dudas que certezas. 2002 fue un momento alto y se explica por la crisis, lo que no se explica es que luego pasado el momento crítico la cifra siguió creciendo. Estamos entre los primeros 20 países del mundo y en Latinoamérica somos terceros. En los años 1933- 34 hubo una alta tasa, en un contexto de crisis y el Golpe de Estado de Gabriel Terra. Cuando vuelve la democracia los datos comienza a bajar un poco.

A principios de siglo, se suicidaban en número casi igual hombres y mujeres. Cuando se adentra el siglo aumenta el suicidio de hombres. En el último período la tasa de hombres es la que aumenta y la de mujeres se mantiene.

Hoy en día hay tres poblaciones que se destacan por presentar tasas más altas de suicidios, varones, personas mayores y jóvenes. Las tasas altas en varones están relacionadas con el rol que tradicionalmente se asigna a los hombres, que tienen más problemas de expresar lo que se siente, son más competitivos y deben ser fuertes. Hay escasas publicaciones que traten de la depresión

masculina. Faltan instituciones que cumplan con dar sostén a los jóvenes. No se pueden dejar de lado los síntomas depresivos en esta población, se le resta atención a los jóvenes porque se cree que sobredimensionan. Las adolescencias no son un grupo homogéneo y se les resta importancia. Por último los adultos mayores, donde la enfermedad, aislamiento, la falta de atención a la soledad crónica, lleva a un suicidio pasivo (dejarse morir). Cabe preguntarse ¿Que rol cumplen los abuelos hoy? En este contexto se trata de incorporar otras expectativas, para avanzar por donde lo hacen los países que han tenido éxito en bajar los suicidios. El suicidio no solo implica la muerte sino también genera el duelo de los sobrevivientes. Hay que trabajar la problemática del sobreviviente. Importa el concepto de posvención que es trabajo donde la comunidad puede estar implicada. ¿Qué pasa en Uruguay que las víctimas y los sobrevivientes del suicidio no logran juntarse? ¿Cómo lograr que los sobrevivientes se impliquen?

## TALLER CUIDAR A QUIENES CUIDAN

### > Ver Video del Taller “Cuidar a quienes cuidan”

(Conferencia sobre Salud Mental y Abordajes Comunitarios)

Graciela Curbelo de la Asociación de Nurses del Uruguay presenta un trabajo colectivo sobre el Estrés Laboral cuya síntesis se transcribe como contribución al final de este capítulo. También María Noel Close del Departamento de Salud Ocupacional de Facultad de Medicina realiza una exposición que va como asimismo como contribución.

Walter Miglionico de la Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente del PITCNT realiza una definición marco desde el inicio: “para el Pitcnt los efectos del trabajo sobre nuestra salud (accidentes o enfermedades) no son un castigo divino ni falta de fortuna. Son producto de la organización del trabajo y de las decisiones que se toman en ese marco. Es un problema político”. El convenio 155 de la OIT que fue ratificado en Uruguay en 1988 establece la participación de los trabajadores en todo lo que tiene que ver con las decisiones que puedan marcar un impacto en su condición de salud. “Galileo como fundador del método científico sostuvo que no hay ciencia sin experiencia. En este tema esa experiencia la hemos pagado con sangre, sudor y lágrimas. Nuestra experiencia muestra que los dos impactos más fuertes en la salud de los trabajadores en los últimos años son la salud mental y las lesiones osteomioarticulares. ¿Por qué es esto? Porque se presiona más al trabajador y se le obliga a trabajar más rápido”. Este convenio 155 fue regulado en 2007 estableciendo ámbitos bipartitos en todos los lugares de trabajo para resolver disposiciones mínimas obligatorias. En el 95% de los lugares de trabajo esto no se cumple y no se reúnen las instancias bipartitas. Nadie puede negar que el estrés es un deterioro de la salud, pero sin embargo no está reconocido como una enfermedad profesional. En 2010 se aumentó a 104 la cantidad de enfermedades profesionales, pero se excluyó

el estrés (salvo el estrés post traumático). En 2011 se acordó con todos los actores en Uruguay la creación de un ámbito tripartito de discusión del estrés laboral pero no se ha podido reunir hasta ahora. "Hemos rebotado con el planteo. El argumento de las patronales es que meterse en la definición de la organización del trabajo es cogobernar. Los argumentos del gobierno han variado. No se quiere tocar ese tema. Está claro que vivir genera estrés, pero hay técnicas para ver cuáles son los factores laborales y lo que se ha reclamado es analizar, discutir el tema. Pero como repercute sobre las decisiones de la organización del trabajo no se acepta discutir".

Cecilia Iraola, enfermera, trabajadora de la salud desde hace 30 años, integrante también de la Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente del PITCNT, destaca que "¿Quién cuida al que cuida?" es una consigna en torno a la cual han trabajado. "Los trabajadores cuando nos certificamos nos descuentan los tres primeros días y nos pagan el 70% del sueldo. Los trabajadores son moneda de cambio., lo primero cuando se piensa en ahorrar es en los trabajadores. Muchas veces nos llevamos lo del trabajo para casa y lo de casa para el trabajo. La pandemia nos marcó muchísimo a los trabajadores de la salud. Somos cuidadores y somos usuarios. Muchas veces te mandan a la guerra con un escarbadientes. Está complicado.". Las certificaciones de los trabajadores de la salud privada han crecido año a año. Cifras: en 2017 se certificaron 134.611 trabajadores, en 2018 fueron 140.288, en 2019 se certificaron 151.109 trabajadores, en 2020 se certificaron 194.908 y en 2021 fueron 269.028 trabajadores. En 2022 se certificaron 243.719 trabajadores. Es decir, ha habido un aumento constante. "Durante la pandemia hubo cero inversiones empresariales. La pandemia fue un negocio para las empresas y fue una enfermedad para los trabajadores. Se sabía que vendría una epidemia de salud mental pero no se hizo nada al respecto".

Graciela Loarche del Instituto de Psicología de la Salud de Facultad de Psicología refiere su labor en eventos extremos e hizo énfasis en la salud mental de las trabajadoras que actúan en territorio. Quienes desarrollan tareas de socorro en situaciones traumáticas se exponen a factores de riesgo como: el contacto continuo con personas que viven situaciones dolorosas, en que se pierde el control de la vida, y en ocasiones no se pueden reparar y cambian radicalmente la vida de esas personas. Cambia nuestra identidad, pasamos a ser huérfanos, viudas o viudos, también nuestra identidad ambiental. En esa labor muchas veces se dejan las necesidades propias de lado. Tener empatía con los que sufren, cuando es siempre, desgasta. En Uruguay no hay equipos preparados y se es afectado e interviniente. En el interior quienes ayudan conocen a las víctimas y sus familias. No nos quedemos solo con los síntomas emocionales, sino también los físicos, cognitivos y conductuales. Quienes trabajan en esas situaciones son afectados directos. Entre los síntomas de estrés post situaciones extremas está no poder parar. Sentimos cierta melancolía o extrañeza de dejar ese trabajo y volver a la rutina. Hay un cierto sentimiento de superioridad de los que estuvieron efectivamente allí y se siente que no hay palabras para transmitir lo que pasó. Trabajar permanentemente con población

vulnerable agota mucho. Sobre todo, si no hay equipo donde pueda conversar, rotar las tareas, compartir lo que nos pasa. Se puede diferenciar el cansancio que se recupera, de la fatiga que continua. Los síntomas son reacciones normales, lo que no es normal es lo que sucede en el evento extremo. Se trata de producir personalidades resilientes y también comunidades resilientes y jerarquizar el autocuidado. Hay protocolos de autocuidado para trabajadores, equipos y organizaciones, con técnicas, priorizaciones, promoviendo el buen humor, asegurando información certera e incluso utilizando ejercicios sencillos de respiración.

En el intercambio se planteó la situación de las mujeres que deben cuidar a un familiar, los cuidadores no remunerados, que resulta muy frecuente en la actualidad. Un ejemplo fue la labor durante la pandemia cuidando a los demás sin presencialidad. Se valora que muchas tareas podrán ser sustituidas por máquinas o procesos automatizados pero los cuidados es un tipo de labor que siempre mantendrá su carácter personalizado. A nivel institucional durante la pandemia hubo cuidados insuficientes para los trabajadores, tanto para evitar los contagios como por los efectos psicológicos. Incluso cuando hay equipos de salud laboral no se visibiliza su labor, debería saberse más. Entre los trabajadores de la salud se sintió que no hubo reconocimiento a su labor, más allá de los aplausos porque por ej. no son consideradas tareas insalubres. También se mencionaron abusos en las certificaciones por parte de los trabajadores. Se fundamentó la necesidad de escuchar nuestro cuerpo. Además del sector salud se relataron iniciativas de cuidados orientadas a docentes en el oeste de Montevideo, que despertaron una gran demanda y no está claro como continuarlas. Entre los mecanismos de defensa existe a veces una cierta deshumanización, distancia respecto a las situaciones, y eso deteriora la atención. Además del autocuidado, el cuidado mutuo, el sentido de compañerismo, la labor colectiva, son formas de protección.

Se retoma la propuesta de hacer un Foro abierto para seguir comunicados abriendo temas de interés hasta el congreso.

## **6.1 - BIBLIOTERAPIA: Un dispositivo inclusivo y revolucionario**

Cristina Deberti Martins. Lic. en Bibliotecología y en Psicología y Biblioterapeuta

Kevin tiene 18 años, vive con su madre en un barrio obrero de Montevideo. No conoció a su padre porque se fue del hogar cuando él nació. Su madre trabaja como empleada doméstica durante diez horas diarias. Kevin completó la educación primaria en la escuela del barrio, pero abandonó el liceo en segundo año porque ayudaba en la feria para "sacar unos pesos para ayudar a la vieja"..... Hace un año Kevin "descubrió" la Pasta base de cocaína y su vida - hasta ese momento relativamente ordenada-, cambió radicalmente. Una historia que lamentablemente se repite en Montevideo, y en el interior del país.

Kevin llega al Portal amarillo (Centro Nacional de Información y Referencia en Drogas) con su historia a cuestas, con vergüenza y culpa, pero sobre todo con mucho dolor porque siente que ha decepcionado a su mamá, que está enojada con él y ella no le habla desde hace un mes.



Asiste a la biblioteca de la institución, y se integra a una sesión de Biblioterapia por primera vez. Allí, en un texto, que usamos como pretexto para conversar acerca de lo que siente, piensa y cree cada paciente, Kevin expresa que redescubre que le gusta leer, que hacía años no tenía un libro en sus manos...y entonces, solicita libros sobre la historia reciente de nuestro país, entusiasmado lo lleva a su casa, y dedica un buen tiempo a leer. Su mamá, sorprendida por la nueva afición de su hijo, se aproxima y ...juntos, empiezan a leer. Ella aportando algo de sus vivencias en torno al tema de historia que le interesa a Kevin, y éste, ampliando sus conocimientos y compartiéndolos con ella. Y el texto otra vez como pretexto, esta vez para el reencuentro de un hijo con su madre. Un reencuentro que propicia la narrativa de otras historias, más personales, que arrojan luz sobre la biografía de Kevin. Un trabajo de articulación de vivencias y sentires de madre e hijo que, a modo de hilos, van tejiendo nuevas tramas simbólicas que los envuelven y contienen emocionalmente.

La biblioterapia aplicada a personas con consumo problemático de sustancias tiende a favorecer

los procesos de simbolización y a generar escenarios psíquicos de mayor riqueza y cohesión. Ello sucede gracias a las palabras que encontramos en un texto y contribuyen a generar sentido a lo que sentimos, a habitar otros mundos, conocer otras tribus, a ampliar el horizonte, a nombrar el dolor y la angustia como requisito imprescindible para relanzar el pensamiento, y para reparar la trama simbólica averiada por vivencias traumáticas primitivas.

La técnica que desarrollamos se enmarca en la teoría psicoanalítica, porque el énfasis está puesto en el poder que esta disciplina le otorga a la palabra, sea por su presencia o su ausencia; porque el texto es el pretexto para generar y reparar la trama simbólica vincular y porque permite explorar zonas desconocidas del sí mismo. Es necesario un encuadre firme pero flexible, adaptable al contexto específico que la comunidad requiera: un espacio físico adecuado, un tiempo, y una pareja coordinadora conformada por mediadores de lectura con los conocimientos especiales, con la formación adecuada: psicólogos, bibliotecólogos, trabajadores sociales, educadores y todas aquellas personas que sean capaces de transmitir la lectura con entusiasmo y afecto. Las palabras, ésas que nos prestan los escritores en sus obras, esas que nombran lo innombrable, son el antídoto contra el acto, contra la angustia puesta en acto.

¿Y por qué titulamos que es un dispositivo además de inclusivo revolucionario? porque contiene en su germen la posibilidad de transformar vidas y generar verdaderas revoluciones íntimas.

## **6.2 - Vision de promotor comunitario de prevención del suicidio**

Daniel Silva. Integrante de la Organización de Usuarios de Salud del Oeste de Montevideo y Promotor comunitario de prevención del suicidio<sup>2</sup>

Un factor fundamental a tener en cuenta son las políticas sociales que se desarrollan en los territorios para la prevención de la conducta suicida. En ese sistema los vecinos tienen un recurso para acudir en el momento en que lo necesitan.

La contención, la vinculación y el desarrollo que determinadas tareas que allí se realizan, permiten al individuo encontrar un espacio de formación emocional, comunitaria y solidaria donde pueda sentirse más seguro y generar calidad de vida. Esto le permitirá integrarse a una sociedad donde encuentre lo necesario para su desarrollo como persona. En la economía de los barrios que necesitan apoyos contamos con esas políticas sociales en territorio que contribuyen a una convivencia sana. Ayudan a la integridad de las personas y previenen las conductas suicidas.

---

2 - Suicidios en Uruguay: un tema que preocupa y duele - Iglesia Católica Montevideo ([icm.org.uy](http://icm.org.uy))



Siguiendo los pasos mencionados en la atención comunitaria cabe destacar tres: escuchar, contener y derivar. Importan así la atención y la contención adecuada y también las redes de trabajo comunitario juegan un rol importantísimo porque son muchas veces el único recurso con el que se cuenta. Los vecinos que asumen esa responsabilidad desarrollan su labor en varios niveles: atención urgente donde se recurre a la atención profesional; la atención media donde las redes comunitarias son fundamentales como lugares de atención barrial y continuarán con la contención y el seguimiento del vecino y la atención de nivel bajo donde se lo atiende una vez por mes dependiendo del estado anímico del vecino. Toda esta tarea se realiza en forma voluntaria por no tener los recursos necesarios. Nuestra labor no se limita al zonal 17 de Montevideo sino que abarca también otras zonas como Paso de la Arena, La Teja, Colón, es decir un territorio extenso. Si contáramos los vecinos contenidos en 2021, 2022 y 2023 en estos barrios superan los 50 a pesar de no haber contado con los recursos necesarios. Se realizaron así talleres, debates, actividades sociales y comunitarias para sensibilizar a los vecinos sobre el tema.

En casos de suicidios en niños se dan porque están en soledad. También existen otros factores como la violencia doméstica o de género, el abuso de poder y el abuso sexual. Si el abuso sexual es intrafamiliar supone la pérdida de confianza en las personas que se supone son responsables de su cuidado. Bajará así su autoestima sin poder ver el rumbo a tomar y sin encontrar el lugar donde poner su confianza.

El suicidio lo entendemos como un fenómeno que trasciende a la persona y que es producto de una sociedad que no es capaz de sostener la vida. Partir de esta preocupación formamos, junto con el Departamento Integral del Estudiante de Secundaria, el Ministerio de Salud Pública, ASSE y el MEC, un espacio de trabajo con una estrategia que llamamos Enlaces con la Vida. Consistía en formarnos y realizar charlas y talleres en la comunidad a fin de trabajar en la prevención de la conducta suicida. Con la Mesa de Salud Mental se constituía, en el año 2019, una nueva red formada por estos actores más el Programa Apex, de la Udelar; la División Salud de la Intendencia de Montevideo, y docentes y personal de salud de nuestra zona. En el marco de constitución de esa mesa se establecen tres ejes prioritarios de trabajo: facilitar y promover el desarrollo de actividades de prevención del suicidio y de atención de acuerdo con el modo previsto en el plan del sistema de salud complementariedad público-privada; apoyar el desarrollo de nuevos dispositivos alternativos de salud mental para el cumplimiento del cierre de hospitales y clínicas psiquiátricas; trabajar sobre la prevención de la conducta suicida y la violencia. La prevención es la estrategia más beneficiosa. No solo evita el uso de recursos económicos en la atención de situaciones complejas sino también el sufrimiento, como sucede en el resto de los aspectos vinculados a la salud. En la salud mental, el 85% de los problemas puede implicar intervenciones que hagan necesario el uso de mayores recursos en el segundo y tercer nivel de atención. Entonces, ¿qué hacemos como población?

Lo primero es hablar del tema; lo segundo, darles herramientas a los ciudadanos comunes, de nuestro barrio, para que de alguna forma puedan ayudar a alguien que tenga una conducta suicida, y lo tercero es acompañar a esa persona que tiene una conducta suicida, porque para nosotros es fundamental que sienta que es importante. ¿Por qué? Porque y ahí está el tema el que se quiere suicidar no quiere quitarse la vida sino dejar de vivir determinada situación. Cuando decimos "situación" no hablamos de una enfermedad psiquiátrica o psicológica, sino que hablamos de los problemas comunes que sufre una sociedad: la falta de trabajo, la falta de alimentación, la falta de una vivienda digna, de una educación digna. Nosotros debemos escuchar al otro, debemos sentir que el otro nos importa.

### **6.3 - Propuesta teórico-vivencial sobre manejo personal del estrés.**

#### **Herramientas prácticas para uso continuo.**

Esp. Lic. Graciela Curbelo (Autora) (2021) Colaboradores: Dr. Alvaro Díaz; Lic. Rosario Gularte; Lic. Ana Rappanello; integrantes de la Comisión de Salud Mental de la Asociación de Nurses del Uruguay.

El estrés laboral como problemática de salud de los trabajadores, tiene un importante anclaje en el cambio histórico cultural, socioeconómico y tecnológico del industrialismo nacido entre la segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX. Los antecedentes históricos del estrés vienen desde 1926. Hans Selye, un estudiante de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, descubrió que todos los enfermos a quienes estudiaba presentaban síntomas comunes y generales independientes de su enfermedad.

El término estrés viene de la palabra griega stringere, y significa 'provocar tensión'. En física la palabra estrés (stress) hace referencia a la fatiga de los materiales, por la presión que ejerce un cuerpo sobre otro. Hablamos entonces de tensiones, presiones y fatiga que también los seres humanos padecen en condiciones de sobre exigencia a sus capacidades y habilidades, tanto individuales como grupales y que está especialmente presente en las áreas de trabajo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT/ 2016) nos comparte: "El estrés relacionado con el trabajo, está determinado por la organización del trabajo, el diseño del trabajo y las relaciones laborales, y tiene lugar cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden las capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias no coinciden con las expectativas de la cultura organizativa de una empresa.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS/2015): el estrés laboral es identificado como un grupo de reacciones emocionales, psicológicas, cognitivas y conductuales ante exigen-

cias profesionales que sobrepasan los conocimientos y habilidades del trabajador para desempeñarse de forma óptima.

En la actualidad el estrés laboral es una problemática de importancia en el área de la salud-salud mental y ha requerido de diversas voces de la sociedad civil y la academia para fundamentar la importancia de prevenirlo y atenderlo, tanto desde los diferentes lugares de trabajo como en las instituciones de salud.

La repercusión de estar expuesto a factores de sobre exigencia física y psíquica de corta, media o larga duración puede generar consecuencias en todos los sistemas del organismo humano e instalar afecciones como: presión arterial alta; insuficiencia cardíaca; obesidad; diabetes; depresión; cuadros de ansiedad; problemas de piel (ej. eczemas,), problemas menstruales, dificultades de atención y concentración, entre otros.

Las profesiones y oficios dedicados al cuidado y a cargo de otras personas, a veces en situaciones críticas, son especialmente influenciados por la carga emocional que esto conlleva, contándose entre ellos a los trabajadores de áreas de la salud, educación y otros servicios como por ejemplo bomberos y policías.

Para este fin hemos atendido lineamientos de Instituciones como las del Instituto Karolinska de Suecia donde se aplican y orientan programas preventivos del estrés laboral.

Los diversos enfoques del estrés y su manejo nos guían a potenciar a través del autocuidado individual y el cuidado de los equipos de trabajo, los factores de protección brindados por climas de trabajo con apoyo mutuo, complementariedad y aceptación de los diferentes roles y funciones de los trabajadores, para que esto sea posible es imprescindible el compromiso público y privado por respetar todas las normativas inherentes al bienestar de los trabajadores.

Desde lo personal es prioritario recuperar la energía gastada en sostener las diversas situaciones que causan nuestro estrés, ello permitirá en el tránsito diario, salir de estados que tienden a desorganizarnos mental, emocional y físicamente.

Sabemos con certeza, que nuestro cuerpo siempre permanece en el Aquí y Ahora, es nuestra ancla, por tanto, apelaremos a todos los datos que nos brinda a través de los sentidos y las sensaciones que estos generan, para estar bien presentes en nosotros mismos. Minimizar, negar, evadir los que nos agota, tensiona y/o aflige es un camino sin salida que solo termina en el desgaste personal y la enfermedad. Desarrollar nuestra capacidad personal de estar bien afincados y presentes en lo que vivimos, nos permitirá detectar con rapidez aquello que nos está afectando, desbordando, para aplicar el cómo cuidarnos y prevenir los efectos adversos del estrés.

Compartiremos algunas herramientas que forman parte de un “Programa de manejo del estrés”, donde las pautas se pueden practicar tanto dentro como fuera del trabajo, individual o grupalmente,

y tienen la propiedad de ser realizadas en un tiempo breve y acotado a cada posibilidad de los trabajadores.

Algunos ejemplos (adecúalos a tus horarios):

**Estar con luz natural en algún momento de tu jornada diaria.** La luz del sol o la luminosidad de un espacio abierto son muy eficaces para recargar energía. En tu lugar de trabajo puede ser un patio donde entre la luz del sol o la luz del día, o a través de una ventana abierta donde puedas recibir directamente luz natural. Si estás en tu hogar, puedes hacer un paseo, caminata, e incluso mandados, aprovechando la luz. De igual modo los ambientes ventilados, con aire fresco, colaboran en mantener los lugares con mejor calidad para el descanso. Si tienes un lugar cercano con plantas y/o árboles, trata de visitarlo con frecuencia. Recuerda observar-sin juzgar- la forma en que respiras, observa y nota los cambios.

**Alimentación:** Durante las jornadas laborales se ha estudiado que lo ideal son comidas no abundantes, sin exceso de azúcar y grasas. Más allá de la costumbre uruguaya del mate (personal), que aporta líquido, es importante tomar agua pura y consumir verduras y frutas. En lo posible sentarse para comer, y tratar de hacerlo sin apuro. *La actividad de comer es un mini descanso necesario y merecido para reposición de nutrientes y recuperación de energía.*

**Ducha consciente.** Utiliza la ducha diaria como un tiempo para descubrir y/o redescubrir sensaciones. La piel es el mayor órgano de nuestro cuerpo. Permite que el agua recorra tu cuerpo e identifica las diferentes zonas por las cuales va cayendo, cual es la o las sensaciones que predominan durante la ducha, cuales zonas aparecen con más claridad en tu mente. Escucha cómo cae el agua. No te apures en la ducha, dedica (si estás limitado/a en horarios) un mínimo de tiempo a la caída del agua por tu piel, enjabonarte, enjuagarte y secarte. Haz una cosa por vez y diferencia bien cada paso, tu sistema nervioso agradece que le permitas discriminar y apreciar los diferentes componentes de esa actividad para recargarse de energía.

**Gestos de cuidado corporal:** afeitarse, secarse el pelo, maquillarse, perfumarse, cortarse las uñas, vestirse, son actividades que requieren un tiempo mínimo de dedicación, mientras las hagas pon tu atención en que sensaciones van apareciendo. Busca las sensaciones placenteras en estas actividades cotidianas. Lo grato es una fuente de energía y es necesario jerarquizarlo. Incorporalo en el trabajo a tus rutinas de higiene, vestimenta.

El manejo personal del estrés y sus beneficios mentales, emocionales y físicos para los integrantes del equipo de trabajo los ayudará a estar atentos y abordar con mayor eficacia, las pautas de seguridad y confort requeridas para el trabajo que desempeñan y el planteo pertinente a las autoridades laborales, si estas no se cumplen. El derecho a la salud - salud mental de los trabajadores, es incuestionable.

## **6.4 - Propuesta para un Plan de Prevención del Suicidio en 2023 y 2024.**

### **Por los cuidados y la protección de la Vida**

Tomando en cuenta los aportes volcados en el taller sobre Prevención del Suicidio realizado en el marco de la Conferencia sobre Salud Mental y Abordajes Comunitarios realizada en la localidad de Atlántida, Canelones el 21 de abril próximo pasado en el marco de la preparación del Congreso Salud Participación Social y Comunidad Dr. Pablo Carlevaro.

Consideramos los saberes acumulados durante años por las organizaciones que han prevenido el suicidio en los territorios, los estudios realizados por la Udelar en este campo y la formulación de la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio.

En base a estos antecedentes se plantea la siguiente propuesta para un Plan 2023-2024 en esta temática.

### **FUNDAMENTOS Y ESTRATEGIAS PROPUESTAS**

1. Las cifras de intentos de suicidio reveladas recientemente por el MSP y las cifras de suicidios de los últimos años muestran una situación muy grave que exige un Plan de Acción para el año 2023 y 2024 además de estrategias de mediano y largo plazo. No podemos ser indiferentes y no podemos simplemente esperar que otros resuelvan el problema.

2. Partiendo y complementando la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025 de la Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio, se hace necesario ir disponiendo de informes sobre cómo se han implementado las acciones allí previstas, así como los impactos por hoy detectables de dichas acciones.

3. Todas las propuestas que hacemos -criterios y acciones- son pensadas para aplicarse de inmediato, y tienen un enfoque hacia la integralidad y el sostenimiento de las acciones de prevención de la conducta suicida, y tienen expectativas de impacto de corto, mediano y largo plazo.

4. Se propone desarrollar tres grandes estrategias de acción complementarias:

- » fortalecer los factores positivos, de protección social, psicológica, cultural y sanitaria que existan en dichas comunidades. Resaltamos la importancia de la formación y diálogo constante con Promotores Comunitarios de Salud.
- » Actuar sobre los factores de vulneración, agresión, fragmentación y deterioro de las condiciones sociales, culturales, psicológicas, sanitarias de las poblaciones incluyendo el estudio y el apoyo a los grupos de mayor riesgo en esta materia.

» Asegurar la atención, acompañamiento y apoyo a las personas con intentos de autoeliminación o síntomas que permitan una detección temprana de riesgo suicida, así como trabajar en posvección, en especial con los sobrevivientes cercanos con equipos interdisciplinarios e interinstitucionales disponibles, instrumentando instancias de capacitación e interconsulta permanentes. Estas acciones además permitirán detectar factores de riesgo (familiares, organizacionales, comunitarios, socioeconómicos u otros) que aportarán a la acción de la Mesa de Trabajo de la comunidad.

5. Todas las intervenciones se deben realizar enmarcadas y conectadas con una estrategia común e integral, marcada centralmente por la participación de todos los actores, con énfasis en la participación comunitaria, con el apoyo de Mesas de Trabajo (ver puntos f y g) con funcionamiento sistemático, en base a criterios territoriales y/o por actividades / formas de vida especialmente vulnerables. Por lo anterior, estas acciones deben estar vinculadas estrechamente con las estrategias y acciones que se realizan hacia la implementación de la Ley 19.529, Ley de Salud Mental.

6. Entendemos por participación para esta tarea el desarrollo y potenciación de espacios horizontales de definición de problemas, diagnóstico, planificación, implementación, monitoreo, evaluación y sistematización.

7. En este sentido vemos de importancia central la creación de Mesas de Trabajo territoriales y por poblaciones especialmente vulnerables con la integración de actores involucrados, con especial cuidado en promover la participación de organizaciones sociales y vecinales. A su vez, desde dichas Mesas, vemos muy útil conformar un espacio de encuentro horizontal y amplio que avance en una mirada general para nuestro país con instancias que fortalezcan la evaluación, deliberación y ajustes de los planes.

A continuación, detallamos criterios y acciones que sabemos necesarios para lograr avances y aprendizajes conjuntos en el abordaje de una herida social que es síntoma y causa de mucho sufrimiento psíquico, con sus consecuencias en todos los niveles del funcionamiento personal, familiar, barrial y social en general.

## **PROPUESTA DE CRITERIOS Y ACCIONES PARA UN PLAN 2023-2024**

1. **Mesas de Trabajo y Planes Locales de Protección de la Vida.** Toda acción se instrumentará en intervenciones con participación (diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación) de todos los actores de cada espacio o institución, en lógica de Salud Comunitaria. Las intervenciones en sus diferentes aspectos (población, momentos, características) serán el resultado de las definiciones realizadas por el conjunto de los actores, elaborándose así Planes Locales de Protección de la Vida.

Resaltamos la importancia de las Mesas de Trabajo con sus distintos alcances territoriales y por población en riesgo.

2. **Equipos interdisciplinarios.** Asumir que la gravedad de la problemática implica la creación y refuerzo de equipos interdisciplinarios para la atención, (psicología, psiquiatría, medicina de familia y comunidad, enfermería, trabajo social) que no deben depender de la presencia de alguna profesión en particular y, de acuerdo a esto, se definirán y ejecutarán las instancias de capacitación y protocolos de derivación e interconsulta necesarios.

3. **Valores orientadores.** Entre estas estrategias deben contemplarse

- » El rescate y la reafirmación de las identidades locales, la historia, la cultura, las personas que construyeron solidaridades y valores de protección y unión de las comunidades.
- » Afirmar los valores de integración, reconocimiento, respeto, convivencia, solidaridad y participación requieren acciones concretas que perduren en el tiempo.

4. **Información localizada y compartida.** Georreferenciación de los lugares con mayor presencia de suicidios e intentos de suicidio, a fin de definir prioridades y evaluar resultados. Importan las cifras por municipio y departamento a disposición de todos los actores involucrados.

5. **Crear y fortalecer equipos interdisciplinarios** en Centros de Salud y hospitales tanto del interior como en Montevideo los hospitales Pasteur, Maciel y Pereira Rossell mencionados en el punto 2 de esta propuesta, para abordar tanto las situaciones de emergencia como la atención y seguimiento.

6. **Formación continua y telemedicina.** Fortalecer en formación específica a equipos de salud, en general y en especial a los mencionados en el punto 5, en forma continua incluyendo modalidades y virtuales y la utilización de la herramienta de la telemedicina (capacitación, presenciales interconsultas, etc.).

7. **Promotores comunitarios.** Asegurar la formación permanente de promotores comunitarios que sean referentes en cada comunidad para el desarrollo de los planes acordados, con instancias de aprendizajes compartidos. Los adolescentes y jóvenes integrarán especialmente esta línea de acción.

8. **Cuidados y contención de los trabajadores.** Prever instancias de contención y apoyo a quienes están en contacto con las poblaciones de mayor riesgo, como trabajadores de los servicios o agentes comunitarios.

9. **Seguimiento y control.** Controlar la aplicación de planes y protocolos registrando, analizando y

comunicando cumplimientos y apartamientos de los protocolos, incluyendo efectores privados y públicos, así como a su integración en las articulaciones territoriales.

10. **Formación a educadores, trabajadores y referentes.** Debe complementarse con más formación a referentes en el tema en cada lugar. Se incluirán a las Mesas de Trabajo y capacitación al personal operativo del Ministerio del Interior y equipos de otros ministerios (MEC, MIDES), Intendencias y Municipios que actúen con población especialmente vulnerada.

11. **Apoyarse en los conocimientos y capacidades de los equipos** que han trabajado en el tema. Entre los actores a incluir están el Área Salud de la Udelar, al Equipo de Comprensión y Prevención de Suicidio (UdelaR), otras áreas académicas, Organizaciones de la sociedad civil y actores comunitarios que trabajan el tema.

12. **Difusión y Rendición de Cuentas.** Los planes y acciones serán difundidas ampliamente. La rendición de cuentas y evaluación del cumplimiento tendrán una instancia semestral obligatoria. Se definirán un número mínimo de intervenciones por año, incluyendo la cantidad de instancias de formación y talleres con las poblaciones objetivo.



## > Declaración final de la conferencia



## 7. DECLARACIÓN FINAL DE LA CONFERENCIA

**Atlántida, 21 de abril de 2023**

Quienes participamos de esta Conferencia de Salud Mental, preparatoria del Congreso Pablo Carlevaro: salud, participación social y comunidad, queremos expresar algunas ideas que nos orientan y que damos gran importancia a la hora de pensar la Salud mental como un aspecto de la Salud Integral de nuestra población.

Todas las personas, incluso quienes leen esta declaración, pueden aportar en la construcción de mejores vínculos en nuestras comunidades. No hay acciones chicas y acciones grandes: todas pueden ser constructoras de buen vivir, de relaciones donde el disfrute y la solidaridad sean cada vez más grandes y cotidianas.

En este sentido vemos como esencial la construcción de redes para la acción en salud mental, donde el desarrollo de los vínculos mediante el intercambio de experiencias, la resolución conjunta de desafíos y la acción coordinada y conjunta van conformando una estrategia común integral que fortalece los resultados y los orienta hacia el buen vivir en la vida cotidiana familias, personas, organizaciones y distintos colectivos.

Esto implica la inclusión de quienes estén transitando las distintas etapas de la vida: desde la primera infancia hasta las personas mayores. Vinculado a lo anterior, consideramos central respetar los saberes de las personas y colectivos de los distintos territorios, así como su capacidad de decidir y actuar. Es importante valorar los aportes de las experiencias locales en la construcción de alternativas viables.

Así, descentralizar implica dar cabida a experiencias nuevas, aprender de las diversidades e inspirarse en el trabajo colectivo. Todo esto también tiene la intención de cuestionar ciertas hegemonías que se desarrollan en el campo de la atención en salud, tanto disciplinares como gubernamentales.

Por otro lado, los impactos de cada organización y en conjunto se potencian mediante la coordinación, intercambio y acciones conjuntas entre actores comunitarios, académicos y los organismos del Estado.

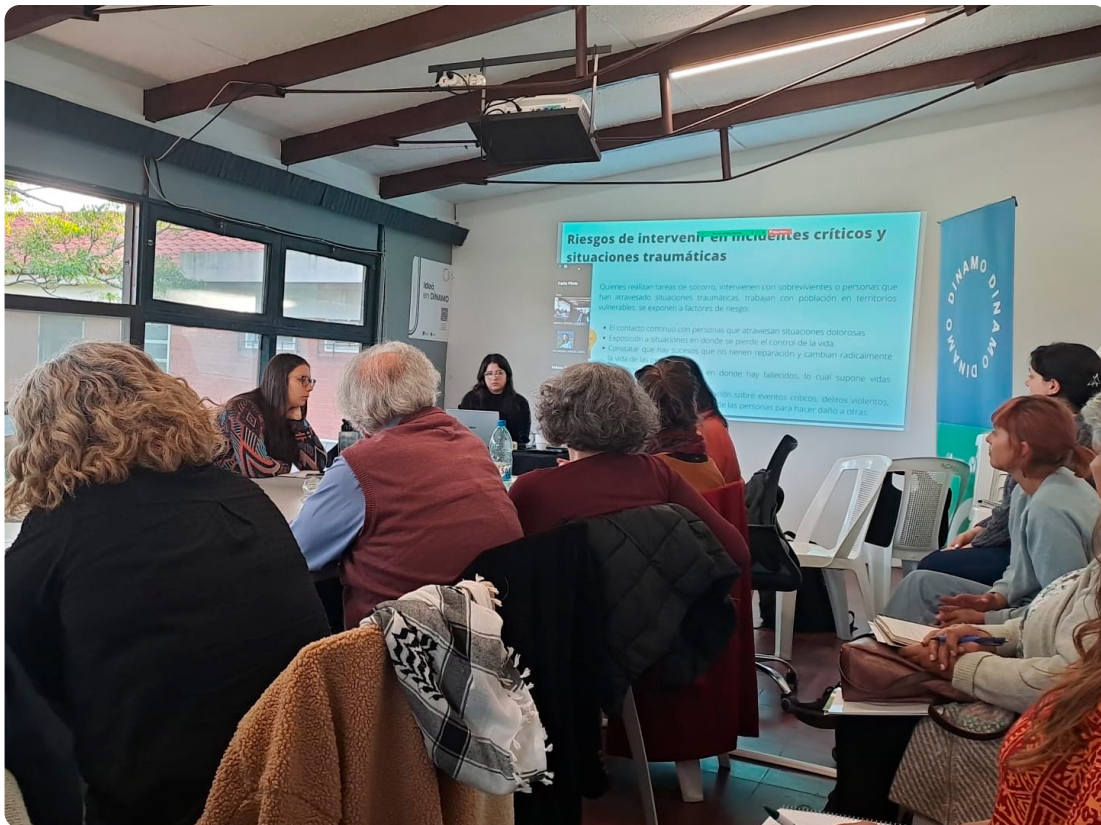
También vemos necesario un compromiso real del Estado en todas sus expresiones: no sólo desde los recursos que se asignen a la salud mental de la población –en especial de los grupos y territorios más excluidos e ignorados–, sino también en la transformación de su accionar hacia formas que promuevan el protagonismo de las comunidades, los distintos colectivos y personas implicadas.

Compartimos que hay muchas formas de desmanicomializar, y que no se trata solamente del proyecto de cerrar los asilos, sino que hay muchas formas en las que el encierro se distribuye en nuestra sociedad y las prácticas sociales.

Por eso, tenemos la convicción de que las mejores políticas de salud deben priorizar la promoción y prevención, atendiendo al acceso a la cultura, la recreación, el trabajo, la vivienda, los cuidados, la educación, la alimentación, enmarcados en la promoción de la calidad de los vínculos. En definitiva, las políticas de salud integral suponen restituir derechos vulnerados, ya que no hay salud mental posible en la medida en que los derechos humanos no son protegidos.

Finalmente, entendemos que no se puede seguir negando el profundo problema de la salud mental en nuestra comunidad. En la medida en que seamos insensibles a los problemas de las personas internadas hace muchos años en los hospitales, en los distintos problemas de sufrimiento psíquico en la población que no tienen respuesta, en la falta estrategias y políticas para cuidar a cuidadores, o en las profundas injusticias sociales que determinan el sufrimiento psíquico. Celebramos esta jornada de encuentro e intercambio.

Queda mucho por dialogar y accionar, nos reencontramos próximamente para seguir construyendo en conjunto.



## > Resonancias de la conferencia



## 8. RESONANCIAS DE LA CONFERENCIA

La conferencia de Salud Mental tuvo toda la tensión para nosotros por ser la primera de las que se realizarían para llegar al congreso Pablo Carlevaro en el mes de noviembre, hubo mucho piense y flexibilidad para tejer un grupo con capacidad de rehacer sobre la marcha cuando fue necesario y hacerlo con la confianza de todos, cambios de horarios, nuevos panelistas que tomaron el lugar de otros que se bajaron. El equipo y el ambiente generado hizo posible, que con escasos recursos nos diéramos un buen encuentro.

Los aportes materiales y de infraestructura de Intendencia de Canelones sumaron al ambiente y la comodidad con la que transcurrió la jornada

Elegimos estar en el grupo organizador de la conferencia de salud mental, entre otros motivos, porque el tema es central en nuestro hacer en salud desde la comunidad y teníamos el acercamiento a varios colectivos que no son conocidos por todos. Antes habíamos elegido estar en la tarea de organización del congreso, esto porque las instituciones y los colectivos que se comprometieron desde el principio, nos permitía pensar en articular un trabajo participativo, dialógico y horizontal; para tener intercambios críticos sobre salud comunitaria y colectiva ya que las instituciones y los colectivos implicados eran referentes de las prácticas participativas con trabajo territorial en distintas áreas, con variados matices, pero con experiencias de participación muy concretas.

La planificación, el lanzamiento y la búsqueda de recursos hasta llegar a la realización, fue pensado de manera creativa, desarrollada colectivamente y fue estructurando criterios compartidos, que sumaban complejidad y por lo mismo una gran riqueza.

- » cuidar la paridad de género,
- » la participación en todos los espacios, siempre equilibrada de la academia, los actores de políticas sociales y la comunidad,
- » quebrar la centralidad de Montevideo,
- » buscar, indagar y colaborar para tener la presencia de experiencias poco conocidas,
- » contar siempre con experiencias del interior del país,
- » que todas tuvieran un fuerte componente de trabajo comunitario y participativo.
- » tener por lo menos una presentación de experiencias del exterior.

Entendemos que gracias a todo eso en la mesa de experiencias de abordajes comunitarios de salud mental de esta primera conferencia, conocimos trabajos de colectivos muy variados, que fueron seguidas con interés y al final de las presentaciones dieron lugar a un intercambio cálido y profundo.

Los tres talleres tuvieron la riqueza de contar con presentadores con mucha experiencia y apertura a otras miradas, por lo que no se vieron oposiciones sino amplitud para integrar lo diferente. Los participantes también contaban con experiencias interesantes, y los que no, los vivieron con una sensibilidad que dio lugar a importantes aportes.

También hay que decir que tuvimos la suerte de tener la presentación de dos libros, ambos de gran interés para los colectivos de salud mental comunitaria y colectiva: el de experiencia colectiva para sustentar la vida: producción de salud mental en territorios de lo común del grupo de salud comunitaria de la UdelaR recoge las voces y miradas de varios colectivos con trayectoria reconocida en las luchas antimanicomiales y grupos que han generado dispositivos alternativos a las prácticas bio hegemónicas en salud. El otro, Ejedesencuadrá de Agustín Barúa Caffarena, trata los mismos tópicos desde una práctica muy creativa.

Finalmente, la declaración de la conferencia y el compromiso asumido sobre tema de prevención del suicidio, dan cuenta de la necesidad y voluntad de continuar un trabajo común que sin duda se verá de ahora en más y sobre todo, enriquecerá el Congreso del mes de noviembre.

Ricardo Larrañaga

Integrante de la Organización de Usuarios de salud del Oeste de Montevideo



