



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

IDENTIDADES DISIDENTES: ENFRENTAMIENTO
AL ESTIGMA Y RESIGNIFICACIÓN DE UNA
IDENTIDAD ASIGNADA A LA ENFERMEDAD
MENTAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

TONATIUH KINICH GUARNEROS GARCÍA



DIRECTORA DE TESIS: Dra. María Emily Reiko Ito Sugiyama

REVISORA: Dra. Jazmín Mora Rios

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

El presente trabajo, resume un proceso de aprendizaje, formación y reflexión por el que fui transitando en compañía de múltiples personas lo que lo vuelve sumamente íntimo y de gran significación personal.

Por lo tanto, este pequeño espacio para el agradecimiento transita en una suerte de declaración persona igual de íntima. Tratar de concretar en un número resumido de nombres, la lista inmensa de aquellos quienes estuvieron este proceso. Siendo necesario, ofrecer de antemano una sincera disculpa por la posible y muy segura omisión de muchos.

Un principal impulso al cual estaré en constante agradecimiento es a mi familia, A Itza que me permite cuidarlo y cuida de mí, que me enseña la fortaleza y potencia de una sonrisa como un certero golpe. A mamá que soporta con paciencia mi mal humor y nunca a dejado de apoyarme. A papá que no renunció a creer en la posibilidad de que finalizará este paso académico, a pesar de que yo continuamente lo hacía.

Sin duda, un lugar muy especial está dedicado a la Dra. Emily quien con su constancia y compromiso, impulsó la finalización de este trabajo, sumando consejos y cuestionamientos que me llevaban a replantearme nuevos caminos y nuevas preguntas aparecían, ¡muchas gracias por todo!

Así también, agradecer a la Dra. Jazmín por sus precisas revisiones y comentarios, por compartir su experiencia y aconsejarme.

A mis sinodales por su paciencia y lectura, Dr Ignacio, Dra Clouette y Mtra Rosa María con quienes espero seguir en contacto y establecer nuevos diálogos y nuevas dudas.

A Beto y Magy a Angel y Lupita, por su presencia y compañía, por esa invitación a repensar la psicología y por ese continuo aprendizaje que se transita en la amistad.

Ciertamente, el principal agradecimiento es para los participantes de Radio Vilardevoz, quienes a pesar de la distancia física y temporal se estableció una forma de complicidad a través de la escucha, compartiendo risas, llantos, corajes, esperanzas y sueños. Un particular agradecimiento a Cecilia Baroni, Andrés Jiménez y Monica Giordano quienes permitieron que esta aproximación fuera posible, siendo muy accesibles. También haciendo mención a Aldhemar Seara y a Diego Planchesteiner, dos figuras que representaron aquello que identifiqué como identidades disidentes en salud mental, con quienes me sentí muy cercano y quienes fallecieron iniciando el año.

Finalmente, A Gera que además de agradecimiento, es dedicatoria y es invitación, es un aporte a este diálogo común que atraviesa nuestras vidas y que las acerca también.

Índice

Introducción.....	11
Capítulo 1 Aproximaciones al estigma y desestigmatización de la enfermedad mental.....	20
1.1 Definición del estigma.....	20
1.2 Acercamientos y enfoques teóricos sobre el estigma.	22
1.3 Desestigmatización y lucha contra el estigma.....	36
Capítulo 2 Aproximaciones a la Locura.....	42
2.1 Conceptuación histórica y cultural de la locura.....	42
2.2 Posiciones encontradas entre enfermedad mental y locura.....	49
2.3 Conceptuación política: desterritorialización actual de la locura.....	55
2.4 Los sujetos de la locura.....	60
Capítulo 3 Método.....	70
3.1 Objetivos	
3.1.1 General.....	71
3.1.2 Específicos.....	71
3.2 Consideraciones éticas.....	72

3.3 Contextualización:	
Descripción de la Radio.....	73
3.4 Procedimiento: Contacto con la Radio	80
3.5 Integración del corpus.....	80
Resultados.....	87
Capítulo 4 La conformación de identidades disidentes.....	87
4.1 La locura como movimiento de desestigmatización y lazo social.....	91
Capítulo 5. Participación social y la lucha por una ley de salud mental.....	104
5.1 Creación y conformación de una nueva ley.....	105
5.2 Actividades conjuntas de impulso de ley: desembarcos, marcha, diálogos y discusiones.....	111
5.3 Documentos y posiciones de la radio al proyecto de ley de salud mental.....	122
Capítulo 6. Cartografía de las radios locas; la expansión de identidades disidentes de despatologización y desestigmatización de la locura.....	132
6.1 El encuentro como dispositivo y objetivo en sí mismo.....	134
6.2 Nombres e historias de las radios.....	137

6.3	Cómo funciona cada radio.....	143
6.4	Alternativas a lo manicomial.....	149
6.5	Experiencias personales.....	159
6.6	El abordaje comunitario de la locura y de la radio.....	161
6.7	El contexto territorial de cada radio.....	165
	Discusión.....	168
	Consideraciones finales.....	193
	Referencias.....	201
	Apéndices.....	209
	A. Comunicado de prensa. Radio Abierta-Radio Vilardevoz.....	209
	B. Comunicado público ante los hechos ocurridos en la Colonia Etchepare.....	211
	C. Ocho razones para una nueva ley de salud mental.....	214
	D. Hermanando pueblos, acortando distancias, desafiando geografías.....	218
	E. Programa del encuentro.....	222
	F. Mapa de Radios locas de Latinoamérica	

Resumen

En el campo de la salud mental, el discurso de las personas que han sido diagnosticadas con una patología mental, se vuelve igualmente relevante, o aún más, que la descripción de los síntomas propios de las patologías.

Es siguiendo esta idea que el presente estudio de tipo social, analiza, utilizando un método cualitativo, algunos de estos discursos dentro de la producción de una radio que es realizada por los mismos usuarios de salud mental, radio Vilardevoz, llevando estos discursos a una renuncia por parte de los usuarios, de una identidad impuesta a la idea de enfermedad y la conformación de una propia, que cuestiona las actuales formas de relacionarse con la llamada enfermedad mental y el acercamiento a la locura, esta identificación de identidades propias es el principal objetivo del estudio.

La radio Vilardevoz, a lo largo de sus 18 años de trayectoria, ha venido trabajando este proceso, entre otros, de conformación de una identidad como conquista de autonomía, en un proceso de lucha contra el estigma y como un dispositivo de enunciación colectiva.

Es a través del análisis sistemático de algunos audios recogidos en el año 2015, que estos procesos de desestigmatización, de recuperación de autonomía y de configuración de identidad son descritos en voz de los mismos afectados, sobresaliendo algunos

aspectos relevantes que denotan movimiento; la vinculación, la participación y el encuentro, siendo llevados dentro de un abordaje comunitario.

El resultado de este análisis, dio origen a una profunda reflexión y cuestionamiento a las formas de intervención, de acercamiento, de relación, de implicación y de compromiso comunes, que aún persisten en la sociedad y sobre todo en los profesionales de la salud mental.

Palabras clave: estigma, enfermedad mental, locura, identidad, salud mental.

Introducción

De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos mentales han ido en aumento en los últimos años y los servicios de atención a la salud mental han resultado limitados e inadecuados (Rodríguez, Kohn y Aguilar-Gaxiola, 2009). Prestar atención a esta creciente problemática se ha dejado en su mayor parte a la dimensión médica, sin embargo, “pese a contar con mucha información sobre la incidencia, la prevalencia, la evolución, el diagnóstico, la clasificación, las discapacidades y la carga de los trastornos mentales, apenas se tienen datos sobre recursos disponibles” para hacer frente a esta problemática (OMS, 2001, p. 6).

Lo que lleva como una necesidad de suma importancia el llevar a cabo investigaciones de tipo psicosocial que exploren estos sistemas de atención, abarcando más allá de las características individuales (capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás), factores sociales, económicos, políticos y ambientales (políticas nacionales, condiciones laborales y nivel de vida) (Martínez-Hernández, 2008; OMS, 2013).

Se han ido desarrollando varias propuestas de acercamientos psicosociales, que posiblemente respondan a este vacío, que si bien se ha relegado a la mirada médica, otras disciplinas, como la antropología, la historia y la sociología apenas han considerado. Por

lo tanto, el presente estudio es un intento por observar el desarrollo y ejercicio práctico de un ejemplo de esta propuesta de acercamiento de tipo psicosocial, que integre, como parte fundamental, las narrativas de las personas sujetas a trastornos o diagnósticos psiquiátricos.

Las personas con diagnósticos psiquiátricos a menudo se enfrentan a la estigmatización y discriminación en todas las partes del mundo (OMS, 2003), particularmente aquellos que padecen trastornos considerados como graves tales como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, lo que los lleva a sufrir frecuentes violaciones de los derechos humanos, negándoles derechos civiles, económicos, sociales, políticos y culturales, con continuas restricciones impuestas al trabajo y a la educación, así como a los derechos reproductivos y al derecho a gozar del grado más alto posible de salud. De acuerdo con informes de la OMS (2013) las personas con diagnósticos psiquiátricos “Pueden sufrir también condiciones de vida inhumanas y poco higiénicas, maltratos físicos y abusos sexuales, falta de atención y prácticas terapéuticas nocivas y degradantes en los centros sanitarios” (p. 8) así como fuera de ellos, lo que les lleva a vivir en constantes situaciones de vulnerabilidad y pérdida de vínculos, de la toma de decisiones y el ejercicio de sus derechos.

Esta situación ha sido llevada al terreno de la marginación y exclusión debido al establecimiento del estigma que despierta y se reproduce

en la sociedad, “manifestados a través de sentimientos de burla, distanciamiento, compasión o miedo, fenómenos sociales observables y que están presentes, así como las posibles disfunciones neuroquímicas, como evidencia social de su sufrimiento” (Correa, Silva, Belloc y Martínez Hernáez, 2006, p. 49).

Debido a esta problemática, la OMS ha elaborado un plan de acción, que contempla un periodo desde el 2013 hasta el 2020, el cual “hace hincapié en la necesidad de servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas que protejan, promuevan y respeten los derechos de las personas con trastornos mentales” (OMS, 2013, p.7) en consonancia con lo dispuesto en una serie de pactos y convenciones internacionales, debido a la continua violación de los derechos humanos y discriminación que sufren las personas con trastornos mentales.

Dentro de este plan de acción se promueve un enfoque comunitario más que una individualizante atención a la salud mental, trabajando con las personas en pie de igualdad “en lo que se refiere a su atención; ofrecer alternativas con respecto a los tratamientos y a los prestadores de la atención” (OMS, 2013, p. 10) así como brindar el apoyo para la creación y fortalecimiento de asociaciones y organizaciones de personas con diagnósticos psiquiátricos, así como de sus familiares y cuidadores, facilitando el diálogo entre otras organizaciones, quienes brindan los servicios de atención a la salud

mental y las autoridades públicas de los sectores social y de la salud. Al igual que la inclusión de programas y políticas públicas que faciliten el acceso a derechos humanos básicos como el empleo, la vivienda, la educación y su participación en actividades de la comunidad (OMS, 2013).

Es por ello que el principal interés de desarrollar esta propuesta de investigación, fue el analizar un acercamiento a lo considerado dentro de la salud/enfermedad mental de tipo psicosocial donde se tome como eje de acción, intervención o tratamiento principal el contexto, las biografías y narrativas de los sujetos más que la unidimensionalidad analítica en la biología de los individuos.

Debido a que es dentro del análisis de estas narrativas de su biografía y vivencias, que generalmente quedan fuera del ámbito académico y del campo de las ciencias, que se puede generar una forma de abordaje distinto. Lo que lleva a retomar conceptos diferentes, en desuso o asociados a otro campo de actividad. Es aquí donde la figura del **loco** adquiere sentido, tomando una representación particular y una actividad propia, dejando de observar a los sujetos en términos de enfermedad o de paciente, sino que es en los términos de un sujeto activo que lucha por abrirse paso, en una recuperación de autonomía.

Siendo que para una mejor comprensión de los orígenes del actual impacto y creciente problemática de los trastornos mentales, su cuidado y tratamiento, se ve como necesario incluir una perspectiva histórica que brinde una panorámica de las razones por las que esfuerzos y reformas anteriores fracasaron (OMS, 2003).

En aras de adquirir un abordaje distinto, junto con nuevas sensibilidades y acercamientos, me parece, que el dejar al margen procesos de los propios grupos o personas, es seguir en el intento de reducir al silencio y hacer desaparecer de la conciencia colectiva los esfuerzos, los gestos y las acciones que tienen a la vez un valor simbólico e instrumental, que puedan servir de punto de partida para replantear los servicios públicos y las solidaridades sociales, su relación con las instancias gubernamentales e institucionales, los modelos de prácticas que se han propuesto para (y por) las personas con problemas mentales, así como las diversas formas que pueden adoptarse con los años y las coyunturas.

Con ello, se busca introducir una continua reflexión sobre las relaciones que se establecen y establecemos los profesionales, poseedores de un cierto saber de la salud mental, frente al conocimiento por la propia experiencia subjetiva de la llamada enfermedad mental y al cuestionar esta relación con el otro, tratar de imitar o crear las formas de fomentar un apoyo hacia las personas con estas dolencias y sufrimientos.

Se busca la coexistencia de estas dos reflexiones y trabajo en un sentido comunitario y de apoyo mutuo en la creación de espacios que se fortalezcan e impulsen el desarrollo de más teorías sociales que inviten a repensar la salud y enfermedad mental, siendo que estamos muy inclinados a percibir la enfermedad como un fenómeno exclusivamente biológico e individual y a omitir la manera en que las desigualdades sociales, las estructuras de poder y los modelos culturales afectan y determinan la salud (Martínez Hernández, 2008).

Este estudio propone un acercamiento a un aspecto del amplio fenómeno de la salud mental, la identidad, a través del cual es posible dar cuenta de la diversa intersección de elementos que circulan en este campo, siendo necesario el estudio de cómo se constituyen y desarrollan espacios de interacción o escucha social dentro de estas poblaciones, de espacios en los que el sujeto pueda despojarse –al menos circunstancialmente- de las consideraciones que giran en torno a la dimensión patológica y se enfrente a la opción de alcanzar nuevas derivaciones en el entramado de su identidad, “un terreno para habitar su diferencia” (Correa-Urquiza, 2009, p.103). Con el propósito de producir conocimiento con otros, más que, sobre otros. Para ello, el tomar en cuenta y retomar las experiencias subjetivas, incluso, como objetos de análisis discursivo, son de gran relevancia para describir los procesos de identificación y realidades subjetivas (Bliglia & Bonet-Martí, 2009).

Se explorará la existencia de identidades que los sujetos autonombrados locos, van formando y tejiendo a lo largo de apuestas y acciones colectivas, como lo son la búsqueda y toma de espacios propios, la creación de grupos o si quiera el uso de la palabra otorgada por ellos mismos, dándole una colocación en primer plano a la comunicación, la creación de lazos y exigencias de sus propias demandas a partir de las cuales crean nuevas formas de hacer y entender la política, lo que va ligado al plan de acción establecido por la OMS (2013), para el fortalecimiento y empoderamiento de grupos integrados por personas con diagnósticos psiquiátricos y sus familiares o cuidadores.

Para ello, el estudio sigue la línea empleada en el trabajo, comenzando con una revisión documental y de aportes teóricos e históricos, que se van aterrizando dentro del análisis y observación de la población participante. Quedando en el primer capítulo una revisión del marco conceptual al estudio sobre el estigma, siguiendo las perspectivas teóricas; sociológica, psiquiátrica, psicosocial y antropológica. Dando prioridad a los estudios que utilicen metodología cualitativa en el impacto del estigma en sujetos con diagnósticos o experiencias psiquiátricas, así como abordajes teóricos que plantean recursos e investigaciones sobre la desestigmatización.

Un segundo capítulo indagará una expresión actual de afrontamiento del estigma; la resignificación, por tanto se explora el fenómeno de la locura enfocado más en aspectos teóricos de tipo histórico y cultural, muchos de los cuales recuperan las narrativas de los sujetos y espacios atravesados por la locura, con un breve recorrido del debate histórico entre los acercamientos biológico y social.

Para el capítulo siguiente se describirá el método utilizado para la realización del estudio, siendo este de tipo cualitativo, utilizando un análisis de contenido, además para este capítulo se planteará la problemática central, objetivos, una descripción de radio Vilardevoz y sus participantes, así como los criterios de selección de los diferentes audios y documentos que constituyeron parte del análisis.

Posteriormente, se presentan los resultados y las propuestas obtenidas del estudio, divididos en tres capítulos a partir de las temáticas recolectadas en los audios producidos por radio Vilardevoz:

- *La conformación de las identidades disidentes; La locura como movimiento de desestigmatización y lazo social.* Para elaborar esta parte, se han seleccionado 10 audios; la intención de esta sección es definir lo que se considera como identidades disidentes y colocarlas en el terreno de la salud mental en el que están inmersos. Esta colocación se establece debido a los lazos sociales que ha tejido Vilardevoz en su trayectoria, lo cual se plasma en los audios.

-Participación social, lucha por una ley de salud mental. Aquí se retoman ocho audios, en los cuales se explica la participación social que se desarrolla a partir de una configuración Identitaria como grupo o colectivo y una toma de defensa de sus derechos.

-Cartografía de la locura; la expansión de identidades disidentes de despatologización y desestigmatización de la locura. Se cuenta con diecisiete audios, todos tomados del encuentro latinoamericano de radios locas del 2014. Se hace necesaria la inclusión de esta sección debido a que para una mejor explicación de la conformación como movimiento de identidades, es imprescindible apuntar la conexión que los grupos han creado, su expansión y la ampliación del terreno tanto geográfico como simbólico.

Finalmente, en la discusión y las conclusiones del estudio se retoma la propuesta analítica basada en el análisis de contenido de tipo narrativo en estudios sobre salud mental, dialogando con lo encontrado dentro de los materiales utilizados y la percepción del autor al respecto de las tres categorías que se encontraron en el establecimiento de una identidad en este grupo analizado; la vinculación, la participación y el encuentro.

Capítulo 1

Aproximaciones al estigma y desestigmatización de la enfermedad mental.

El concepto de estigma lleva mucho tiempo existiendo, sin cambiar en gran medida de significado. Este término es acuñado por los antiguos griegos refiriéndose a signos corporales para exhibir algo con referencia negativa y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. Posteriormente, con el cristianismo, se fue asociado con dos significados metafóricos: uno, siguiendo la línea de las marcas corporales pero vinculándolas a la santidad o gracia divina; y una segunda de referencia médica, para designar características de perturbación física (Goffman, 1963, p. 11).

Al día de hoy, este término va tomando mayor importancia y uso más frecuente por un amplio campo de disciplinas científicas (Mora-Ríos, Natera, Bautista-Aguilar, Ortega-Ortega, 2013), enfocándose en los factores y formas de cómo actúa sobre múltiples aspectos culturales. Esto ha causado que, a su vez, desde diversos sectores sociales, surjan propuestas y planteamientos tanto teóricos como prácticos para contrarrestar tanto al estigma como a los efectos que causa.

1.1 Definición del estigma

La principal y más amplia definición del concepto de estigma fue desarrollada por el sociólogo Erving Goffman en una obra que lleva el

mismo título (1963), el cual define como una característica que produce un amplio efecto de descrédito en los demás; es decir, un atributo personal negativo y en extremo denigrante que hace a una persona diferente de otras y lo coloca en una clase indeseable o en una categoría inferior, lo que conlleva sentimientos de vergüenza, culpabilidad y humillación (Goffman, 1963). El término de estigma, alude a cualquier condición, atributo, rasgo o comportamiento del portador.

Desde otro abordaje, Goffman lo describió como un producto interactivo de las relaciones sociales entre las personas. Como tal, requiere de dos o más actores sociales en los que cada uno de ellos asume roles específicos, sea como estigmatizador o como estigmatizado. Desde este enfoque social dinámico, el estigma es visto como un proceso interpersonal producto de las relaciones sociales más que un simple atributo individual (Pedersen, 2005).

Algunas otras definiciones han propuesto al estigma como una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos), aunque son muy similares a la anterior definición. Otra más es la que se refiere a “una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como “norma” una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso” (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén 2009, p. 12).

Estos procesos de estigmatización son observados en la enfermedad mental y sobre las personas quienes cargan con un diagnóstico psiquiátrico (Link et al., 2001; Mora-Ríos et al., 2013; Muñoz et al. 2009; Schulze & Angermeyer, 2003). La forma en que el estigma atraviesa a estos individuos y grupos identificados con la categoría de diagnóstico psiquiátrico, contempla una multiplicidad de perspectivas y una variedad de factores que lo cruzan y por lo tanto, son múltiples las aproximaciones, algunas de las cuales se expondrán a continuación.

1.2 Acercamientos y enfoques teóricos sobre el estigma

Los acercamientos al fenómeno del estigma en la enfermedad mental han sido realizados mayormente por la sociología y la psicología (Corrigan, & Watson, 2002; Goffman, 1963; Link, 1987, Link & Phelan, 2001; Mora Ríos et al., 2013; Tajfel, 1984) y la psiquiatría (Pedersen, 2005; Schulze & Angermeyer, 2003). Sin embargo, autores como Martínez Hernández (2008) y Correa Urquiza (2009), lo retoman desde la antropología cultural. Estos enfoques han servido para que otras disciplinas dialoguen sobre este fenómeno.

Como se mencionó, Goffman (1963) fue de los primeros y que con mayor profundidad, exploró el concepto de estigma como un “atributo profundamente desacreditador” (p.13), que se mostraba, por ejemplo, como *signos corporales* que, imputados a los sujetos o grupos

minoritarios, influyen en un *estatus moral* de carácter negativo. Este autor sostenía que la sociedad establece los medios para catalogar a las minorías de acuerdo con atributos específicos, buscando imponer, de esta manera, una *identidad social* que estigmatiza a los individuos o grupos.

Así, el término estigma puede entenderse desde una doble perspectiva: la del individuo *desacreditado*, en la cual la persona supone que resulta evidente su distinción en comparación con otros individuos o grupos, convirtiéndose en una persona estigmatizada; por otra parte, la segunda proviene del individuo *desacreditable*, cuya cualidad de diferente aún es poco conocida o visible por quienes le rodean, lo lleva a carecer de experiencias abiertas de *estigmatización* (Goffman, 1963). Otros autores ven a esta segunda perspectiva como un producto socialmente construido, en donde identifican un doble proceso interpersonal de censura, mediante la adjudicación de estereotipos y a la vez, a través del rechazo por el grupo o la sociedad más amplia (Pedersen, 2005). Crocker, Major y Steele (1998, en Muñoz et al., 2009), siguen la misma línea al señalar que se cree que los individuos *estigmatizados*, poseen algún atributo o característica que conlleva una *identidad social* la cual es devaluada en un contexto social particular.

Desde otra perspectiva, autores como Link y Phelan (2001), encontraron limitaciones en la definición del concepto de estigma

propuesta por Goffman en 1963, como lo es el tratar de abordarlo ya sea desde una perspectiva meramente individual, o sólo centrada en lo social, sin considerar las experiencias de las personas estigmatizadas. Estos autores distinguen, a partir de una variedad de factores y procesos socio-culturales interrelacionados, cuatro componentes principales que definen el proceso de estigmatización: a) la construcción de diferencias y el etiquetaje que la gente hace; b) la asociación o vinculación de la persona etiquetada con ciertos prejuicios y estereotipos negativos definidos culturalmente; c) la colocación de las personas etiquetadas en categorías diferentes que lleva a la separación entre “nosotros” y “ellos” y al distanciamiento social y; d) la pérdida de estatus y la consiguiente discriminación de las personas etiquetadas lo que las conduce a condiciones de desigualdad.

A raíz de ello, dentro de la sociología, se propuso la teoría del rotulamiento, conocida también como del etiquetamiento, que se enfoca en el proceso por el cual se segrega a un individuo o grupo, condenándolo a la exclusión social (Link, 1987; Mora-Rios, Natera, Bautista y Ortega, 2015; Muñoz et al., 2009). Esta teoría en un principio, estuvo enfocada en la enfermedad mental pero posteriormente fue ampliada para abarcar otros campos sociales como la devaluación y la discriminación, creadas por la etiqueta que interfieren sobre y afectan a un amplio rango de áreas vitales,

incluyendo el acceso a los recursos sociales y económicos y los sentimientos generales de bienestar (Link, Cullen, Struening, Shrout & Dohrenwend, 1989), contribución de la que se beneficia en gran medida la investigación acerca del estigma.

Link y Phelan (2001) concuerdan con Goffman (1963) en que el proceso de estigmatización está contenido en un lenguaje o marco de poder social, político y económico asimétrico, lo cual permite que se mantenga y se siga reproduciendo, desencadenando varios procesos sociales simultáneos e interrelacionados: el etiquetamiento, la estereotipación, la separación o distanciamiento social, la pérdida de estatus y la discriminación o exclusión social que se presentan frecuentemente en un contexto de poder asimétrico.

Existen modelos psicosociales, como el propuesto por Ottati, Bodenhausen y Newman (2005), ejemplificado en la figura 1, que describen al estigma, como resultado de la manifestación de tres comportamientos sociales relacionados entre ellos (Muñoz et al., 2009).

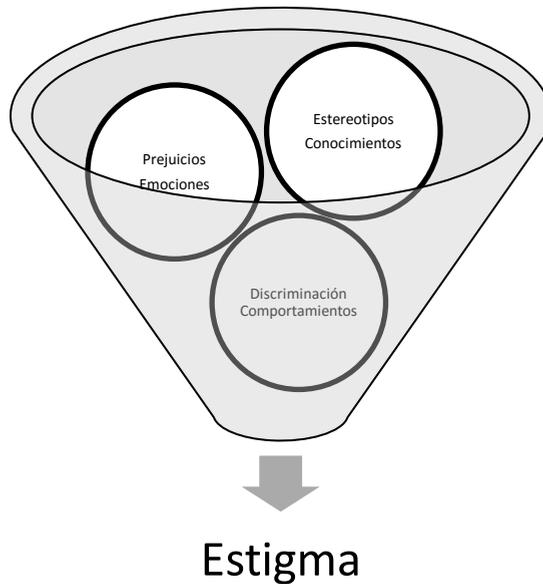


Fig. 1: Elaboración propia: esquematiza la interrelación de modelos psicosociales que crean el Estigma

Los **estereotipos** se refieren a un conjunto de creencias erróneas sobre un determinado grupo de personas, representan un acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas. Al experimentarse reacciones emocionales negativas hacia estos estereotipos, se da lo que se conoce como **prejuicios** sociales, que se describen como una disposición de la población en general para actuar de una manera habitualmente negativa hacia los miembros de ese grupo, que puede llevar que se ejerza una **discriminación** sobre estos grupos y personas, en la forma de comportamientos de rechazo, y privación de derechos, lo que

conduce a dificultades en el acceso a trabajo, vivienda, salud y relaciones de trabajo y pareja (Muñoz, et al. 2009).

Corrigan y Kleinlein (2005) (en Muñoz et al., 2009) apuntan que los estereotipos, prejuicios y discriminaciones, asociados al estigma, como en el caso de la enfermedad mental, pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal.

Este mecanismo y modelos cíclicos, que forman parte del proceso de estigmatización, incluyen y se relacionan con la categorización social. El psicólogo social Henri Tajfel (1984) con su teoría de la identidad social, señaló que el mecanismo cognoscitivo de categorización social orienta al individuo en la creación y definición de su lugar en la sociedad, “marcando un proceso de unificación de objetos y acontecimientos sociales en grupos que resultan equivalentes con respecto a las acciones, intenciones y sistema de creencias de un individuo” (p. 291).

Lo anterior contribuye a la idea de que el estigma no es un concepto estático e inamovible, por el contrario, se muestra dinámico, temporal, fluido y contingente, siendo que no es una idea o algo que se ubique solamente al interior de la cabeza de la gente, debido a que éste tiene la capacidad de materializarse y componerse (Mora-Ríos et al., 2013)

a partir de las relaciones interpersonales, con una dinámica propia, dentro de un contexto dado, en una realidad determinada.

Link y Phelan (2001) a su vez, dan cuenta de procesos psicosociales que operan a través de la persona estigmatizada y que pueden tener graves repercusiones en su calidad de vida. De acuerdo con la modificación de la teoría de la etiqueta, acerca de los efectos del estigma sobre las personas con enfermedad mental, Link, Cullen, Struening et al. (1989) observan que, como parte del proceso de socialización, las personas desarrollan concepciones negativas sobre el padecimiento en épocas tempranas de su vida. Dichas concepciones se convierten en creencias que pueden llegar ser muy arraigadas, de lo que significa ser un enfermo mental; por tanto, cobran una gran relevancia cuando esa persona llega a enfermar porque la posibilidad de discriminación y devaluación se vuelve real (Link, Struening, Neese, Asmussen & Phelan, 2001).

En un estudio, Schulze y Angermeyer (2003) encontraron tres categorías en las que los informantes, con padecimientos psiquiátricos, refirieron experiencias de estigmatización:

a) Interacción interpersonal, con vecinos, amigos, familiares y personal de salud: los ignoran, se alejan, no los toman con seriedad, pronóstico fatalista por parte de médicos y personal de salud.

b) Imagen pública de la enfermedad mental, debida a los medios de comunicación que transmiten la idea de peligrosidad e incompetencia.

c) Discriminación estructural, a través de la asignación a grupos sociales estigmatizados.

El uso del concepto estigma es cada vez más frecuente ahora, en el ámbito de la salud, para indicar que ciertos diagnósticos, como el SIDA o las enfermedades mentales, generan prejuicios hacia las personas o grupos que los padecen y hacia los lugares en donde son confinados.

Link (1987) describe la existencia de un proceso con relación a las creencias que tiene la gente acerca de la estigmatización de las personas con padecimientos psiquiátricos, ya que quien se asume en esa condición puede generar una expectativa de rechazo. La percepción que el individuo enfermo tiene de sí mismo puede tener serias repercusiones en su vida, internalizando creencias negativas acerca de su padecimiento. La expectativa de hospitalización y el temor al rechazo hacia la gente que ha sido hospitalizada por un padecimiento psiquiátrico, puede hacer actuar a una persona con diagnóstico psiquiátrico de manera desconfiada y defensiva o simplemente, evitar el contacto amenazante de los demás y decidir no buscar ayuda.

Dado lo anterior, puede considerarse al estigma hacia la enfermedad mental como un fenómeno complejo que se presenta en diferentes niveles de comprensión y análisis, como por ejemplo, el *estigma público* y el *autoestigma*. Corrigan y Watson (2002) mencionan que el estigma público se refiere a las creencias y actitudes que la población general tiene hacia las personas con enfermedad mental, mientras que el auto-estigma es el prejuicio que la persona afectada asume y torna hacia sí misma (La Tabla 1 resume las distintas áreas que se han asociado al estigma en la enfermedad mental).

Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén (2009) han recopilado en cinco categorías de diferentes acercamientos y estudios hechos sobre el estigma en la enfermedad mental:

1. En personas con enfermedad mental grave y persistente.
2. En familiares de personas con enfermedad mental grave y persistente.
3. En profesionales de la atención social a las personas con enfermedad mental grave y persistente.
4. Asociado a la enfermedad mental grave y persistente en población general.
5. Asociado a la enfermedad mental en los medios de comunicación.

Es necesario señalar que los medios de comunicación son un elemento relevante de influencia en la formación y reproducción de actitudes de la sociedad a la salud/enfermedad mental, siendo que su percepción predominantemente es negativa, ubicándolos como actores que consumen y reproducen el estigma, principalmente el denominado social o público (Mora-Ríos et al., 2013). Lo anterior es claramente observable en la televisión, siendo el medio de comunicación que tiene mayor difusión, en su programación, comerciales, películas y noticieros, varios estudios (Schulze & Angermeyer, 2003) describen que tanto la programación infantil como la dirigida a público general y noticias, fueron señalados como los principales responsables de que estos imaginarios alrededor de este tipo de padecimientos permaneciesen dentro de la población. Pero esta reproducción de percepciones negativas también es muy difundida en los otros tipos de medios de comunicación como la radio y la prensa (Muñoz et al., 2009).

Dentro de la psicología social, se ha propuesto la teoría de la cultivación (Gerbner, Gross, Morgan, Signorelli & Shanahan, 2002, citado en Muñoz et al., 2009), que considera que la continua exposición a los mensajes tan consistentes y recurrentes llega a nutrir valores y dar forma a percepciones de la realidad social compatibles con las presentadas en los medios de comunicación. Esta teoría, aplicada al estigma de la enfermedad mental, sugeriría que los

medios de comunicación masiva enseñan convenciones sociales acerca de cómo tratar a las personas diagnosticadas (Muñoz et al., 2009).

Tabla 1. Principales tipos de estigma en la enfermedad mental.

Tipo de estigma	Descripción	Consecuencias	Reacciones de afrontamiento
Público	Se manifiesta en diferentes sociedades y culturas, a través de prácticas de discriminación hacia las personas con algún padecimiento mental mediante un trato inequitativo, o cuando le son negados sus derechos, por ser considerados de menor valía. (Mora-Ríos et al., 2013)	Crea un círculo vicioso de alienación y constituye una barrera para la búsqueda de tratamiento, favorece las recaídas y que las personas afectadas permanezcan en aislamiento, lo que conduce al desempleo y a un deterioro de las condiciones de vida de las familias. (Mora-Ríos et al., 2013) Principales obstáculos para la reinserción social (Angermeyer et al., 2004; Redfield, 2006).	Existen pocas estrategias de afrontamiento para este tipo de estigma; sin embargo, se han reportado acciones de parte de afectados, familiares y personal de atención, implicándose en organizaciones para educar a la sociedad acerca de la enfermedad mental (Wahl, 1999). Muy recientemente se han tomado estas acciones en varios campos, organizaciones civiles, guías institucionales y programas gubernamentales, y en medios escritos y radiofónicos principalmente (OMS, 2001; Muñoz, et al. 2009, Muñoz, 2013 Dossiers del Tercer Sector, 2013, Correa-Urquiza, 2009)
Autoestigma	Uno de los efectos más nocivos del estigma, pues lleva a internalizar los prejuicios y estereotipos que se tienen de la enfermedad mental. (Link, 1987)	Genera desmoralización, desvalorización, emociones negativas, cese de intentos de llevar una vida independiente (Corrigan y Kleinlein, 2005), aislamiento social, marginación de la persona respecto a la sociedad.	En casos minoritarios se ha reportado que la respuesta al estigma es la del enojo en busca de sus derechos y la implicación en actividades reivindicativas o en el empoderamiento mutuo de todos aquellos que padecen una enfermedad mental (Watson y Corrigan, 2005)

<p>Percibido anticipado</p>	<p>o La persona anticipa el rechazo cuando éste aún no se ha presentado, adopta creencias acerca de la discriminación que posiblemente experimentaría una persona por el hecho de padecer un trastorno mental. (Link et al., 2001; Link et al., 1997, Markowitz, 1998; Ritscher y Phelan, 2004)</p>	<p>Estudios han encontrado relación con depresión y ansiedad (Ertugrul y Ulug, 2004; Link et al, 1997, Markowitz, 1998), así como con el autoestigma (Ristcher y Pherlan, 2004).</p>	<p>Buscar apoyo social e implicarse en organizaciones y en acciones para educar a la sociedad acerca de la enfermedad mental (Wahl, 1999). Estrategias de carácter desadaptativo como mantener en secreto la enfermedad, retraerse a nivel social o aislarse como forma de evitar el rechazo (Link et al. 1997; Perlick et al, 2001)</p>
<p>Experimentado</p>	<p>Se refiere a aquellas experiencias estigmatizadoras vividas de rechazo y discriminación (Link, 1987; Link, Struening, Asmussen y Phelan, 2001). Las experiencias estigmatizadoras más usuales se relacionaban con las reacciones de otras personas, que habitualmente mostraban una falta de aceptación o comprensión del trastorno mental. (Wahl, 1999), frecuentemente el estigma proviene de las personas de la comunidad, seguido de los empleadores.</p>	<p>Se relaciona con síntomas depresivos y ansiedad (Ertugrul y Ulug, 2004; Link et al., 1997; Markowitz, 1998). Este tipo de estigma reduce el sentido de dominio personal y esto, a su vez, incrementa el autodesprecio por parte de la persona con enfermedad mental (Wright et al., 2000). Por parte de la sociedad se han encontrado el rechazo social, las burlas, los apodos, el dar un pronóstico fatalista, la hostilidad, la condescendencia y la indiferencia por parte de la familia, amigos, compañeros de trabajo, otros usuarios, la población general y el mismo personal de salud, como se ha reportado en estudios similares (Dinos et al., 2004; Jenkis&Carpenter-Song,2009; Knight et al., 2003; Paschal</p>	<p>Se han observado las mismas estrategias de afrontamiento que en los anteriores tipos de estigma como búsqueda de sus derechos y la implicación en actividades reivindicativas o en la búsqueda de autonomía de todos aquellos que padecen una enfermedad mental (Watson y Corrigan, 2005) y de apoyo social e implicación en organizaciones y acciones para educar a la sociedad acerca de la enfermedad mental (Wahl, 1999). Los amigos conforman una importante red de apoyo, la creación de una mayor y más amplia red de apoyo es otra estrategia empleada.</p>

		et al., 2005; Schulze & Angermeyer, 2003; Wilde & Haslam, 1996).	
Por asociación	El estigma no sólo afecta a las personas con una enfermedad mental, sino también a aquellos que se encuentran estrechamente relacionados con ella (Mehta y Farina, 1988)	Afecta fundamentalmente a las familias, pero también, en menor medida y en algunos casos, a los profesionales que trabajan con personas con enfermedades mentales y a todos aquellos que de una u otra forma se relacionan con ellos (Mora Ríos et al. 2013; Muñoz, et al. 2009).	Una estrategia habitual de afrontamiento, es el ocultamiento total o parcial de la enfermedad mental (Phelan et al, 1988).

Fuente: Elaboración propia con base en los datos son extraídos del capítulo de Mora-Ríos et al. (2013) y de la documentación hecha en el libro *Estigma y enfermedad mental* (Muñoz et al. 2009).

Se debe contemplar que el estigma afecta negativamente la calidad de vida, como en las oportunidades de educación e inserción laboral, en los esfuerzos de rehabilitación, la vida familiar, debilitando y reduciendo las redes sociales. Comúnmente, se conoce a este proceso como “la carga encubierta de la enfermedad mental” que tiene repercusiones económicas y sociales significativas (Pedersen, 2005).

1.3 Desestigmatización y lucha contra el estigma

Desde hace poco tiempo, se han comenzado a establecer estudios, programas y proyectos enfocados a trabajar con las poblaciones diagnosticadas con algún padecimiento mental, propuestas para responder y minimizar ideas sobre la enfermedad mental, reproducidas por el estigma, al igual que contrarrestar los efectos que causa en los individuos o grupos, entendiendo la enfermedad como un *fenómeno multidimensional* y no tanto en la *unidimensionalidad analítica* centrada exclusivamente en la biología, visión que ha articulado al modelo biomédico en los últimos tiempos (Martínez-Hernández, 2008, p.79).

Similar a otras perspectivas revisadas anteriormente, la antropología médica y cultural pone énfasis en que para mirar al estigma en la enfermedad mental, se debe considerar a esta última en las múltiples esferas de la vida cotidiana, las enfermedades psicosomáticas y una

parte de los trastornos mentales; por otro lado, debieran tener en cuenta el papel de la cultura y su acción mediante expectativas, valores, conflictos, significaciones y formas de experiencia que ejercen un poder sobre la construcción y producción de estos trastornos, para poder entenderse comprensivamente (Martínez-Hernández, 2008). Tampoco se puede dejar de tener en cuenta las percepciones y experiencias subjetivas de las personas estigmatizadas, ya que el estigma se sitúa como un fenómeno tanto del orden social como en el plano individual, dado que es un proceso profundamente personal y como tal, se inscribe en el mundo de lo social (Pedersen, 2005).

Algunos estudios manejan que poner el énfasis en las causas biológicas de la enfermedad mental, puede tener el potencial de reducir el estigma y contrarrestar la influencia de factores psicosociales. Sin embargo, autores como Pedersen (2005) y Martínez Hernández (2008), creen que estas atribuciones a causas biológicas de la enfermedad mental pueden aumentar el estigma. Si la enfermedad mental se atribuye a una deficiencia bioquímica o molecular “independiente del contexto social”, puede relacionarse con un pronóstico fatalista, ya que las posibilidades de recuperación completa son más difíciles, extendiéndose la estigmatización, a la familia de la persona afectada (Pedersen, 2005, p.9).

Estudios que cuestionan la unilateralidad de la mirada biomédica en la enfermedad mental, han propuesto formas multidisciplinarias de comprender y explicar la enfermedad mental, de maneras de tipo social, ramas como la etnopsiquiatría cuya intención es la de “captar la dimensión étnica de la locura y la dimensión psiquiátrica de la cultura” evitando llegar a psiquiatrizar la cultura o relativizar la psiquiatría (Laplantine, 1979).

Otra propuesta que surge como reacción y rechazo a los modelos médicos psiquiátricos tradicionales, fue la llamada antipsiquiatría, revisando de una manera crítica el concepto de enfermedad mental visto como anormalidad biopsíquica, en lugar de como un fenómeno con un marcado contexto económico e histórico social (León, 2005). La mayoría de los teóricos de esta línea de pensamiento, ven a la psiquiatría tradicional como un mecanismo de represión que constituye una disfrazada violencia institucional al igual que a la industria farmacéutica quien solo ve como negocio a los padecimientos mentales, lo que ha llevado a una mercantilización del individuo y de los estados de ánimo (Martínez-Hernández, 2006).

En cuanto a estrategias para hacer frente a la estigmatización, muchas retoman los modelos integrales y multivariados, como los acercamientos antropológicos, etnopsiquiátricos y antipsiquiátricos.

Gran parte de estas estrategias han surgido¹ tanto de los propios afectados como de parte de medidas gubernamentales, de asociaciones civiles y medios de comunicación (Muñoz, Guillén y Pérez Santos 2013; Correa-Urquiza, 2009). Una de las experiencias más exitosas es la de las conocidas como “radios locas”, iniciadas por el proyecto de “La Colifata” desde hace veinticuatro años (Correa-Urquiza, 2009) uniéndosele a lo largo del tiempo otros países con otras radios.

Este tipo de propuestas son consideradas y se instauran como un tipo de acción política para desarticular los prejuicios sociales, como un lugar de denuncia, de creación y compartición de lazos sociales, de desestigmatización y despatologización. Es a su vez una categoría de análisis, como lo perciben los participantes de una de estas experiencias (Correa-Urquiza, 2009), una herramienta de intervención que produce nuevos sentidos y dinámicas, que lleva a promover otros acontecimientos que podría, quizá, desde cierta óptica, ser vistos como *saludables*.

Para Correa-Urquiza (2009), uno de los coordinadores de una de estas radios, son prácticas de uso de los medios de comunicación contemplando que esos mismos factores que hacen de los medios de

¹Aunque en esta última parte se intenta dar una revisión breve por el desarrollo de propuestas actuales de enfrentamiento al estigma, no se ahondará tan profundamente debido a que esta será la idea que se estará explorando a lo largo del trabajo.

comunicación sean entidades responsables de la difusión del estigma hacia la enfermedad mental, pueden transformarse en elementos para trabajar en su deconstrucción, como prácticas que se articulan desvinculadas de los circuitos biomédicos y procesos de autonomía, en la conformación de una lucha que desestigmatiza combatiendo prejuicios, “una sana resistencia a la imposición verticalista y a sus consecuencias estigmatizantes” (p.109).

En este proceso, es importante el involucramiento tanto de organizaciones civiles como instituciones gubernamentales; por tanto, importante es considerar la falta de políticas públicas y desinterés de parte del Estado (Mora Ríos et al., 2013).

Para Martínez-Hernández (2008), Tausing percibe los signos y síntomas de una enfermedad como realidades significativas que condensan componentes contradictorios de la cultura y de las relaciones sociales, siendo que los profesionales de la salud establecen sus diagnósticos, “a partir de un adiestramiento que expande sus percepciones y sectoriza las relaciones sociales donde se insertan, deshistorizando y desocializando la experiencia de la enfermedad, con el objeto de reproducir un determinado orden social: el sistema capitalista” (p. 157-158).

Es en este sentido que se puede pensar en las prácticas que combatan al estigma en la enfermedad mental y estas posiciones

centradas en el aspecto biomédico, como favoreciendo y restableciendo un sentido social, histórico y cultural de la enfermedad mental, retomando el concepto de locura como aspecto despatologizador.

Capítulo 2

Aproximaciones a la Locura

El objetivo de este capítulo es presentar y discutir las diferentes perspectivas por las cuales ha transitado la locura, tomando en cuenta que la locura puede ser un discurso susceptible de ser analizado y comprendido a partir de consideraciones de tipo histórico, cultural, social, narrativo y político. Sin embargo, a pesar de las contradicciones y ambivalencias detectadas en la mayoría de estas esferas y épocas; resulta complicado separar las perspectivas mencionadas, ya que todas se interconectan entre sí, incluido el aspecto biomédico que la concibe como enfermedad mental.

2.1 Conceptuación histórica y cultural de la locura

El concepto de locura, continua vigente y vivo; sin embargo, sus significados han ido cambiando a lo largo del tiempo, constituyéndose de diferente manera en cada uno de los momentos históricos (Berlinguer, 1977), cambiando los sujetos y las subjetividades, y con ellos, la experiencia de la locura (Echeverría, 2012). Debido a lo anterior, se asume que estos significados solo pueden ser analizados a partir de la sociedad que los produce y de su momento histórico.

La locura se establece en la diferencia, en la necesidad de crear una figura simbólica dentro de la cual se puedan depositar los miedos de

la sociedad. Su aceptación o rechazo depende de la cultura receptora. De acuerdo con Echeverría (2012), para Thomas Szasz (1970) estos cambios deben de interpretarse como cambios en la representación y concepción de la maldad personal en el ser humano occidental, lo que refleja la transformación de las circunstancias culturales.

La locura ha dejado hace tiempo de ser reconocida dentro de los grandes modelos de psicopatología y sistemas de clasificación médica como lo son los manuales del CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés)², sustituido por una cada vez más amplia clasificación de “trastornos mentales y del comportamiento”, ya que el término locura englobaba la mayoría de comportamientos rechazados por su marco social.

En el Renacimiento, la locura era enaltecida por Erasmo de Rotterdam (1511), amigo de Tomas Moro, quien en diálogo con éste y con su obra *Utopía* (1516), elogia la locura. Sin embargo, en una época posterior, será Descartes quien invertirá los polos, elevando a la razón y poniendo a la locura al lado del sueño y toda forma de error, asociándola con la bestialidad (Foucault, 1963).

² El CIE es desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el DSM por la American Psychiatric Association.

Para el autor de *Historia de la locura en la época clásica* (1976), Michel Foucault, la locura clásica ha fragmentado las fronteras del orden burgués, para enajenarse más allá de los límites sagrados de la época (p. 116). La no razón del siglo XVI establecía un peligro abierto, que persistentemente amenazaba con comprometer las relaciones de la subjetividad y verdad. Con la duda cartesiana, en el siglo XVII, el peligro es conjurado y la locura queda fuera del dominio de la verdad la cual, para el pensamiento clásico, es la razón misma.

A pesar de que es en esta época clásica cuando se va a establecer un cambio sustancial en la consideración y acercamiento a la locura, el loco siguió representando una figura ambivalente: por un lado, como un ser vulnerable que necesita de protección y requiere del cuidado de los demás; por el otro, como una amenaza que pone en peligro a la sociedad. Esta división entre locos tranquilos y locos furiosos es, en general, reconocida por todas las culturas (Echeverría, 2012; Sacristán, 2002).

Es en esta ambivalencia donde la modernidad ha inventado el internamiento, según Foucault, “casi como la edad media ha inventado la segregación de los leprosos” (1976, p.36). En Occidente, la exclusión se manifestó en la reclusión, la cual se efectuó de manera sistemática a partir del siglo XVII, periodo en el que surge lo que este autor llama “el gran Encierro”, donde tanto locos como los criminales, mendigos, prostitutas y homosexuales, entre otros, fueron

encerrados en el hospital general. De ahí que en este momento se establezca la relación de locura y criminalidad. Este primer encierro poseyó una connotación más moral que científica (Echeverría, 2012). Con el invento del manicomio, en el siglo XIX, tuvo lugar el verdadero gran encierro, un lugar exclusivo para la locura, donde por primera vez, se sustituyen las medidas de exclusión, puramente negativas, por una medida de encierro: “el desocupado no será ya expulsado ni castigado; es sostenido con el dinero de la nación, a costa de la pérdida de su libertad individual” (p.22).

Esta institución se legitimó a través del conocimiento científico que aseguraba que, si al loco se le asilaba, alejándolo del lugar de producción de su locura – familia, amigos, trabajo-, podría curarse; se establece un sistema implícito de obligaciones entre él y la sociedad: se tiene el derecho de ser alimentado, pero debe aceptar el constreñimiento físico y moral de la internación (Foucault, 1976).

En el siglo XIX, se da el total surgimiento de la psiquiatría, rama médica donde pronto la locura se vio reducida y transformada a enfermedad mental. Se le despojó de su contenido social y el aspecto biológico fue el que subsistió. Esta pretensión de desplazar lo social por lo biológico se conserva hasta nuestros días (Echeverría, 2012). Foucault (1976) lo comenta de la siguiente forma: “la locura es retenida y mantenida, deja de ser barca y pasa a ser hospital” (p.63).

Este proceso de “modernización” es llevado a cabo en el país en 1910, año que marcará a México, con la celebración del centenario de la independencia y que sin proponérselo sería también parte de los últimos actos oficiales de la dictadura de Porfirio Díaz, pues meses después se daría lugar a otro cambio similar; la Revolución mexicana³, la inauguración del Manicomio General “La Castañeda” (Ríos, 2009^a). Este manicomio será visto como un proceso de gran relevancia para el establecimiento del país que irá de la mano con los intentos de mantener el orden y ejercer el control.

Para la historiadora Cristina Sacristán (2005), los acercamientos históricos a esta parte de la historia cultural de México, se han apegado mucho a la perspectiva de que la creación de un manicomio público, de grandes extensiones, significó la existencia de un control de parte del Estado sobre los comportamientos desviados. Retomando esta autora a Chávez García en su afirmación de que el manicomio general cumplió con su función de mecanismo de control

³El Manicomio de la Castañeda abrió sus puertas meses antes de un movimiento social, la Revolución mexicana, bajo el Presidencia de Porfirio Díaz y las cerro en un año simbólico del otro movimiento social, el movimiento estudiantil del 68, por órdenes de otro Díaz, sin embargo ninguno de estos dos grandes estallidos sociales tenía en sus reivindicaciones algún interés por el manicomio, los locos o la locura (Carvajal, 2001).

político, internando a todo aquel que, de acuerdo a la época, se considerara fuera de la normalidad⁴.

Esta estructura hospitalaria, en un análisis arquitectónico de Valdés Fernández, el cual cita Sacristán (2005), reproducía las estructuras de poder del porfiriato y la medicina. Esto es mayormente visible ya que, en La Castañeda, para mantener el orden, los médicos recurrieron a criterios de clasificación que aludían a la previa división jerárquica de la sociedad:

división económica separada en ricos y pobres, entre quienes acataban las normas y los que las violaban, entre los que contribuían al sostén económico y los que permanecían ociosos, quienes podían vivir en comunidad y quienes requerían de alguna forma de aislamiento y la separación por sexo y edad (Sacristán, 2005, p.26)⁵.

Este análisis se relaciona con lo que Foucault mostró, al revisar los sistemas de representaciones literarios e iconográficos de la

⁴Para el siglo pasado, la psiquiatría ya se había constituido firmemente en el país, con la construcción de un manicomio general, confinando a la locura y sus portadores dentro, respondiendo al reclamo de la sociedad y su exigencia a la ciencia por clasificar, ordenar y contener este fenómeno (Carvajal, 2001).

⁵Dentro del Manicomio General de La Castañeda, el estatus social también se usaba como bases para la clasificación científica de los internos, “proceso que involucra su distribución espacial en los cinco pabellones del establecimiento, esto a la vez que aseguraba el orden interno de la institución también validaba, de paso, las jerarquías que dominaban a la sociedad en general” (Rivera-Garza, 2001: 73).

enajenación, la manera en que factores sociales y culturales inciden históricamente en las nociones de locura, lo cual contrasta la perspectiva de que el conocimiento psiquiátrico se desarrolló por la acumulación de observaciones de las cuales emanaban teorías. La locura no puede considerarse como una “variable científica ahistórica” sino debe ser vista como una “construcción social altamente variable”, dejando de ser, únicamente, una alteración orgánica (Sacristán, 2009).

Estos aportes de la historia social y cultural de la locura, con los cuales se puede establecer un diálogo, nos concretan que la idea de locura debe ser comprendida dentro del orden social y cultural que la nombra. De acuerdo con Cristina Sacristán (2005), Ángel Martínez Hernández (2008) y Martín Correa Urquiza (2009), el acercamiento a la locura como desorden biológico resulta insuficiente pues separa la parte social que refleja los valores y conductas rechazados por la sociedad y su época. Como toda ciencia, la psiquiatría se encuentra sujeta a los condicionamientos económicos, políticos, religiosos o jurídicos y de la opinión pública en los que se ve inmersa.

Para Roland Barthes, la aportación de Foucault transformó en “hecho de la civilización lo que tomábamos por un hecho médico” (Sacristán 2009, p.173). Así, La Castañeda estuvo marcada por la aspiración de proveer asistencia médica y el impulso de apoyar procesos más amplios de control social (Rivera-Garza, 2001). Fue ello lo que

condujo a la psiquiatría a dividir sus fuerzas entre curar y contener, llevando inevitablemente a disminuir sus alcances y por ende, su credibilidad (Sacristán, 2002).

Entonces, en una primera definición y caracterización de la locura, ésta puede concebirse como un fenómeno universal percibido por “todos”, aunque concebido siempre de diferente forma y construido socialmente en oposición a una situación de normalidad, atribuida a un sujeto diferente, un “otro”, lo que lleva a generar situaciones de exclusión y marginación.

2.2 Posiciones encontradas entre enfermedad mental y locura.

A pesar de los intentos de la medicina por apartar, borrar o sustituir mediante la terminología propia de su disciplina la categoría de locura, es común que la mayoría de la gente asocie la locura con la enfermedad mental, debido que los sujetos de ambas establecen una diferencia en la sociedad (Echeverría, 2012), pero obedecen a campos analíticos distintos.

Recuperar el concepto de locura es debido a que éste da cuenta de una dimensión cultural y social que siempre ha correspondido con los diagnósticos psiquiátricos al igual que las áreas económica y política. De acuerdo con Cristina Sacristán (2002), la enfermedad mental, entonces, siempre ha sido considerada como locura, pero la locura no

siempre se considera enfermedad mental; sin embargo, se ha desarrollado una frontera casi imperceptible entre una y otra, teniendo a las normas de salud mental y de moralidad se encuentran unidas en la rotulación de la locura, cada una con un tipo de lenguaje distinto.

Como puede percibirse, existe una disputa entre estos dos términos, enfermedad mental y locura, uno que evoca a la considerada modernidad y al positivismo contra lo que se denominaba como salvajismo y al atraso; lo individual versus lo social; generalmente se ha buscado percibir a la enfermedad mental como un fenómeno exclusivamente biológico e individual, lo cual intenta omitir la manera en que las desigualdades sociales, las estructuras de poder y los modelos culturales afectan y determinan la salud (Martínez, 2012).

El concepto de locura se ha mostrado ambivalente; por un lado la debilidad y minusvalía pero también, como señala Echeverría (2012), los pensamientos y comportamientos radicales: los que cuestionan las normas y valores establecidos; se relaciona con aspectos negativos y las expresiones de violencia que generan guerras; los actos terroristas, el deseo desmedido de poder que provoca actos irracionales, actitudes que sin ser considerados enfermedades mentales se han denominado actitudes de locura.

Por esta razón se ha llegado a la conclusión de que es la sociedad más que la medicina la que ha establecido y continúa haciéndolo, los

criterios de la razón y la sinrazón; por tanto, la naturaleza del concepto de enfermedad y normalidad se torna imprecisa. Para el psiquiatra italiano Giovanni Berlinguer (1977), el dilema existente acerca del concepto, del diagnóstico y de la evolución de las enfermedades mentales, si bien deriva de su historicidad y de las cambiantes relaciones sociales que influyen sobre el fenómeno, también del hecho de que las lesiones orgánicas y las anomalías funcionales son numerosas y muy diversas.

Para Thomas Szasz (1976), el concepto de enfermedad mental parece acertado solamente desde un punto de vista histórico, pero carece de sentido racional pues está desprovisto de valor científico. Lo anterior lo llevó a plantearlo como un mito. El autor propone estudiar el trasfondo histórico y sociopsicológico de las enfermedades mentales, cuando se considera que el contexto social de los fenómenos de conducta es una variable observable de la manera en que los fenómenos de la enfermedad mental aparecen, se intensifican, disminuyen o desaparecen (p.23).

Szasz (1976) pone a la histeria de conversión como un ejemplo de la forma en que debería conceptuarse la llamada enfermedad mental en sus representaciones de signos:

- 1) Como una forma de comunicación no verbal, que utiliza un conjunto especial de signos;
- 2) un sistema de conducta reglada que

utiliza en especial las reglas del desvalimiento, la enfermedad y la coacción, y; 3) se caracteriza entre otras cosas por las metas finales de dominio y control interpersonal y por las maniobras del engaño (Szasz, 1976, p.22).

Szasz (1976) encuentra en la histeria el mejor ejemplo para demostrar la utilización de la enfermedad mental, ya que la histeria no era en sí una enfermedad propiamente, sino que fue el fingimiento, lo que se volvió enfermedad; así mismo, ejemplifica las relaciones de poder entre el sujeto afectado, los servicios clínicos y la sociedad; el autor, menciona que: hay algunos aspectos de la práctica psiquiátrica actual- “sobre todo aquellas que incluyen acciones legales y pacientes involuntarios- que parecen cumplir una función análoga a la de los procesos medievales contra brujos y hechiceros” (p.301), así cada juego cumple su función de tranquilizar a la sociedad, como una válvula de escape de las tensiones interpersonales y grupales

La enfermedad mental ha llegado a convertirse en una definición problemática, a tal punto, que el libro de Szasz tuvo éxito al negar su existencia. Sin embargo, Berlinger (1977) complejiza aún más este planteamiento, debido a que encuentra que pensar que la enfermedad es solo un mito, o un modo de reaccionar del intelecto, o una etiqueta asignada para controlar a quien viola ciertas normas, no significa historizar el concepto de enfermedad mental; sino que por el contrario, se comete el error idealista al separar el cuerpo de la

psique, y “de considerar que una sociedad totalizante, alienante y violenta como la capitalista, se limita solo a condicionar, a seleccionar, a discriminar a los individuos, sin causarles graves daños funcionales y orgánicos” (p.20)⁶.

Las anteriores tensiones en la delimitación del campo psiquiátrico también impactaron en México, donde una reciente psiquiatría se vio conminada a hacer del entonces manicomio, un espacio asilar como lo fue el Manicomio General de la Castañeda, una institución terapéutica, definiendo al loco como enfermo (Sacristán, 2002). En otro estudio, Ríos Molina (2009^b) ejemplifica esta situación, ilustrando cómo las reflexiones y tratamiento que administraba un estudiante de medicina, pese a recurrir a varios autores en materia psiquiátrica de la época, incorporan en gran medida, los prejuicios de la época sobre lo que debía ser aceptado o rechazado socialmente. La preocupación principal de este estudiante era la responsabilidad jurídica, la cual estuvo más influida por criterios sociales que clínicos. Este estudiante de medicina sacó el saber psiquiátrico del manicomio y lo usó para

⁶Al hacer un análisis de los diagnósticos médicos, éstos resultan ser más reveladores del sistema social, de la época, que del individuo, ya que estos conceptos clínicos no estaban libres de valores, pues dejan ver como la sociedad reaccionaba frente a los comportamientos no convencionales (Sacristán, 2009, p.175).

comprender la dinámica social de su entorno, haciendo de la enfermedad mental una metáfora de la realidad social⁷.

Para Martínez Hernández (2008), estos análisis de la enfermedad y la atención médica, pueden llevar a discutir sobre “la importancia de la superestructura y la infraestructura en la vida social, se han convertido en un objeto necesario para debatir problemas como poder, la dominación” y biopolítica (p.38).

La enfermedad, se ha establecido como desviación (aunque normada), como disfunción y ruptura con las obligaciones sociales habituales, sirven de utilidad a los fines de la conservación política y de la estabilidad del poder, es dependencia y sujeción a un marco de dispositivos institucionales encaminados a la curación y a la rehabilitación, aunque también a la resolución de la desviación (Martínez Hernández, 2008). Los afectados podrían adquirir conciencia del daño que sufren, pero el sistema sanitario y asistencial se encuentra encerrado en la dependencia del enfermo respecto del médico, en esta relación, con una dualidad jerárquica de médico-enfermo, y por consiguiente sin permitir valorar las enfermedades como índices de un conflicto social, prefiriendo una valoración de

⁷Una de las causas que provocó la saturación del manicomio, según Sacristán (2002) fueron las problemáticas acontecidas de la ambigüedad en la definición del loco, llegando a establecerse documentos hacia las comisarías donde establecían “evitar enviar a todas aquellas personas que no reclamen la necesidad imperiosa de recluirse”, y que los certificados médicos justificaran plenamente los síntomas que coloquen al paciente al margen de la sociedad o en conflicto con ella” (p.76).

forma de huida a las frustraciones del sistema (Berlinguer, 1977, p.60).

Dentro de este enfrentamiento de conceptos y el trasfondo social, de la enfermedad mental, es notable cómo el discurso científico, biomédico principalmente, usa como estrategia la individualización de la enfermedad mientras que en las ciencias sociales se tiende a socializarla. Esta distinción ha querido mostrar un especial ocultamiento al análisis cultural como consecuencia de su propia presentación como sistema desideologizador, universal, apolítico y amoral (Martínez Hernández, 2008); siendo que “la normalidad y la anormalidad se establecen como principios cuasi-éticos que responden a valoraciones morales en una cultura determinada y que, en esta medida, son dependientes de ella” (p.62).

2.3 Conceptuación política: desterritorialización actual de la locura

Para acercarnos y comprender un fenómeno, un buen ejercicio es recorrer su historia. Hasta ahora se ha revisado cómo con el paso de las épocas, se han establecido las miradas hacia la locura y la anormalidad y cómo han sido las relaciones con la sociedad, lo cual pone en evidencia que la locura tiene historia, siendo ésta siempre variante y ambivalente; pero también en su separación de una terminología médica, buscando construir sus propios términos,

definiendo un lenguaje propio. En este apartado, si ya vimos que la locura tiene memoria y lenguaje, revisaremos el espacio, el territorio o este caso la desterritorialización⁸; dotándola de un cuerpo.

La locura se ha visto como un fenómeno marginal, una alteración del orden, debido a que su conceptualización pone al descubierto los valores que la sociedad promueve. La cultura impone prohibiciones sobre las formas de comportamiento entre sus integrantes y rechaza otras que transgreden las normas sociales (Echeverría, 2012). Para el caso de la locura, ésta se ubica dentro de estas normas que transgreden.

Sacristán (2009) cita a Roy Porter, para recordarnos que todas las sociedades identifican a los seres diferentes, categorizándolos casi siempre como peligrosos. Esto, para apartarlos y después buscar las causas que expliquen esa desviación de la normalidad. Es por ello que el lugar de la locura se ha percibido como un espacio para silenciar a todos aquellos cuya manera de pensar, sentir o comportarse resulta intolerable o amenazante para la sociedad.

Así, en la Edad Media, las personas que divergían de los hábitos convencionales de la sociedad occidental, eran llamados “poseídos”, más tarde se adopta el término de locura (siglo XVIII); después, en la

⁸ Desterritorialización debido a que se ha colocado a la locura en el terreno de la enfermedad mental, sin embargo en un proceso de desterritorialización es donde aparece la locura.

modernidad, se acuñó el concepto de enfermedad mental, para en la actualidad, crearse toda una construcción conceptual sobre lo patológico en donde se habla de diversos trastornos. Sin embargo, la existencia de esta confluencia entre características construidas a lo largo de la historia, ha llevado a una ambigüedad conceptual, así “locura, enfermedad mental y trastorno” se encuentran definidas por posturas teóricas (Ríos, 2011:15).

Muchos de los análisis anteriores, dejan ver el contenido político que atraviesa y en el que se posiciona el fenómeno de la locura, análisis que permitió el desarrollo de un planteamiento teórico que hizo hincapié en el aspecto político de la locura. Fue un movimiento social, en los años sesentas, que se dio en llamarse “antipsiquiatría”, movimiento fuertemente crítico hacia la epistemología y práctica psiquiátrica y al sistema económico en que se sustenta (Morales, 2010).

Un autor de ese movimiento social y creador del término de antipsiquiatría, David Cooper, hace dos afirmaciones contundentes: que *el delirio es una afirmación política* y que *todo loco es un disidente político* (1978). A mi parecer, estas afirmaciones son la base de lo que buscó la antipsiquiatría, pero que puede caer en la romantización de la locura y por lo tanto, en una negación del sufrimiento.

El desarrollo de la antipsiquiatría se dio en más que críticas teóricas a las prácticas psiquiátricas, sino también se llevaron a la práctica modelos de tratamiento distintos, desde el trato y la relación médico-paciente ⁹, la creación de comunidades terapéuticas y a la implementación de una ley, como lo fue en el caso italiano con la Ley 180, conocida como la ley Basaglia, adoptando el apellido de quien fue su principal impulsor.

Esta ley atacó la institución psiquiátrica, en su forma arquitectónica, es decir los manicomios; sin embargo, Sacristán (2009) plantea que no es ocioso cuestionarse si el ejercicio del poder psiquiátrico puede reducirse al manicomio, siendo que este espacio hizo las veces de un lugar de reclusión, pero también de refugio, de espacio terapéutico y de producción del saber.

Así, otros autores como Van Young (2001), mencionan que es innecesario asumir la postura antipsiquiátrica de un Ronald D. Laing o un Thomas Szasz para reconocer que la descripción de la perturbación mental en un individuo dado, sea esta por médicos, funcionarios legales o la propia familia de los afectados, comúnmente estaba influida, y probablemente bastante determinada por

⁹La mayoría de los autores a los que se les ha denominado dentro de esta corriente antipsiquiátrica, han sido médicos psiquiatras, que si bien reformularon sus tratamientos, es cuestionable la afirmación de una verdadera modificación en la relación médico-paciente, pues existe un saber que domina sobre el otro, un saber cómo verdad a un saber de la experiencia.

consideraciones políticas, morales y que en todas partes y en todas épocas ha sido construida socialmente. En el mismo sentido, Álvarez Uría ve que la función política de la medicina mental consiste en “contener a ese potro indomable y pasional que es el pueblo y del que el loco es un arquetipo” (Sacristán, 2009, p.24).

Para un análisis completo de la locura, éste debe ir más allá de la revisión de la relación del loco con el Estado, sino a su vez, también incluir su relación con la sociedad y con su entorno cercano como lo es la familia y sus relaciones interpersonales. La antipsiquiatría, sobre todo inglesa, puso como punto central la relación que establece la familia con los sujetos diagnosticados, siendo que para Laing y Cooper la esquizofrenia se vuelve consecuencia directa del mecanismo represivo que representaba la familia y ante la cual la psiquiatría reaccionaba con la violencia del encierro (Sacristán, 2009).

Este mecanismo es observado en la investigación histórica hecha por Ríos Molina (2009^a), para el caso de la sociedad mexicana. Considera que a través de la revisión de los expedientes clínicos del Manicomio General, se puede observar que los internados eran mayormente llevados por las familias que por interdicción jurídica. Una observación similar se encuentra también en Sacristán (2002), pues señala que mientras que en Francia, Estados Unidos y otros países, se llevaron a cabo campañas contra la institución manicomial, por considerar que los psiquiatras retenían contra su voluntad a los

alienados y sufriendo malos tratos en nombre de la ciencia; en México, se da el caso de que fueron los propios psiquiatras quienes sostuvieron la defensa de los enfermos frente a los abusos de la familia. Esto deja ver cómo en ambos casos la institución manicomial terminó por demostrar sus propios límites.

Berlinguer (1977), con la intención de defender esta profesión médica, subraya que aunque resulte justa la exigencia marcada por Laing y Cooper, de rechazar en primer lugar la falsa objetividad técnica detrás de la cual se esconden las dinámicas del poder, siendo insuficiente sólo decir que la psiquiatría, para dejar de servir a las clases dominantes, “debe llegar a negarse a sí misma y convertirse en acción política” (p.22).

De manera similar, Echeverría (2012) concreta que ciertamente la locura es una construcción social utilizada con fines de dominio sobre el otro, pero se debe reconocer que también se manifiesta como una dolencia real en el que la padece, existe un sufrimiento real y con respecto a esto, las explicaciones que se refieren tanto a lo biológico como a lo social, abundan.

2.4 Los sujetos de la locura

Ha llegado el momento de explorar quienes habitan en este espacio de la locura, en este cuerpo, los que se constituyen como sujetos afectados, inmersos en este territorio, y que como actores

inmiscuidos construyen subjetividades y narrativas propias. Estas narrativas buscan comunicarse, tienen algo que expresar y por ello, estos sujetos de la locura, los locos, se apoderan de su voz, posicionándose como actores sociales frente a sus dolencias, medidas y tratamientos, que atraviesan su transitar por la locura; es un romper con la marginalidad en la que se les había depositado, construir diferentes prácticas y saberes propios, que han quedado fuera de los expedientes clínicos, forman grupos, colectividades; buscando adentrarse en diferentes esferas sociales, muchas de las cuales las habían dejado de lado, forman comunidad.

Explorar la relación de saber-poder en la medicina mental fue una aportación indiscutible de Foucault; sin embargo, al centrar la discusión en esa relación y otorgar un papel principal al Estado y sus instrumentos, los psiquiatras, “se deja de lado la intervención de actores con una gran capacidad de interlocución: la familia y el propio loco” (Sacristán, 2009, p.178).

Echeverría (2012) plantea que al loco siempre ha sido considerado como el “otro”, y nunca como uno mismo, funcionando en esta forma de válvula de escape, en analogía de Szasz (1976). Siendo que es la creación del miedo al loco lo que ha provocado su estigmatización y su aislamiento, sea para impedir el contagio social o para curarlo. El loco se ve golpeado por discursos y prácticas sobre su propia locura, sus explicaciones, atribuciones y terapéutica.

Es en el dejar de observar a los locos como sujetos pasivos frente al saber médico, y sí como actores sociales cuya acción social es determinante en las reflexiones propias del saber científico (Ríos, 2009^b), como un devenir en movimiento social, es una forma de visualizar cómo se posiciona la locura contemporánea y es a través de estas subjetividades que podemos analizarla. En este sentido, Van Young (2001) ubica la utilidad de la consideración de los pacientes psiquiátricos como subalternos dentro de un sistema social estructurado, que contiene ideas culturales hechas de significados que se interrelacionan.

La posición de loco se conceptúa en la actualidad, por una adaptación cultural y en definición de los propios afectados, al igual que como sobrevivientes a la psiquiatría, usuarios o psiquiatrizados. Generalmente, estas denominaciones implican un proceso, un desacuerdo, a veces ubicado en el orden de la resistencia y el rechazo (Blais, 2002).

De acuerdo con Correa Duró y López Linaje (citados por Sacristán, 1992 en Echeverría, 2012), la locura se concibe como la expresión de las contradicciones que inundan la vida cotidiana, a las que se encuentran sometidos tanto cuerdos como locos, con la sola diferencia de que el individuo con un trastorno intenta defenderse de dichas contradicciones bajo dispositivos diferentes a los

habitualmente utilizados, precisamente porque carece de los mecanismos de defensa que la sociedad procura a los “normales”.

A este cuerpo de la locura, comúnmente se le observa únicamente en su existencia dentro de la dimensión de lo patológico; es sin embargo, a través de estas subjetividades que puede despojarse de tal lugar y reconstituirlo colectivamente para ser integrado como tejido social, darle un sentido comunitario, el cual fue desdibujado en la inmersión del internamiento psiquiátrico que buscó incidir en la vida de los sujetos en el encierro. Cuando un paciente era ingresado en el establecimiento, se le imponían rigurosas rutinas cuyo objetivo final era “crearle una nueva identidad: una hora para levantarse, acostarse, comer, asearse, recrearse, hacer deporte, ir al cine, recibir visitas, etc.” (Ríos, 2009^a, p.22). Esta implementación de una identidad institucionalizada, de acuerdo con Goffman (1970), conduce a una suplantación del *yo* individual por el *yo* institucional. Incluso en un contexto alejado de lo institucional, el dispositivo psiquiátrico sigue operando, formando lo que Martínez Hernández (2013) ha llamado narrativas colonizadas, las cuales internalizan y reproducen lo establecido por la visión biomédica y logran introducirse en las subjetividades de la persona.

Berlinguer (1977) consideraba que los enfermos carecen de una posibilidad de formar “colectividad solidaria”, siendo que para la estabilidad del sistema social, el papel del enfermo puede ser menos

peligroso. “Siempre y cuando el enfermo acepte su papel pasivo, y exista un sistema eficiente de instituciones y de intermediarios que administren esa parte del mecanismo general del control social” (p. 60). A su vez, existe también la parte social condenatoria, donde la voz del enfermo se ve censurada, sin que se le escuche y ni se le den alternativas reales para resolver su conflicto. A suerte de negarle un futuro en la sociedad encasillándole en un estatus de enfermo del que muy difícilmente saldrá (Ódena, 2007).

Sin embargo, esta visión en la actualidad se ha visto quebrada, ya que aunque existan este sistema de instituciones de “control social” y esta parte social permee el ambiente cotidiano, ha resultado posible construir comunidad, aun con estos dispositivos operando, las observaciones de las que parte este trabajo se relacionan con la oportunidad de ver a la locura constituirse también como un lazo social, como un sistema de resistencia, de denuncia y de acción (Correa-Urquiza, 2009; Evia, 2010).

Hace 18 años comenzó la construcción de un proyecto de comunicación que llevó a cabo en sus intenciones, el restablecimiento del sentido social, un contacto roto entre la sociedad y aquellos sujetos ocultados en los dispositivos psiquiátricos. Fue una toma de los medios de comunicación, la construcción de una radio llevada a cabo al interior de un hospital psiquiátrico, en Uruguay: radio Vilardevoz (<http://www.vilardevoz.org/>), que sin conocer en ese

momento la experiencia reciente de la Radio Colifata en Argentina (<http://lacolifata.com.ar/>), se posiciono dentro de las primeras radios locas, ya que este modelo fraternizó a escala global, creándose tiempo después una multiplicidad de proyectos radiofónicos, se concientizó de que más allá de que exista una falta de información sobre la locura, el problema radica en el único contenido de información que circula sobre el tema, pues se dejó un control de la locura a los medios, que dificultó al menos, la posibilidad de reducción de la satanización y estigmatización de la locura.

La utilización de estas radios ha sido como herramientas, sentidos y procesos, que pueden ser vistas como elementos de deconstrucción de este concepto de los medios de locura. A decir de Correa Urquiza (2009), también son “acontecimientos”; un lazo social a través de la locura y un hacer político a su vez, esto como movimiento de acción civil, que cuestiona esa cierta institucionalización de la locura que la fosiliza en su dimensión patológica.

Para Radio Nikosia (<http://www.radionikosia.org/>), una de estas radios locas, la idea de utilizar los medios de comunicación es con el objetivo de humanizar la información existente sobre la locura, contarla en su verdad de experiencia subjetiva, de dolor, de realidad vivencial. Siendo que esta humanización de la información no implica negar las categorías diagnósticas, quizá cuestionarlas en tanto aplicaciones de etiquetas que neutralizan a las personas social e

individualmente, en un ser enfermo en pos de deconstruir las bases del propio sufrimiento (Correa-Urquiza, 2011).

Cada radio tiene su propio desarrollo, sus propias demandas y particularidades, la radio que se explora en esta investigación, Radio Vilardevoz, tiene su propio caminar, entrelazándose con sus radios hermanas, pues se habilita como espacio social donde las identidades se desenferman, se despatologizan, como dice Correa Urquiza (2011), son devueltas al juego libre de lo social, generándose en los participantes una suerte de mejor estar, un hacerse cargo y más fuertes para enfrentar la cotidianidad. Es soltarse en la posibilidad de hacer una política del subsuelo, cierta militancia desde el margen.

Dentro de estos espacios de escucha social, se establece una suspensión de toda noción que criminaliza, culpabiliza o enferma a la locura. Son los lugares de resignificación de la locura, donde se consolidan nuevas formas de significación que parten de la reflexión de los propios afectados, quienes sin presentarse en conjunto como adheridos a algún tipo general de ideología o movimiento social preestablecido, ni de lógicas anti, existen recortes de la antipsiquiatría sí, pero a la vez se separan de ella. En todo caso, se forman, como un movimiento de exigencia por la no psiquiatrización de la vida cotidiana. Para ellos, la radio devuelve a la locura – sin negarla en

tanto sufrimiento- a su lugar en tanto diferencia posible (Correa-Urquiza, 2011).

Siguiendo a Rivera Garza (2001), es en el acercamiento a la cotidianidad donde se pueden observar y contrastar las formas en que los subalternos resisten y negocian con las imposiciones modernizadoras del Estado. Una constante negociación, de poder, entre “las instancias hegemónicas y los sujetos subalternos, en este caso los locos... quienes utilizan su capacidad para actuar, decidir y resistir en el escenario de la cotidianidad” (p.85).

La psiquiatría, para Thomas Szasz (1976), se ha ensimismado en una visión orgánica de la enfermedad mental pensándola solo en términos de sustantivos, cuando podría orientarse a pensarse en términos de procesos. Una fuerte crítica de la antipsiquiatría encuentra a la práctica psiquiátrica oficial, como un intento por una readaptación de una masa de desviados y enfermos dentro del marco de la ley y la producción capitalista, hablando, por lo tanto, no de curación – sino de un fin de consumo. Sin embargo, otros autores ven a estas disciplinas en complicidad con un sistema simbólico de la cultura y uno ideológico del saber, además del sistema económico y político (Pavón, 2012). Es en este sentido en el que Goffman, Szasz y Basaglia se basan el sostenimiento de la tesis de que la sociedad y la propia psiquiatría eran patógenas, idea que se vio fortalecida desde la historia con Foucault.

En la mayoría de estos análisis, las subjetividades de las personas afectadas continúan quedando fuera o al margen, para Sacristán (2009) la voz de los internos, como locura, sigue siendo igualmente enigmática, “cuya naturaleza no cabría sólo bajo el concepto de transgresión, pues a veces lo que hay detrás es simple y llanamente una persona que sufre” (p.27).

Por el contrario, es hasta que estas subjetividades construyen sus propias narrativas y dan cuenta, de sus dolencias y sufrimiento, que pueden establecerse mecanismos y formas de sociabilidad que abarquen de manera más global y personal esta interconexión de perspectivas por las que atraviesa la locura.

Llevar a cabo el análisis sobre la posibilidad de que estas identidades consideradas deterioradas dejen de reproducirse, sino que se reformulen en una resignificación de las categorías, permitirá estimar la posibilidad de que los sujetos adquieran una identidad propia y a la vez colectiva, creándose una identidad disconforme que despatologice, una reapropiación no sometida de la subjetividad, que deviene en identidades disidentes. Es un abrirse paso hacia la recuperación de autonomía -la cual en muchas ocasiones les es negada- creando los medios, las formas y los espacios en las que estas carencias sean llenadas, en la configuración de procesos que dan paso el restablecimiento de la autonomía propia y una desestigmatización (Correa-Urquiza, 2009).

En el siguiente capítulo se expondrá la forma en cómo se propuso llevar a cabo el análisis en el presente estudio.

Capítulo 3

Método

El interés del presente trabajo consiste en conocer la configuración de un tipo de subjetividades insertadas en una esfera grupal que se transforman de identidades deterioradas o susceptibles de serlo, en identidades enfrentadas a esas lógicas estigmatizantes, es el caso de la identidad de “loco” o “participante” dentro del dispositivo de Vilardevoz, que combate a la identidad de enfermedad centrada en el aspecto biomédico.

La razón por considerar como disidentes a un tipo de identidades enfrentadas a la estigmatización, es debido a que siguiendo a David Cooper (1978), se entiende por disidencia, aquello que está en el otro lado, siendo que disensión quiere decir pensar y sentir de modo distinto a los poderes establecidos. Sin embargo, tampoco debe pensarse que “toda víctima de la psiquiatría sea un disidente de facto, ya que es hasta que lucha a través de las metamorfosis de la propia locura que la persona puede encontrarse en la posibilidad de reconfigurarse como disidente” (p. 24). Esta reflexión guía los propósitos de la presente investigación, planteada para responder a las siguientes interrogantes: ¿Es posible romper con la identidad de enfermo que construye el diagnóstico psiquiátrico, para asumir una identidad disidente? ¿En qué consiste esta identidad disidente? ¿Qué

estrategias y herramientas son usadas para construir estas identidades? ¿De qué forma se reinsertan estas identidades, en un sentido social donde habitar su diferencia? ¿Es posible considerar estas prácticas como formas de resistencia?

El planteamiento de estas preguntas y la exploración de sus posibles respuestas nos puede llevar a una mayor y más amplia comprensión de cómo se constituyen y desarrollan espacios de interacción o escucha social dentro de estas poblaciones, espacios en los que “el llamado loco puede despojarse –al menos circunstancialmente- de las consideraciones que giran en torno a la dimensión patológica y se enfrenten a la opción de alcanzar nuevas derivaciones en el entramado de su identidad” (Correa-Urquiza, 2009, p.103).

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo general

Identificar la existencia y manifestación de identidades disidentes en salud mental tomando como ejemplo al colectivo de Radio Vilardevoz.

3.1.2 Objetivos específicos

- ✓ Analizar la conformación de un discurso colectivo que busca romper con la interiorización de una identidad asociada a la idea de enfermedad.

- ✓ Describir la utilización de un medio de comunicación como forma de difusión y acción para enfrentar el estigma hacia la enfermedad mental y despatologizar identidades.
- ✓ Describir, a partir de demandas expuestas, la vinculación social que se teje desde de la conformación de una identidad personal y colectiva.

3.2 Consideraciones éticas

El trabajo se comenzó con la intención de explorar los elementos de los objetivos en una radio local, con una propuesta similar, a la cual asistí con frecuencia a sus transmisiones en vivo manteniéndome pendiente en cuanto al material que producían, durante un periodo de un año aproximadamente, aunque, de ese año, sólo un par de meses fueron con el claro propósito de trabajar sobre esta experiencia de radio; sin embargo, cuando hice abierta mi intención de integrarla en una tesis, comenzó un distanciamiento de la coordinadora del proyecto y un silencio ante mi petición, al contrario de algunos de los participantes a los que les había comunicado mi propósito. Sin embargo, debido a ese silencio, entendido como una negación de un consentimiento a participar, decidí parar el estudio, pese al material recopilado y notas personales. Por otra parte, estas notas e idea del estudio me llevaron retomar la inicial intención del estudio y a redefinirlo, buscando la colaboración de una radio similar y con la cual

tengo mayor afinidad. Cabe mencionar que ésta se encuentra en otro país, Uruguay y que mi principal medio de trabajo, fue entonces, el espacio virtual. Al acceder esta radio a colaborar, esta eventual objeción de parte mía se fue modificando.

3.3 Contextualización: descripción de la Radio

De los datos de la *radio Vilardevoz* recopilados tanto de su página web (<http://www.vilardevoz.org/>), de redes sociales (<https://www.facebook.com/Radio-Vilardevoz-152357398168947/>), de la tesis de Victoria Elvia (2010) y notas periodísticas; Radio Vilardevoz se define a sí mismo como un proyecto comunicacional participativo de salud mental colectiva y como proyecto político y de integración que funciona como un colectivo y espacio social; acciona, se reúne y se conforma alrededor de una producción radial. Comenzó a funcionar en noviembre de 1997 dentro del Hospital Psiquiátrico Vilardebó en Montevideo, Uruguay, se conforman como una radio comunitaria y están afiliados a la Asociación Mundial de Radios Comunitarias (AMARC) es un proyecto autónomo y autogestionado, conformado como una organización sin ánimos de lucro y como no reciben financiamiento de parte de alguna institución han venido desarrollando el autofinanciamiento, con la creación de un club de socios, que puede ser cualquier persona que quiera contribuir económicamente al proyecto (siendo alrededor de 400 socios), así

como con la venta de materiales con el sello de la radio, como tazas, pines, plumas o textos donde la Radio ha colaborado.

Tres dimensiones fundamentales son los ejes que guían a Radio Vilardevoz: a) la Participación, b) la Comunicación y c) la Salud mental.

Estos tres pilares están entrelazados a nivel práctico; sin embargo, se explora en cada uno de ellos una dimensión particular, dentro de una metodología comunitaria.

- a) A la **participación**, la ubican como la dimensión **política** del proyecto, debido a que es en éste donde se considera la producción de autonomía, la construcción de ciudadanía y responsabilidad social, el desarrollo de la solidaridad y la capacidad de transformación del entorno por parte de los participantes.
- b) La **Comunicación** que compone la dimensión **estética**, es vista como la proyección social del proyecto, en tanto producción de la experiencia y de inclusión social. Es con base en esta propuesta –de comunicación- se fortalece el desarrollo de las potencialidades y la creatividad enfocadas a cumplir con el objetivo de llevar a una comprensión sobre las concepciones sociales de la enfermedad mental, para lo cual se promueve la

discusión y el debate social acerca de la locura sus dimensiones y límites.

- c) El tercer tópico lo constituye la parte de la **salud mental**, que es donde se desarrolla el área de la producción de la subjetividad, el incremento de los lazos de solidaridad a partir de una experiencia de aprendizaje de aceptación de lo diverso, la producción de una clínica del encuentro y la potenciación de lo colectivo como vía de acceso a la salud. Esta parte involucra la dimensión **ética** del proyecto, y se relaciona con el objetivo del colectivo de contribuir al proceso de rehabilitación del diagnosticado psiquiátrico, la producción de conocimiento y la formación profesional (Jiménez, Baroni, Giordano, Cresci, Planchesteiner, 2013).

Vilardevoz se ha hecho de espacios para la discusión y producción colectiva, espacios de encuentro tanto radial como personal. Se considera que hacer radio tiene la posibilidad de llevar a la toma de la enunciación personal y colectiva, para difundir y problematizar las condiciones del ser paciente psiquiátrico. Entrar en diálogo entorno a los discursos alrededor de la locura, insertando en ese diálogo un discurso que se considera “históricamente silenciado”, el discurso del denominado loco (Jiménez, et al, 2013).

La estructura de la *radio Vilardevoz* se conforma de diversos espacios de trabajo como se describe en la página de la Radio y en la tesis de Victoria Evia (2010):

- **Taller central:** es un espacio que funciona semanalmente, donde se discute al respecto de la Radio y el colectivo para la toma de decisiones en una especie de asamblea, este taller está coordinado por el director de la radio, miembro del equipo técnico y asiste tanto el equipo técnico como los participantes.
- **Taller de producción radial:** espacio en el cual se reúnen semanalmente para preparar la salida al aire de los sábados, se busca y discute la información necesaria para el día, así como la preparación de las entrevistas. Este espacio a su vez también sirve de formación radial. Es coordinado por dos miembros del equipo técnico.
- **Taller de escritura:** este espacio funciona una vez por semana, es un espacio de encuentro donde se practica la escritura que servirá para el boletín de la radio, la página web, producciones radiales planificadas o como describen “por el simple gusto de escribir”. Este espacio está coordinado por miembros del equipo técnico y asisten aquellos participantes que tienen gusto e interés en la escritura.

- **Taller de digitalización:** espacio que acerca a los participantes a “las herramientas informáticas como modo de expandir su acceso a los medios de comunicación”, aquí se digitalizan las producciones de Vilardevoz para su publicación en los diferentes espacios del colectivo. Es coordinada por miembros del equipo técnico.
- **Salida al aire con Fonoplatea abierta:** es la puesta en práctica de los resultados de los talleres, es de alguna manera, el espacio central pues es la salida al aire de la producción radial, en este espacio se dan encuentro los tanto los participantes más involucrados de la radio como los más esporádicos, asisten algunos internados en el Hospital Vilardevó, invitados a la radio así como visitantes, vecinos del barrio, amigos, etc. Este es el espacio más visible de la radio debido a que es abierto, es coordinado por integrantes del equipo técnico.
- **Ampliación de la salida al aire:** funciona el mismo día de la fonoplatea abierta y como continuación de esta ya que el objetivo es ampliar las horas de salida al aire.
- **Desembarcos:** Implica llevar la radio a algún punto de la ciudad o incluso fuera del territorio.

El colectivo de Vilardevoz se integra por tres tipos de actores sociales distintos con funciones específicas: equipo técnico, participantes y pasantes.

Dentro del **equipo técnico** se integran los coordinadores de los diferentes talleres y como su nombre lo indica se encargan de diferentes funciones técnicas para que el proyecto marche. La mayoría de los integrantes del equipo técnico son académicos, principalmente psicólogas. A decir de una de las coordinadoras: “Los psicólogos y los pasantes no solo tenemos que ver con el diseño de un proyecto de radio sino con el diseño de un dispositivo de intervención psicológica” (Evia, 2010, p.44).

Vilardevoz se relaciona en la formación y desarrollo de profesionales debido a que se tiene un acuerdo con la Facultad de Psicología de la Universidad de la República en Uruguay, para que desarrollen una **pasantía** curricular. De igual manera, recibe informalmente a estudiantes y egresados de diversos servicios y países, pues a su vez, ha sido escenario de proyectos de investigación, como el presente trabajo

Los participantes, parte medular del proyecto, son definidos en cuanto a esa característica de función activa, la participación. El principal participante es el diagnosticado o afectado psiquiátrico, en su mayoría pacientes ambulatorios del hospital Vilardevó. Para el

proyecto de radio Vilardevoz ser participante implica asumirse también como un sujeto activo, consiente y dueño de un proceso de inclusión y habilitación. Es un cambio cualitativo respecto del considerado paciente, hacia un nuevo proyecto que incluye más que solamente haber sido o haber estado mal en un momento. Implica todo un proceso de encontrar un lugar en el proyecto, es por esto que participantes también lo son los miembros del equipo técnico, así como algunas personas que visitan la radio, es entonces una definición, de un tipo de rol, que no excluye y que no genera distinciones (Evia, 2010; Jiménez, et al, 2013).

Es por esto que no toda la población que asiste a la radio es un participante, algunos datos de la radio afirman que la población que asistente está compuesta por un grupo de 70 pacientes psiquiátricos aproximadamente, mayoritariamente de sexo masculino, y en su mayoría de entre 25 a 60 años. La mayoría son pacientes ambulatorios, que han estado internados en el hospital. Se ubica en la línea de la pobreza y en el desempleo, aunque algunos reciben una pensión por discapacidad (Evia, 2010, p.48).

En cuanto a la recepción de la radio, considero que esta es amplia, debido a que como Vilardevoz está registrada como miembro de la AMARC-Uruguay, tiene voz y voto en las asambleas y participa en diversas actividades de la red, esto le da una muy amplia difusión y vinculación con otras radios locales, así como su retransmisión dentro

de sus frecuencias, ya que Vilardevoz, además de transmitir desde internet, lo hace también por una frecuencia radial (FM) propia, en Montevideo, ya que cuenta con una antena y amplificador y por estas retransmisiones por varias zonas de Uruguay,

3.4 Procedimiento: Contacto con la Radio

Se comenzó un contacto con las coordinadoras de la Radio, por las redes sociales, (Facebook) y por correo electrónico. Aunque ya existía un antecedente de contacto ya que en el año 2014, algunos miembros de la Radio vinieron de visita al país.

Tras la revisión del material escrito sobre el proyecto, se seleccionaron programas grabados alojados en su página de internet, comenzando una transcripción para su posterior análisis.

También se comenzó una bitácora de campo de la escucha en vivo de la radio los sábados.

3.5 Integración del Corpus: Análisis Cualitativo de la información

En el presente trabajo se realizó un análisis de contenido de una selección de programas grabados de la Fonoplatea abierta de La radio Vilardevoz. Se seleccionaron audios (podcast) alojados en el sitio de internet de la Radio (http://www.ivoox.com/escuchar-radio-vilardevoz-95-1-fm_nq_77873_1.html), siendo solo posible los transmitidos en el año 2015 y del encuentro de Radios Locas en el

2014, en el mismo sitio. Los criterios de selección se hicieron con la exploración del sitio web, enfocándome en el título del podcast principalmente, debido a que en este indica si es una entrevista, una discusión de opiniones, una discusión de una noticia, un programa musical o de discusión con expertos. Se fue seleccionando el material de cada uno de los bloques en que han dividido sus programas (podcast de Radio Vilardevoz, Chalecos Rotos: Por una nueva ley de salud mental, Vilardevoz al parlamento y Encuentro Latinoamericano de Radios Locas, 2014).

Esta selección resultó en 35 audios que varían en tiempo desde los 2 minutos para spots hasta los programas de 50 minutos. Complementando el material con las anotaciones de una bitácora de campo que he venido elaborando de la escucha continua, durante un año, de la salida al aire los sábados de la radio, entrevistas recopiladas y material audiovisual encontrado en la red.

De esta selección, elaboré una integración a modo de ordenamiento de acuerdo con la temática a partir de los objetivos planteados (cuadro 3), para su posterior transcripción, siendo estos los audios retomados para el trabajo, se colocó una clave que indica el número del capítulo y fecha del audio, esta clave se utilizará en las citas en el texto.

CUADRO 3. DE REFERENCIAS DE AUDIOS DE RV

Clave	Fecha del programa	Título	Enlace
Capítulo 4 Conformación de Identidades disidentes			
4.2.6.15	02 de junio de 2015	<i>¿Qué es Radio Vilardevoz?</i>	http://www.ivoox.com/que-es-radio-vilardevoz-ruben-olivera-programa-sonidos-audios-mp3_rf_4584232_1.html
4.7.3.15	07 marzo de 2015	<i>Mesa de las mujeres</i>	http://www.ivoox.com/sabado-07-marzo-mesa-las-mujeres-audios-mp3_rf_4204769_1.html
4.20.6.15	20 de junio de 2015	<i>Periodista Gloria Muñoz y Raúl Zibechi</i>	http://www.ivoox.com/sabado-20-junio-periodistas-gloria-munoz-y-audios-mp3_rf_4672662_1.html
4.25.4.15	25 de abril de 2015	<i>Entrevista al periodista Raúl Zibechi</i>	http://www.ivoox.com/sabado-25-abril-periodista-raul-zibechi-entrevista-audios-mp3_rf_4423575_1.html
4.30.5.15	30 de mayo de 2015	<i>La bruja celestial y cobertura Ayotzinapa</i>	http://www.ivoox.com/sabado-30-mayo-la-bruja-celestial-cobertura-audios-mp3_rf_4586514_1.html
4.31.10.15	31 de octubre de 2015	<i>Rafael Reiguadas Historiador visita desde México</i>	http://www.ivoox.com/sabado-31-octubre-rafael-reiguadas-historiador-visita-audios-mp3_rf_9268083_1.html
4.10.10.15	10 de octubre de 2014	<i>Mesa 3 -Parte 4 -Las radios y sus dispositivos comunicacionales</i>	http://www.ivoox.com/viernes-10-octubre-mesa-3-parte-audios-mp3_rf_4027906_1.html
4.8.8.15	08 de agosto de 2015	<i>Mesa sobre Las Colonias Psiquiatricas</i>	http://www.ivoox.com/sabado-08-agosto-mesa-sobre-las-colonias-psiquiatricas-audios-mp3_rf_6603344_1.html
4.24.10.15	24 de octubre de 2015	<i>Tacto rectal- Adhemar Ceara</i>	http://www.ivoox.com/sabado-24-octubre-tacto-rectal-adhemar-ceara-audios-mp3_rf_9164057_1.html?autoplay=true

4.18.6.15	18 de junio de 2014	<i>Transmisión en Conjunto Radio Abierta y Radio Vilardevoz-parte 2</i>	http://mx.ivoox.com/es/transmision-conjunto-radio-abierta-radio-vilardevoz-audios-mp3_rf_3552602_1.html
Capítulo 5 Participación social. Por una nueva ley			
5.2.10.15	02 de octubre de 2015	<i>Las 8 Razones Por Una Nueva Ley de Salud Mental 2015</i>	http://www.ivoox.com/8-razones-por-una-nueva-ley-de-audios-mp3_rf_8744111_1.html
5.8.10.15	08 de octubre de 2015	<i>Del Manicomio Al Parlamento- pike spot 1-2015</i>	http://www.ivoox.com/del-manicomio-al-parlamento-pike-spot-1-2015-audios-mp3_rf_8859294_1.html
5.18.8.15	18 de agosto de 2015	<i>Mesa de legisladores- Por una Nueva ley de Salud mental en el Uruguay.</i>	http://www.ivoox.com/martes-18-agosto-mesa-de-legisladores-por-audios-mp3_rf_7272115_1.html
5.3.10.15	03 de octubre de 2015	<i>Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna.</i>	http://www.ivoox.com/sabado-03-octubre-asamblea-instituyente-salud-mental-audios-mp3_rf_8860176_1.html
5.4.7.15	04 de julio de 2015	<i>Programa Tacto Rectal- Adhemar Seara</i>	http://www.ivoox.com/sabado-04-julio-programa-tacto-rectal-audios-mp3_rf_4752703_1.html
5.10.10.15	10 de octubre de 2015	<i>Fiesta Antimanicomial-mesa con funcionarios</i>	http://www.ivoox.com/sabado-10-octubre-fiesta-antimanicomial-mesa-funcionarios-audios-mp3_rf_9000087_1.html
5.15.8.15	15 de agosto de 2015	<i>Mesa predesembarco y 8 razones</i>	http://www.ivoox.com/sabado-15-agosto-mesa-predesembarco-8-razones-audios-mp3_rf_6857969_1.html
5.24.10.15	24 de octubre de 2015	<i>Tacto rectal- Adhemar Ceara</i>	http://www.ivoox.com/sabado-24-octubre-tacto-rectal-adhemar-ceara-audios-mp3_rf_9164057_1.html?autoplay=true
Capítulo 6 Cartografía social de la locura			
6.2.10.14	02 de octubre de 2014	<i>1 Encuentro Latinoamericano de Radios Locas - Promo 4-</i>	http://www.ivoox.com/1-encuentro-latinoamericano-radios-locas-promo-audios-

		<i>la Geografía de la locura</i>	mp3_rf_3561148_1.html
6.3.2.10.14	02 de octubre de 2014	<i>1 Encuentro Latinoamericano de Radios Locas - Promo 3-</i>	http://www.ivoox.com/1-encuentro-latinoamericano-radios-locas-promo-audios-mp3_rf_3560930_1.html
6.6.10.14	06 de octubre de 2014	<i>A las radios locas- poema del compañero Miguel Pérez</i>	http://www.ivoox.com/a-radios-locas-poema-del-companero-miguel-audios-mp3_rf_3575343_1.html
6.1.9.10.14	09 de octubre de 2014	<i>Mesa 2- Alternativas a lo Manicomial - PARTE 1-</i>	http://www.ivoox.com/jueves-09-octubre-mesa-2-alternativas-a-audios-mp3_rf_4005251_1.html
6.2.9.10.14	09 de octubre de 2014	<i>Mesa 2- Alternativas a lo Manicomial - PARTE 2-</i>	http://www.ivoox.com/jueves-09-octubre-mesa-2-alternativas-a-audios-mp3_rf_4009179_1.html
6.3.9.10.14	09 de octubre de 2014	<i>Mesa 2- Alternativas a lo Manicomial - PARTE 3-</i>	http://www.ivoox.com/jueves-09-octubre-mesa-2-alternativas-a-audios-mp3_rf_4019074_1.html
6.7.10.14	07 de octubre de 2014	<i>Lanzamiento del Encuentro 2014-Mesa de autoridades</i>	http://www.ivoox.com/martes-07-octubre-lanzamiento-del-encuentro-2014-mesa-audios-mp3_rf_3584483_1.html
6.2.7.10.14	07 de octubre de 2014	<i>Presentación de las radios locas.</i>	http://www.ivoox.com/martes-07-octubre-presentacion-radios-audios-mp3_rf_3584749_1.html
6.1.10.10.14	10 de octubre de 2014	<i>MESA 3 -Parte 1-Las radios y sus dispositivos comunicacionales</i>	http://www.ivoox.com/viernes-10-octubre-mesa-3-parte-audios-mp3_rf_4019189_1.html
6.2.10.10.14	10 de octubre de 2014	<i>MESA 3 -Parte 2-Las radios y sus dispositivos comunicacionales</i>	http://www.ivoox.com/viernes-10-octubre-mesa-3-parte-audios-mp3_rf_4027421_1.html
6.3.10.10.14	10 de octubre de 2014	<i>MESA 3 -Parte 3- Las radios y sus dispositivos comunicacionales</i>	http://www.ivoox.com/viernes-10-octubre-mesa-3-parte-audios-mp3_rf_4027768_1.html
6.4.10.10.14	10 de octubre de 2014	<i>MESA 3 -Parte 4- Las radios y sus dispositivos comunicacionales</i>	http://www.ivoox.com/viernes-10-octubre-mesa-3-parte-audios-mp3_rf_4027906_1.html

6.1.11.10.14	11 de octubre de 2014	<i>Salida al Aire- PARTE 1- Podemos Volar- COSTA RICA</i>	http://www.ivoox.com/sabado-11-octubre-salida-al-aire-parte-audios-mp3_rf_4028134_1.html
6.2.11.10.14	11 de octubre de 2014	<i>Salida al Aire- PARTE 2- Radio Abierta- MEXICO</i>	http://www.ivoox.com/sabado-11-octubre-salida-al-aire-audios-mp3_rf_4028302_1.html
6.3.11.10.14	11 de octubre de 2014	<i>Salida al Aire- PARTE 3- Colectivo los Inestables, Córdoba</i>	http://www.ivoox.com/sabado-11-octubre-salida-al-aire-audios-mp3_rf_4028410_1.html
6.4.11.10.14	11 de octubre de 2014	<i>Salida al Aire- PARTE 4- Colectivo Descosidos-Perú</i>	http://www.ivoox.com/sabado-11-octubre-salida-al-aire-audios-mp3_rf_4031712_1.html
6.5.11.10.14	11 de octubre de 2014	<i>Salida al Aire- PARTE 5- La Colifata - Buenos Aires</i>	http://www.ivoox.com/sabado-11-octubre-salida-al-aire-audios-mp3_rf_4032017_1.html

Esta separación de los programas es para organizar el material; sin embargo, mucho de éste se interconecta en los tres temas propuestos.

Como herramientas de consulta también se utilizaron:

Páginas de internet:

Radio Vilardevoz: <http://www.vilardevoz.org/>

Asamblea Instituyente por la Salud Mental y vida digna:

<http://asambleainstituyente.blogspot.com/>

Páginas de Facebook:

- Radio Vilardevoz
- Asamblea Instituyente por la Salud Mental,

Desmanicomialización y Vida Digna

- Salud Mental y comunicación para la inclusión social

Resultados

Capítulo 4

La conformación de identidades disidentes

*“Dejar de estar loco es aceptar ser obediente,
poder ganarse la vida,
reconocerse en la identidad biográfica que han forjado para uno,
es dejar de extraer el placer de la locura.”*

Foucault

Este apartado está enfocado a describir la forma en que personas con experiencias psiquiátricas, dentro del colectivo Vilardevoz establecen conexiones sociales dentro de la conformación o reconfiguración de una identidad. Realizando un análisis en el contenido del *corpus* elegido de los micro programas guardados en su sitio de internet, de la salida al aire de la radio, en el año 2015.

En cada programa, la conducción es múltiple. Un programa consta de diversas secciones. Cada una es conducida por un participante distinto, esta salida al aire, a lo largo del día, es acompañada por dos integrantes del equipo técnico, quienes son las coordinadoras del proyecto, principalmente psicólogas. Algunas de las secciones ya establecidas son: la bruja celestial, la realidad es un sueño, música resistencia, tacto rectal, laberinto musical, la pluma encendida, espacio urbano y el rincón del fénix.

En la mayoría de los programas, la entrada, cambios de sección y salida es llevada por un mismo participante de la radio, quien se ha especializado en esa función, el cual -se infiere- lleva tiempo participando en el proyecto. Según lo han comentado miembros del grupo, las intervenciones y funciones de los participantes dentro del mismo son por iniciativa propia, siendo ésta la característica que define al participante que se involucra en Vilardevoz.

Sin embargo, un participante se piensa, dentro del grupo, en cuanto a un rol que se ejerce en el colectivo, dejando poco claro la cuestión de identidad, que en los audios recuperados responde a un juego ambivalente del sentido ambiguo de la locura, como lo es la locura misma. Así lo refleja un comercial de la radio “no estamos locos, nos estamos por recibir” (Radio Vilardevoz, 2015). Es jugar en ese terreno fronterizo de la categoría de locura y un abrirse paso a través de esta categorización. De esta forma, hacer circular el discurso del denominado “loco”, encaminado hacia poder “desmitificar, desestigmatizar y aportar a la problematización acerca del imaginario que sostiene prácticas discriminatorias y cosificantes” (Baroni, Jiménez, Mello y Viñar, 2012).

Asumir una identificación, de una categoría simbólica y cultural, se traspone en la esencia política de los propios afectados, como un posicionamiento desde los actores sociales, quienes se denominan como: pacientes o expacientes psiquiátricos, psiquiatrizados,

supervivientes de la psiquiatría, usuarios o locos,¹⁰ quienes forman una acción colectiva donde actúan en conjunto (Blaise, 2002).

La conformación de una identidad va ligada con la producción de un discurso de esas subjetividades, “acá nadie está negando que está loco, todos estamos locos y por eso estamos aquí” (4.18.6.15)¹¹, menciona un participante de la radio en una salida al aire. Visualizando la conformación de una identidad y formación como movimiento, que en vinculación con la sociedad y con otros movimientos similares, atraviesa una categorización que ya no excluye sino que reúne constituyendo una identidad disidente. Subjetividades que, como menciona Ibáñez (2014), se encaminan a disolverse a sí mismas, sin inventarse a sí mismas ni creando aquello a lo que se oponen, tan solo invadiendo formas de oponerse a estas realidades.

Aunque no siempre, los participantes se refieren a sí mismos como *locos*, tampoco rechazan totalmente esta denominación, coincidiendo con algunos invitados que se refieren a ellos así, como fue el caso del escritor, activista y periodista independiente, Raul Zibechi, quien en un diálogo que mantuvieron en la radio, comenta nombrar a la gente

¹⁰ Revisar: Hernández Lara, O.G. (2008) El capítulo sobre la transformación de estas categorías o nombramientos de los afectados.

¹¹ Estos números corresponden a las claves de los podcast revisados y referidos en la tabla 1.

con el nombre que se ponen a sí mismos cuando se rebelan. De esta manera un participante de la radio, ante esta posición del periodista, menciona:

Nosotros lo hemos vivido como pacientes de salud mental, como nos llamamos en un sentido, que somos otro montón de cosas también, además de eso pero como que a veces que el acompañarnos nosotros, a veces y entender el sufrimiento del otro qué le pasa en su corazón y decirle “mira yo entiendo lo que te pasa y estoy acá y te hago el aguante”, es la mejor cura ¿no?, y a ver pensando en que es Radio Vilardevoz lo que está intentando hacer (4.20.6.15).

Una de las coordinadoras de Vilardevoz, en una entrevista para la Uniradio, radiodifusora de la Universidad de la República (del Uruguay), se refiere a esto diciendo que: “Nosotros, hace unos años, lo que hemos estado haciendo es construir redes y hacernos de muchas alianzas como para poder tener esa legitimización social y ese respaldo” (4.2.6.15).

Esta creación de redes, para el periodista Zibechi, es de igual importancia. Así lo deja ver en el siguiente comentario:

Los gays, las lesbianas, los locos, los pobres en general, en esta sociedad capitalista, solos no pueden hacerse valer, es un tipo de personas que el sistema las ha colocado en un lugar por el cual, cada uno individualmente no puede conseguir nada, entonces, es

necesario agruparse, organizarse y ponerse en movimiento. Eso es un movimiento social, entonces apropiarse de un territorio, que no es apropiarse, no es robarlo, es reapropiarse, de algo que te corresponde, porque los que tienen poder tienen sus espacios, sus territorios, sus barrios privados, sus oficinas, sus fábricas, los que no tenemos somos nosotros, entonces eso es fundamental, somos un tipo de personas que solos estamos fritos, entonces necesitamos juntarnos con otros y junto a otros como iguales, recuperar la autonomía que nos han robado (4.25.4.15).

Es en este sentido que para este apartado, se explora la forma en como las identidades se construyen en los encuentros, se relacionan, se fortalecen juntas y se interconectan.

4.1 La locura como movimiento de desestigmatización y lazo social.

Dentro del sentido identitario que se adquiere a través de la interacción social, en la partición y construcción de la misma, radio Vilardevoz busca siempre estar en contacto con otros sectores de la sociedad, tanto dentro como fuera del ámbito de la salud mental.

Esto puede observarse en la salida al aire de la radio, pero también en los demás aspectos de participación social del colectivo Vilardevoz, su vinculación con otros espacios y sectores de la sociedad, involucrándose en diversas problemáticas y

solidarizándose con otras luchas. De esta forma, se fortalece como movimiento, se refuerza y construye un lazo social, que permite encuentros y establece una relación con la locura, para transmitir y compartir problemáticas singulares entrando en diálogo con los otros y produciendo un discurso o discursos, los cuales históricamente han sido silenciados (Jiménez, 2000).

En los programas grabados de la fonoplatea abierta, se pueden escuchar muchas entrevistas con esta vinculación social, tanto de asistentes a la radio como fuera de ella, en donde los participantes funcionan como periodistas.

Al respecto de esta labor periodística, en un programa donde estuvo como invitada una periodista mexicana de un sitio de noticias por internet, Desinformémonos¹², comenta su opinión sobre esta función social del periodismo: “Lo entendemos, como, bueno básicamente es un espacio de resistencia, de lucha, es un espacio en el que el periodismo para nosotros, es el que se hace desde los pueblos” (4.20.6.15). En el mismo programa, participantes de la radio -quienes realizan la entrevista a la periodista- reflexionan sobre si es posible que ellos, como medio de comunicación, realicen periodismo:

¹² “Desinformémonos es un espacio virtual en formato revista con una periodicidad semanal. Aquí no nos proponemos un periodismo neutral ni falsamente objetivo. Nos asumimos como un espacio de abajo y a la izquierda, fuera del poder y de los poderosos, por la autonomía y por el derecho de los pueblos a decidir su propio destino. Un medio para la esperanza y no para el falso optimismo, para el sueño y la construcción y no para la victimización del movimiento”. <http://desinformemonos.org.mx/>

No, yo lo que decía también es lo que vos decías de las paradojas, de lo que decías ahora, de creérselas o no creérselas, que también ha sido como un trabajo nuestro, en esto de decir, en esto de que muchos de nuestros compañeros que han ingresado a Vilardevoz, después de estar en el taller de periodismo [...] es como esta cuestión, capaz de que vos lo decías bien, pero que tiene que ver también con la inserción laboral, ¿no?, capaz que a veces uno necesita un título, o necesita un certificado que diga “yo soy periodista” para poder vivir de eso que empezamos a ver que nos gusta, porque en realidad acá, creo que una de las cosas que nos une a todos además de los derechos de la salud mental, es hacer radio, nos gusta el micrófono, nos gusta profesionalizarnos en esto (4.20.6.15).

Otra participante de la radio comenta sobre el mismo punto, al recordar que en una asamblea sobre radios comunitarias, se les cuestionaba si podían ser periodistas:

Porque cuando las radios comunitarias nos dijeron: “¡Ah! le van a dar el micrófono a cualquiera”, y bueno ahí tiene, el periodismo de abajo, somos eso y la radio tiene diecisiete años y todas las radios comunitarias amplifican las voces (4.20.6.15).

Además de las entrevistas, esta función periodística de la radio se va plasmando en algunas coberturas de actividades fuera, donde los participantes hablan sobre sus impresiones de los eventos, ya sea preparando alguna grabación con anticipación o solo comentando en

el momento, dando un espacio en la salida al aire, debido a que como explican los coordinadores del proyecto: “los que diagraman todo son los participantes, ellos deciden quién va, quién no va, el cómo hacer, qué movida hacer, con quién hablar” (4.20.6.15).

Como ejemplos de estas coberturas, en un programa sobre el día de la mujer, una participante de la radio habló sobre un evento al que asistió comentando su percepción y experiencia en una manifestación, donde reitera el rechazo a la violencia de género, que se debe denunciar y actuar más al respecto, narrando que:

estuve en esa experiencia [...] a mí lo que más me conmovió fue que las señoras, estuvieron poniendo los zapatos de las víctimas, con las fotos de las víctimas, la vocera dijo que no hay que ignorar estas cosas porque hay que seguir denunciando a las personas que hacen esos daños, ella se emocionó mucho. Hubo mucha gente que estuvo emocionada (4.7.3.15).

Tras esta cobertura del evento, se entabló una mesa de las participantes de la radio donde se habló de la lucha de las mujeres, la violencia de género y algunas dinámicas dentro del hospital que reproducen estas situaciones.

Otro ejemplo, de su labor periodística, es en torno a la participación en una marcha en solidaridad con los familiares de los 43

desaparecidos de Ayotzinapa en México, en septiembre del 2014 y de la cual comenta un participante de la radio:

Cuando fuimos a CURI (*Consejo Uruguayo para las Relaciones Internacionales*) [...] a la marcha por los 43 estudiantes de Ayotzinapa, pudimos observar todo y escuchar, hablar con un normalista, un estudiante mexicano y el padre de un estudiante desaparecido, y bueno, le pudimos hablar a la prensa y después emitimos un programa sobre eso, con clips en vivo de la marcha, digo yo creo que esa es una joya periodística de Vilardevoz [...] para que vean que no solo bailamos y comemos, que nos ponemos la pila, hacemos producción (4.20.6.15).

En esta labor como medios de comunicación independientes y formas de hacer y producir distintas, particulares y muy propias notas, comentan los periodistas invitados, que es necesario:

Aprender a tener voz propia, también ¿no?, a desconfiar de los medios y a ser un poco como esto, tener la propia voz, la propia capacidad de decir, que difícilmente va a estar recogida por los medios, los medios seleccionan a quién sí y a quién no, ponen una barrera y si nosotros no tenemos nuestros propios medios estamos fritos, o sea, nuestra voz no se escucha (4.20.6.15).

La conexión y creación de redes como medio de comunicación puede constatarse en buena parte de los audios revisados, en su mayoría entrevistas, abordan el tema de la situación en México, esto es

debido a un viaje realizado en el año 2014 al país, que causó varias impresiones. Este viaje fue posible gracias a un proyecto binacional, que los conectó con una radio “loca” de México, dándoles a conocer un poco el contexto en el que se encuentra el país en cuanto a la salud mental. De este encuentro salió un comunicado de prensa conjunto¹³, que tenía como objetivo dejar por escrito los nexos de participación y acción entre ambos proyectos de lucha por la inclusión social y la desestigmatización.

Sobre este “desembarco”, como les nombran en el proyecto a las visitas o puestas de la radio *Vilardevoz* fuera del hospital, los miembros del grupo los ven como parte de una lucha y de esta vinculación con otros espacios, conociendo y divirtiéndose en ello, como comenta una participante después de platicar sus visitas a las pirámides de Teotihuacán, las trajineras de Xochimilco, la comida y la música: “si es que parece que no fuimos a luchar allá ¿no?” Ante lo cual otra participante de la radio contesta “No, no, también trabajamos. Claro, estuvimos en unas conferencia, había agua, había tequila cuando íbamos a cenar, había unas cervecitas” (4.20.6.15).

Al respecto de estas vinculaciones, en una entrevista con un profesor e historiador de una universidad de México se comentó sobre la

¹³ Ver comunicado completo en el apéndice A.

memoria de organizaciones sociales y de los hechos en Ayotzinapa, participantes de la radio explican esta vinculación:

En esta hermandad de poder ir como pudiendo acompañar, por lo menos en esta cosa de, de ser testigos también, porque acá nos toca ser protagonistas y en otros países acompañar otras luchas por las distancias, pero creo que lo que sí está bueno es poder amplificar otras luchas para que no se olviden, como vos decías, los estudiantes del magisterio de Ayotzinapan [...] recuperar esas memorias pero además que también que pasen a ser historias, porque si no, es como bueno, como es ese trabajo que ustedes se están tomando, capaz que no solamente que sean las propias comunidades que se apropien de eso y lo puedan contar, si no que pueda trascender y ser parte de la historia de la humanidad porque de última también quedan arrasadas por lo oficial (4.31.10.15).

Estas reflexiones continuamente son puestas en la mesa, enunciando la necesidad de conexión con otros espacios y la creación de redes.

Otro de los temas recurrentes, incluidos en esta sección debido a que integra la conformación de una identidad grupal y en este caso; una identidad grupal disidente, es tomado por ser de principal enunciación para la radio, enfocándose en la denuncia y crítica psiquiátrica. Este tema atraviesa a la radio pues continuamente es evocado; “Nosotros los locos, desde que somos tildados como tales, en este planeta pasa absolutamente lo mismo, ¿saben por qué?

porque hay momentos en que no existe el ciudadano, el ser humano” (4.8.8.15), comenta un participante en una sección que realiza dentro de la salida al aire, sección enfocada específicamente para esta denuncia a las lógicas manicomiales de exclusión y marginación, donde se habla, lo que según este participante nadie quiere tratar, ni con la misma rudeza, de ahí el nombre de la sección: “Tacto rectal”, que como comenta otro participante “pone nerviosos”.

También los invitados a la radio se unen en esta dinámica, por ejemplo, en uno de los programas donde estuvo como invitado el escritor y periodista independiente antes referido menciona:

yo siempre me acuerdo que poco después de la dictadura, vino un psiquiatra argentino que creo que ustedes lo conocen, Mofat, que inauguró aquella radio “La Colifata” con la que creo que tienen relaciones y él decía: “bueno, si hablamos de locos, hablamos de normales y ¿quiénes son los normales? –decía- los que pueden tomarse el poder, el poder como ese lugar, como el sillón, como el palacio y yo creo que para nosotros el poder es hacer cosas juntos, ponernos en movimiento, caminar juntos, y creo que caminar juntos es una forma de curarnos, porque la forma de estar juntos enfermos es estar solos, aislados e inmovilizados y eso es lo que busca el sistema, inmovilizarnos en un lugar, por eso atarnos, aislarnos, impedir que nos comuniquemos con otros y que juntos nos podamos mover, podamos caminar, por eso creo que caminar juntos, es una forma de curarnos, es una forma de ser personas, de ser humanos, una persona no puede estar aislado y no puede estar quieto, no puede estar inmovilizado es necesario

momentos de quietud ¿no?, no todo el tiempo uno puede estarse moviendo, pero creo que en lo fundamental es ponernos en marcha, ponernos en camino (4.25.4.15).

En esta misma entrevista, también entra en discusión el planteamiento de la enfermedad mental; “la enfermedad es una forma de perder autonomía como persona, que es lo que vos decías recién; nos consideran entes ¿verdad? objetos no sujetos. Perdés tu carácter de humano” (4.25.4.15) comenta el periodista.

Pero la denuncia no es sólo de lo que pasa dentro del hospital, dentro del colectivo se hace consiente las carencias y necesidades sociales por cubrir, denunciándolas pero también proponiendo como es el caso de la “ley en salud mental” que están impulsando. Los posicionamientos de Vilardevoz no se alejan de los acontecimientos y entornos sociales, como se puede escuchar en un programa sobre las colonias psiquiátricas, colonia donde un tiempo antes, en el mes de abril del 2015, había surgido un problema que generó grandes discusiones mediáticas, siendo el caso de un interno de esta colonia que murió tras ser atacado por perros dentro de la colonia, enfocándose los medios y los voceros del gobierno en que el problema sanitario eran los perros callejeros y no las condiciones de vida de las personas, siendo como solución la eliminación de estos perros. Frente a ello, Vilardevoz se manifestó en diversas entrevistas como la realizada para la Uniradio, donde reconocen que el colectivo

de Vilardevoz continuamente denuncia lo que tiene que ver con las condiciones de vida e internación de los pacientes psiquiátricos en los distintos centros de salud y no solo del hospital donde transmiten¹⁴:

Sitarlo también en el extremo social y económico, porque en realidad, pacientes psiquiátricos hay de todas las clases sociales y económicas. Y cuando vos decís los centros de salud, nos estamos refiriendo a los centros de salud públicos donde el Estado tiene responsabilidades directas en el cuidado y en la atención de parte de una población que sufre no solamente ciertos padecimientos mentales sino también una exclusión social, económica, cultural (Arquero peligro, 9 de Abril de 2015).

De esta forma es como dentro de los programas de la radio *Vilardevoz* se muestra la forma de concebirse, como un espacio, un territorio de lucha que ha sido recuperado, y que constantemente tiene que ser defendido, de la misma forma lo ven la mayoría de los invitados o asistentes:

Acá hay un territorio construido, esto es un territorio, es un espacio que lo han convertido en un territorio. ¿Qué quiere decir que es un territorio? que es un lugar donde haces la vida, un territorio que te identifica, la radio y todo lo que está alrededor de la radio, el patio todo lo que han ido ocupando como espacio, es un territorio propio, ya no es de otros, lo ocupas y le das un sentido,

¹⁴ Ver comunicado de prensa sobre este hecho en el apéndice B

un significado, te identificas con ese espacio, en ese espacio nos relacionamos como iguales, independientemente si uno es interno, si el otro es de la radio del grupo de apoyo, de lo que sea, una relación entre iguales, y en ese territorio te haces fuerte, tenés un poder, ¿no? El poder, que no existe El poder, sino un poder en donde vos sos fuerte, pero no solo donde vos sos fuerte para demandar derechos, que eso está bien, y eso se hace. Y si tenés un territorio, lo que vos demandas y exigís, tiene más fuerza, sino además, un territorio, donde podemos ser como personas (4.25.4.15).

Así el territorio se desarrolla y tiene movilidad con el tiempo, ya que muchos invitados vuelven a la radio después de mucho tiempo y dan cuenta de los cambios y los procesos que se han llevado, la recepción y repercusiones que están teniendo fuera del hospital y del sector exclusivo de la salud mental a través de este tiempo:

Nos encantó la experiencia, pero ahora hay como un, está como más movimiento, hay más espacio, hay más movida allá afuera, o sea se nota, a seis años que yo había venido, un crecimiento de la radio y después por estar cercano a los movimientos sociales y de las organizaciones sociales, también una presencia mayor en el campo popular uruguayo, por eso también los quería felicitar porque la verdad que se nota el trabajo, más allá de las cosas o de las caras de vos de duda que me están poniendo, de afuera se ve eso (4.31.10.15).

De estos cambios son vistos por los participantes de la radio que también dan cuenta de esos procesos:

Yo, hace diez años que estoy en la radio ¿no? entonces, lo que yo veo es que al empezar a romper el silencio y empezar a desmitificar la locura, también ahora en base a que estamos tratando de tener una ley realmente justa y humanizadora e inclusiva de salud mental [...] se está poniendo lindo, porque se están interesando en esto (4.31.10.15).

Es clara la forma de concebir este espacio como una manera de tomar voz, de manera individual y colectiva, para problematizar las condiciones de producción del paciente psiquiátrico y sus terapéuticas, un espacio de refugio, de aprendizaje y de sostén de proyectos personales:

Yo creo que este espacio es como, es espacio de autonomía, dentro de un gran campo de concentración, y yo creo que lo fundamental, vos preguntabas, es fortalecer esos espacios de autonomía, porque es ahí donde podés respirar, vos en el refugio te ahogás, acá respirás; en el refugio no sos, acá sos; en el refugio te ningunean (4.25.4.15).

Es por estas experiencias que en la radio se tiene claro que el pasar de paciente a participante se nombra y denota un proceso, el cual conlleva también un proceso de recuperación de la autonomía,

rompiendo con cierto “orden establecido” de encierro que ha generado y exacerbado la pérdida de esta autonomía.

De esta manera se va conformando una identidad tanto personal como colectiva, con una mayor vinculación y formación de redes, ejerciendo una labor de exigencia de derechos, de denuncia, periodística y como medio de comunicación.

Capítulo 5

Participación social y la lucha por una ley de salud mental.

Dentro de los audios y salidas al aire revisados, no podía dejar de lado debido a que en todo el material es retomado, la actividad actual del grupo, en donde depositan muchos esfuerzos y energías. Es la exigencia y participación en el impulso de una nueva ley de salud mental en Uruguay, en un intento por explicar a la participación social que desarrollada a partir de una configuración Identitaria y una defensa de sus derechos

Esta actividad de exigencia de sus derechos, la considero parte de un proceso de autoinstitución como un sujeto político dentro de la conformación de una identidad y de construcción de elementos necesarios; ocupando los espacios públicos, subvirtiendo los funcionamientos habituales y los usos establecidos, transformando los lugares de paso en lugares de encuentro y expresión. Esto se lleva a cabo, en el seno mismo de las movilizaciones, siendo que el desarrollo de esta acción política necesita que estos sujetos se “organicen, conversen y elaboren colectivamente un discurso político que les sea propio” (Ibáñez, 2014, p.34).

5.1 Creación y conformación de una nueva ley

Dentro de los programas del año 2015, existía en la radio un ciclo de entrevistas y charlas, llamado “Chalecos Rotos” el cual trataba específicamente sobre el desarrollo e impulso de un anteproyecto de ley de salud mental, en donde se invitaba a diversas personas involucradas. Así, en uno de estos programas asistieron miembros de la “Asamblea Instituyente por la Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna”, para platicar sobre el desarrollo de proyecto presentado en el Parlamento de Uruguay.

Esta asamblea es un organismo pilar que impulsa el proyecto de la nueva ley, asamblea de la cual Vilardevoz fue miembro fundador; “la asamblea, es como una composición, bastante fija y a veces también bastante inmanente de personas y colectivos, que tratamos de hacer algo en el campo de la salud mental”. Nos cuentan los invitados. “Estamos haciendo como un crisol de colectivos, gente que trabajaba en la temática y se ha unido -a uno-, formando este espacio y hoy por hoy es como un colectivo en sí mismo” (5.3.10.15)¹⁵.

¹⁵ En esta conformación como un solo colectivo, Vilardevoz, en diciembre del 2014 deja de participar, sin dejar de mantener intercambios permanentes con la Asamblea, con el objetivo de unificar algunas posturas acerca del proceso que están impulsando en el Uruguay.

El anteproyecto de ley que impulsa desde el 2009 esta asamblea, que es retomado en el 2015, “se estipula un cierre a nivel nacional de manicomios y casas-asistidas, digo lugares donde son atendidos cuestiones de salud mental” (5.3.10.15), explica de manera general un participante de la radio. Debido a que aún se rigen bajo una ley creada en 1936 en la dictadura¹⁶ en Uruguay (hace alrededor de 80 años), impulsando esta nueva ley desde el punto de vista de los derechos humanos. Para la elaboración de esta propuesta, los miembros de la asamblea explican un poco el proceso:

El anteproyecto en realidad, se basa, básicamente en el resultado de trabajo que se estuvo haciendo colectivamente en el Ministerio de Salud Pública y se le agrega muchas referencias de la Ley 26657, que es la Ley de Salud Mental argentina, la cual establece, no sé si es la única o de las pocas que tiene un órgano de revisión independiente a nivel regional y bueno, el proceso de construcción es un colectivo dentro de la asamblea que estuvo trabajando intensamente, bastante interdisciplinario, tenemos por suerte la ayuda de algunos abogados y bueno, se tomaron esas referencias (5.3.10.15).

¹⁶ La ley que rige fue impulsada durante la dictadura de Gabriel Terra, aunque hubo otra dictadura en 1975 llevada a cabo por Juan María Bordaberry.

El producto de este trabajo del ministerio fue un documento con algunos lineamientos, respecto de este documento, diferentes organizaciones emitieron comunicados, creándose, a partir de este trabajo, la comisión donde entra la asamblea; “allí la asamblea plantea muchos puntos en común, pero también algunos disensos, y a partir de eso hace una propuesta de anteproyecto, que contemple esos disensos” (5.3.10.15), comentan en el programa, los miembros invitados de la asamblea.

Las esperanzas de quienes impulsan esta nueva ley, estaban puestas a que en el año 2015 esta norma pasara al parlamento, para que en el 2016 fuera aprobada; pero aún con esta esperanza, saben que su aplicación conlleva un proceso más largo y que el cierre de manicomios ansiado, será para tiempo después, estipulando en un cronograma como fecha máxima cinco años, es decir, para el 2020, teniendo claro que aún hay muchas cosas por hacer, como se ve reflejado en la siguiente cita de una coordinadora de la radio:

En esto de los tiempos y en esto de los procesos, como que una desmanicomialización forzada tampoco sería una cosa muy inteligente, porque además, lo digo para la gente que está internada, ya hay en Uruguay antecedentes [...] que se sacó mucha gente sin tener a dónde ir a pernoctar, sin tener una casa, se las sacó a la calle, pasó a vivir en situación de calle [...] también el antecedente histórico que parte de Italia de la reforma de Franco Bassaglia, también guarda un antecedente bastante triste en esa misma perspectiva. Entonces,

como que en eso de los tiempos y los procesos hay que, hay muchas cosas que no están hechas y que es necesario hacerla para también pasar a eso que es tan importante como lo es el cierre de los hospitales (5.3.10.15).

Considerando así que quizá esa fecha tentativa, aunque parezca muy lejana para muchos, sobre todo para los que están internados, es necesaria, porque aún existen muchos cambios por llevar a cabo y que a decir de los participantes:

Están un poco limitados por la falta de una ley que apoye, que se hagan cosas de cierta manera, así como también hace falta de una ley, que impida que se estén haciendo cosas que actualmente se hacen entre ellas, las terapéuticas invasivas; como por ejemplo los electroshocks, para que eso no exista más tiene que estar en una ley, porque si no está autorizado, está avalado que se siga haciendo (5.3.10.15).

El tema de los *electroshocks* preocupa mucho tanto a los participantes de la radio como a los pacientes del hospital con quienes tienen contacto, ya que es un asunto al que constantemente hacen referencia. Cuando se cuenta con la asistencia de miembros de la asamblea instituyente, los participantes les cuestionan la razón del porqué ya no está incluido en este anteproyecto la eliminación de los *electroshocks*, las micronarcosis y la sobremedicación, pidiendo que la asamblea explique su postura ante esta exigencia, siendo que

para los participantes y ex pacientes es claro que éste es un punto de importancia para el apoyo de esta ley, pues mencionan no querer seguir con estas terapéuticas, y que se sienten “muy dolidos” de ver a compañeros que reciben este tratamiento constantemente, ante este cuestionamiento los invitados de la asamblea comentan que:

En realidad, lo que se propone en el anteproyecto de ley, es una revisión de aquellas medidas que puedan resultar invasivas, en general eso remite a la sobre medicación, eso remite al electroshock y eso remite también a los tipos de tratamiento que hoy no contemplan las necesidades, de repente, de cualquier persona, que es estar enterado de la sociedad, ¿no?, como que hay una propuesta predominantemente manicomial. Y dentro de esas medidas, está el electroshock. Lo que no hace el anteproyecto es explicitarla puntualmente, pero sí se plantea la revisión de los tratamientos que puedan resultar invasivos (5.3.10.15).

Los miembros de la asamblea explican que dentro de sus propuestas en el anteproyecto, siempre ha estado la revisión de estas terapéuticas; sin embargo, aclaran que:

Lo que hace la asamblea es hacer una propuesta que no está acabada y que es abierta y en realidad, lo que se inclina también es que haya un órgano de revisión que se pueda también ocupar puntualmente de esas situaciones. También todo lo que tiene que ver con las internaciones involuntarias, y que no se va a ocupar, ni la asamblea directamente sino que se tiene que crear

justamente una ley o algo que avale el pensar en estas propuestas (5.3.10.15).

Entre los argumentos, que utiliza *Vilardevoz* para sugerir la prohibición del uso de *electroshocks*, están que en algunos documentos y experiencias, mencionando el caso de Argentina, el órgano revisor de derechos humanos generó evidencia tanto práctica como científica y académica, que destaca que esta terapéutica es una vulneración a nivel cognoscitivo de los individuos y a nivel colectivo de los derechos humanos. Por tanto, la propuesta de incluir un órgano de revisión va en ese sentido, el cual debe ser autónomo, independiente y con un nivel de financiamiento para poder cumplir sus objetivos.

Al respecto de esta asamblea, todos sus documentos son acompañados de una frase: "*Rayados estamos todos*", esta es la frase acompaña siempre al nombre de la asamblea, la cual tiene como sello la cabeza de una cebrá, siendo que con esta frase intenta mostrar su intención por ser incluyente y a la vez, conciente de sus limitaciones, dando cabida a más propuestas y a una mayor integración para el trabajo y la lucha que se lleva a cabo.

5.2 Actividades conjuntas de impulso de ley: desembarcos, marcha, diálogos y discusiones.

Hay distintos y hay iguales.
Hay razones y argumentos, para hablar del manicomio al
parlamento.
Por una nueva ley de salud mental, justa, inclusiva y
humanizadora. Proponemos cambios que respetan los
derechos humanos, un abordaje comunitario que nos incluye
a todos garantizando un trato digno.
Infórmate conoce las ocho razones para una nueva ley de
salud mental.
...por favor tomen asiento ya se escuchan son las voces del
silencio (5.8.10.15).

La anterior cita es una entrada de la radio que acompaña la campaña por el impulso de esta nueva ley de salud mental.

Como se ha mencionado con anterioridad, las actividades de Vilardevoz no se reducen a la transmisión abierta de la radio los sábados, sino que se acompañan por otras actividades, para muchas de las cuales salen del hospital a la calle.

De esta forma, además de algunos de los llamados “desembarcos” de la radio, se suman otras conjuntas con la asamblea instituyente, que buscan difundir, impulsar y presionar el avance de la entrada de la ley de salud mental. De entre estas actividades están, desde el 2013, los “Encuentros antimanicomiales”, junto con la marcha en el “día

mundial de la salud mental” que se lleva a cabo desde dos años antes. En su invitación a la marcha, la asamblea explica:

El día mundial de la salud mental, como ustedes ya saben es el 10 de octubre, pero como este año cae en sábado, la propuesta es hacer el viernes el encuentro antimanicomial, este año va a ser solo de un día, y luego la marcha (5.3.10.15).

En el año 2014, se dio el segundo encuentro antimanicomial de la asamblea junto con la tercera marcha del día de la salud mental; sin embargo, estos eventos se engrandecieron debido a que esa semana se venía desarrollando el primer encuentro de radios locas de Latinoamérica, el cual se tratará más adelante. Una agencia de noticias de Uruguay comenta que para esta tercera marcha:

Participantes de radios argentinas como La Colifata de Buenos Aires y Los Inestables de Córdoba, Radio Abierta de México, Podemos Volar de Costa Rica y Los Descosidos de Perú, marcharon... al grito de "Alerta al que camina, ¡el antimanicomio por América Latina!" y "¡Se va a acabar, se va a acabar, esa costumbre de encerrar!" (UyPress, 2014).

Para el caso del encuentro antimanicomial del 2015, fueron puestas dos mesas; una de discusión de la construcción de la ley de salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, la cual llevan

organizaciones sociales, el colectivo de Vilardevoz y trabajadores de la salud y en la otra mesa un diálogo con el sistema político.

Previo a estos eventos, se realizó uno de igual relevancia, fue un “desembarco”, que es el traslado y puesta de la radio en otro lugar que no es el hospital, llevado por Vilardevoz, en el anexo del parlamento, con el objetivo de acercar la postura de la radio a los legisladores, debido a que para ese momento ya se encontraba en discusión el documento de ley, “aportando de esta manera, al debate sobre un nuevo marco legal en políticas de Salud Mental en el Uruguay desde la mirada de los protagonistas, o sea las personas con „padecimiento psíquico“.” (5.18.8.15), mencionan al inicio del programa.

En este programa, se desarrolla una experiencia poco usual, “histórica” es mencionada en repetidas ocasiones, debido a lo que se discute, la nueva ley de salud mental y al hecho de que los propios actores sociales y afectados, quienes impulsan la nueva ley, se encuentran dentro del parlamento haciendo una transmisión de radio. Así lo expresa un legislador que toma la palabra:

Yo creo que como se decía aquí, es un hecho histórico y por primera vez logramos que este proyecto venga respaldado por un colectivo de organizaciones en el mejor sentido de la palabra; es decir, no solo de profesionales, de técnicos, sino junto con los profesionales y los técnicos la sociedad organizada, los

usuarios la voz de Vilardevoz, los distintos colectivos que trabajan en los temas de pacientes que se atienden en Vilardebó y las colonias (5.18.8.15).

En este “desembarco”, se exploran muchos aspectos, sin cambiar el objetivo de diálogo con los legisladores, ya que la radio también estaba ahí, para entregar un documento y reafirmar su posición, exponiendo algunos puntos en donde hay disenso al proyecto de ley de salud mental manejado en el parlamento, disensos que ha decir de los legisladores “han tomado nota”, comprometiéndose a discutirlos y analizarlos. Como temas generales de la mesa están: la toma de derechos; el abordaje y participación comunitaria de la ley y de la radio; y la crítica psiquiátrica y al modelo antiguo de salud.

En cuanto a la toma de derechos, un legislador comenta:

El derecho a la salud es un derecho que se conquista y lo que ustedes están conformando, haciendo y haciendo en el día de hoy es conquistar el derecho a la salud. Por esa razón, nos comprometemos también de fondo con este proyecto de ley que apunta a cambiar el paradigma de la atención desde el punto de vista de una atención inclusiva, participativa y fundamentalmente, que se inserte esta visión de derechos no solo en el derecho a la atención sino en una visión integradora de los derechos (5.18.8.15).

Este sentido de conquista de derechos es algo retomado por la mayor parte de legisladores de la mesa, apuntando sin embargo, que el derecho a la salud no es un terreno exclusivo de los pacientes psiquiátricos y que es la sociedad en su conjunto quien tiene que sumarse a la conquista de este derecho de atención a la salud mental.

El planteamiento del anteproyecto de ley va en el sentido de un abordaje comunitario y en una visión integradora, pues incluye varios aspectos conjuntos y más allá de la atención clínica, dentro de la misma mesa se explora esta visión, comentando que este abordaje social es para deshacer la invisibilidad del problema, llevando la construcción de este abordaje desde el conjunto de la sociedad y no desde la caridad, una cita que desglosa este punto es retomada de la voz de un legislador:

Sin duda que una concepción integradora de derecho va de la mano con el derecho a la vivienda, del derecho a la inserción laboral, del derecho a la inclusión en el aprovechamiento del espacio público a la recreación; sin duda que tenemos que avanzar en el derecho a la cultura como parte integral de una sociedad de derechos. Entonces, nos parece que este anteproyecto de ley tiene también ese enfoque de integralidad no solo del tema de la atención de la salud mental sino del colectivo de derechos (5.18.8.15).

Este sentido comunitario incluido en el anteproyecto de ley, va muy relacionado con el abordaje comunitario y forma de trabajar que ha llevado la radio, el cual es otro de los aspectos que se mencionan en la mesa:

La primera gran batalla es construir la agenda de que puede ser diferente, es decir, ésa es una batalla no solo jurídica, no hay batalla que esté solo en el parlamento, está claro que el punto de vista de la institucionalidad se termina votando acá, el proyecto de ley; pero la batalla por un abordaje comunitario trasciende la posibilidad del parlamento y trasciende la posibilidad de la ley, porque está en todas las manifestaciones de la sociedad, la cuestión es que la ley contribuye a dar esa batalla (5.18.8.15).

Un dato retomado en este punto del abordaje comunitario, es que años antes *Vilardevoz* junto con algunos legisladores participaron también en la batalla por la legitimidad de las radios comunitarias, como lo es *Vilardevoz*, uniéndose a otras organizaciones de radios comunitarias de la AMARC. De esa lucha se establecieron algunas conexiones con la comisión derechos humanos. Una de las legisladoras de esta mesa cuenta de esa experiencia:

A partir de ahí sale la ley para que hubiera radios comunitarias que expresaran el sentir de colectivos, de vecinos, o temáticos, de estudiantes o barriales, sin fines de lucro y que pudieran tener su voz, [...] que en aquella época se cerraban las radios y hubo mucho problema

con las radios comunitarias que le sacaron todos los equipos, que se compraban con un enorme esfuerzo de la solidaridad vecinal. Por lo tanto, yo digo, cuando yo vengo a esta reunión, yo encuentro un espacio social que construye ciudadanía, que construye sus opiniones que es un actor que también decide mejorar, y además lo hace, como bien lo dice el material: “radio Vilardevoz es una radio comunitaria autogestionada por los usuarios, psicólogos, estudiantes”, que funciona en el hospital entonces creo que eso ya le da una dimensión al tema, que bien vale reconocerlo como un esfuerzo permanente (5.18.8.15).

La mayor parte de los comentarios hechos por legisladores y miembros del parlamento son para aplaudir la iniciativa de la radio de este desembarco, abrir el espacio de la radio para el diálogo y hacer abrir otros espacios como lo es el parlamento con el mismo objetivo. Considerando a estos aportes como un “puntapié” que marca consensos entre ambas partes pero también puntos de tensión. Puntos de tensión que: “se deberán resolver también en la lucha y en la calle con la participación de ustedes, no solamente en la opinión de los y las legisladoras, sino en la opinión de la sociedad y fundamentalmente de los usuarios” (5.18.8.15).

Marcando la forma en que deberá ser llevada esta próxima ley:

Una ley que promueva el enfoque de los derechos humanos que construya efectivamente terapias alternativas, que logre romper o logre romper las lógicas

de encierro. Hay un elemento central en este acuerdo que es el hecho de que no se puedan seguir internando personas con dificultades en salud mental que se puedan ir cerrando de manera paulatina y progresiva los hospitales y colonias de encierro porque, hay que reconocer que este modelo el cual se sustenta hoy la "salud mental", es un modelo que ponía la locura en el lugar del peligro. Es un modelo que tenía que colocar a todas aquellas personas que tenían dificultad, lejos de la sociedad para no reconocerlas, para no incluirlas para continuar los procesos de estigmatización (5.18.8.15).

Un punto que comentábamos con anterioridad es que en las transmisiones de Vilardevoz, frecuentemente se desarrolla una crítica psiquiátrica y las formas de tratamiento habituales. De esta dinámica, los parlamentarios no estuvieron exentos, así lo comenta un legislador:

Yo hago acuerdo no solo para el tema de la salud mental sino para la sociedad, que no podemos pensar en la medicalización de la sociedad, es decir la visión organicista de la atención de la sociedad, no solo del paciente con afecciones de carácter mental, ...también esa medicalización de las personas con discapacidad, tenemos que también allí dar un salto en el paradigma de una concepción integral de derechos y ver al hombre, a la mujer, al adolescente como un sujeto de derechos integral y mucho más allá que la medicación en su momento oportuno o inoportuno (5.18.8.15).

De los programas revisados, se puede inferir que los legisladores asistentes de esta mesa son los que llevan más tiempo trabajando en el anteproyecto y que tienen una relación con la radio, siendo que manejan un discurso no contradictorio, y muy similar, o por lo menos es así expresado en este desembarco y en algunas asistencias a las transmisiones de los sábados en el hospital. Uno de estos legisladores, comenta sobre el desarrollo del mismo de esta manera:

El enfoque construido en el largo camino de construcción de proyecto de ley que ha tenido fracasos hacia atrás y que tiene que traducirse una instrumentación nueva, porque no puede ser que el argumento principal para esto, no puede ser en contra de esta norma sea: "yo soy psiquiatra, soy exitoso, no quiero que nadie me haga una demanda, no quiero tener problemas, entonces por lo menos los atiendo" no puede ser ese el argumento en contra de la construcción de un abordaje comunitario. El hecho de „yo quiero o no tener problemas nunca“, entonces la norma actual „por lo menos los atiendo“, la sociedad tiene que ser mucho más que eso tiene que construir un piso más alto que esos mínimos, y está claro que en la construcción de esos mínimos atraviesan largamente los colectivos más vulnerables (5.18.8.15).

Más allá de impulsar una ley, lo que busca el colectivo es una defensa de los derechos y poner a discusión una problemática “que no estaba lo suficientemente reconocida por la sociedad” (5.18.8.15), llevando esta discusión “no para hacer amarillismos, no para desarrollar una política oportunista sino para construir alternativas

serias” (5.18.8.15), poniendo a la luz la insistencia de que la lógica manicomial y de encierro, aun existente, genera una vulneración y una violación de los derechos humanos.

La mayoría de los involucrados en el anteproyecto de ley consideran que se debe dar una pelea para impulsarla ya que si no, “va a ser muy difícil que salga la ley, pero después ¿cómo la aplicamos sino la aplicamos entre todos?” (5.18.8.15), es algo que también tienen claro, por esta razón intentan llegar a la mayor parte de sectores sociales. Así, dentro de los preparativos para la marcha del Día Internacional de la Salud Mental, se programó lo que denominaron una Fiesta Antimanicomial, que se llevó a cabo al terminar el evento, con motivo de esta conmemoración. Para convocar al barrio y a otros actores, los participantes de radio Vilardevoz (usuarios del Hospital) junto con estudiantes de la universidad (UDELAR), pintaron un muro del hospital. Sin embargo, al día siguiente y a pocos días de la marcha este mural fue tapado con pintura y con algunas frases como: “No a la Demagogia”, “Los funcionarios queremos a nuestros pacientes y a nuestro Hospital”. Este hecho desconcertó y entristeció a los integrantes de la radio por lo cual buscaron el diálogo con algunos funcionarios, los cuales en ese momento no habían sido tomados en cuenta, teniendo mucha confusión al respecto de la iniciativa, creyendo incluso que con esto se quedarían sin trabajo. A raíz de

ello, en una salida al aire aceptan asistir algunos enfermeros del hospital y del sindicato, para conversar y dar su opinión.

“Lo que queríamos manifestar es que nosotros no estamos contra la rehabilitación de los pacientes, al contrario, todo lo que sea para mejorar” (5.10.10.15), menciona la primer funcionaria que toma el micrófono. La participación de estos funcionarios del hospital va principalmente a expresar su solidaridad y asumir el compromiso por conocer el proyecto de ley que se está impulsando, “que beneficia, fundamentalmente, que es para lo que estamos nosotros, a los pacientes y después para mejorar las condiciones en las que estamos los funcionarios” (5.10.10.15). De esta manera, los asistentes a la radio, en esta ocasión, expresan su intención de involucrarse y deseos de sumarse a la demanda por la nueva ley de salud mental:

Lo que queremos dejar claro fundamentalmente es que nosotros queremos formar parte del proyecto, queremos que el hospital Vilardebó como centro psiquiátrico forme una transformación, sabemos que hoy en día las condiciones laborales para los funcionarios no son las mejores. Que hoy en día el nivel de atención no es el que se merece el paciente, entonces lo que nosotros queremos es formar parte de esa transformación y de esta nueva ley que se va a aplicar, [...] sabemos que el usuario se merece una mejor calidad y nosotros como sindicato lo venimos reivindicando y lo venimos reivindicando a los equipos de gestiones que han venido pasando a lo largo del tiempo por este hospital (5.10.10.15).

En este programa, un participante cuenta que anteriormente, él había tenido un problema con uno de los enfermeros asistentes llegando a las agresiones físicas; sin embargo –agregó: “es una de las tantas experiencias que al final mira como nos llevamos ahora, y gracias por estar acá” (5.10.10.15).

Otro participante de la radio comenta al respecto de la visita de los funcionarios:

El spot publicitario dice que la radio Vilardevoz es la radio para los sin voz y ustedes son sin voz, y quiero decirles, me parece, que hablo en nombre de todos los de la radio, abrirles el micrófono para cuando necesiten para cuando vean que tienen que decir algo la radio Vilardevoz está abierta para ustedes (5.10.10.15).

Vilardevoz se complace en hacer posibles ejercicios de este tipo, logrando establecer espacios de encuentro y de diálogo, amplificando voces y sensibilidades, así como de tomar en cuenta a las personas interesadas o no consideradas.

5.3 Documentos y posiciones de la radio al proyecto de ley de salud mental

Un trabajo realizado por parte de la radio, mencionado frecuentemente, son las llamadas **ocho razones para una nueva ley**

de salud mental. Estas razones profundizan sobre el contenido del proyecto de ley, haciendo públicas estas razones al auditorio, por medio de la radio, y llevando estas razones como aporte de discusión a la mesa parlamentaria que discutirá el proyecto de ley, “Este material que nos han entregado hoy y las ocho razones, son una reflexión a profundizar, porque ahí está todo el famoso paradigma de los derechos humanos” (5.18.8.15), comentan en la mesa del parlamento a la radio.

Consideramos entonces, que no hay salud mental si no es colectiva, si no se generan procesos de inclusión y debate permanente sobre lo que socialmente consideramos como salud y enfermedad así como sus formas de abordaje y tratamiento. Por todo eso, presentamos algunas razones para una nueva Ley de Salud Mental en Uruguay (5.2.10.15).

Estas ocho razones, las cuales se anexan al final en su totalidad¹⁷, apuntan varios aspectos, teniendo el denunciar a las lógicas manicomiales como formas de segregación, que la ley y la atención de la salud mental continúe centrándose en un enfoque biologista de la enfermedad mental, “ignorando el sufrimiento, la capacidad y los recursos sanos de las personas” (5.2.10.15), lo que lleva, a los afectados, a situaciones continuas de maltrato, tales como el uso de

¹⁷ Anexo C

terapias invasivas de todo tipo, las cuales se usan de forma indiscriminada “no con fundamentos terapéuticos, sino por cuestiones técnico administrativas” (5.2.10.15), sin reconocer la voluntad de las personas. Se reflexiona también que la salud mental deba ser considerada de un modo integral, contemplando la situación general del usuario de salud tanto para la integración social y los procesos de atención y rehabilitación. Así lo explica un participante de la radio:

Las primeras dos razones tienen que ver directamente lo que son las políticas de encierro, tienen que ver con que el encierro, lo que ha dejado es, lo que ha roto últimamente la vista de los grandes medios de comunicación, esas políticas de encierro han dejado hacinamiento, han dejado la no existencia, el exilio social absoluto como se hacía hace muchísimos años atrás (5.15.8.15).

Dentro de estos procesos de integración social, la inserción laboral del afectado psiquiátrico es un aspecto de suma importancia. Por lo tanto, demandar más opciones al respecto es requerimiento de que se incluya en la ley, al igual que el fomento de “experiencias de autogestión, cooperativismo, que aportan al desarrollo de la economía social y a los procesos de rehabilitación e integración” (5.15.8.15), considerando la participación e involucramiento de las personas con experiencias psiquiátricas en el diseño, aplicación y seguimiento de políticas públicas en salud mental como parte

importante en el desarrollo de las mismas, favoreciendo así, el dejar de reproducir estas lógicas manicomiales e “imaginarios sociales que estigmatizan a los locos como peligrosos, delirantes, alienados, psicópatas” (5.2.10.15), por lo cual se quiere y se demanda:

una ley de salud mental que cierre esos lugares – *que reproducen las lógicas manicomiales-* y abra espacios de salud en la comunidad [...] una ley de salud mental que haga énfasis en la prevención, promoción, buen trato, la contención y el acompañamiento y abordaje comunitario [...] una ley de salud mental en la que participen activamente los usuarios, junto a otros profesionales [...] una ley de salud mental que elimine estas terapéuticas violatorias de los DDHH. Y que en caso de ser aplicadas necesiten del control del órgano revisor [...] una ley de salud mental que facilite el acceso a los derechos universales, civiles y políticos de las personas con padecimiento psíquico [...] una ley que desarrolle políticas de inclusión laboral, que contemplen las capacidades de trabajo de las personas con padecimiento psíquico [...] una ley de salud mental, con participación activa de los trabajadores, que incluya espacios de formación y cuidado, desde una perspectiva de derechos humanos [...] y [...] una nueva ley de salud mental que instituya otros modos de nombrar la locura y que promueva políticas activas de educación, comunicación y cultura que cuestionen estos estigmas (5.2.10.15).

Estas razones dan cuenta del porqué de pedir una nueva ley, además de demandar cómo la quieren o qué debe contener y qué puntos

tocar, es un ejercicio de ciudadanía como han especificado los políticos, es porque “vivimos alienados hace 80 años de algo que no se legisla” (5.4.7.15), pero más allá de pedir un derecho, es defender que pueden pelear ese derecho, como actores sociales activos y sujetos políticos que pueden ser partícipes de incidir en algo, como una ley, de lo cual serán los primeros afectados, pensar por y entre ellos mismos y que “si las leyes no se hacen tenemos que construirnos caminos alternativos para poder lograr de que indignancia en la salud mental termine” (5.15.8.15), siendo que lo que se pelea y se reivindica es una defensa de su libertad, así lo expresa un participante:

Qué casualidad son ocho razones, ocho razones que vamos a defender como las ocho letras que podían componer una canción, que se llama l-i-b-e-r-t-a-d, esas mismas letras son estas ocho razones, esperamos tener el oído suficiente y la recepción, y la voluntad política de que pueda llegar a buen puerto [...] y no conquistado algo, para el poder sino algo que para el que hace un montón de tiempo que estamos acá y que siempre estamos hablando de lo mismo, es el partido de la vida, son los minutos del partido de la vida, la ocasión y la oportunidad de que por lo menos abran un esfínter, el auditivo y escuchen y que tengan un corazón receptivo porque espero que lo tengan puesto ese día *para darnos pelota*¹⁸ (5.15.8.15).

¹⁸ Expresión coloquial para referirse a dar apoyo.

Al respecto, de las razones para una nueva ley, en una entrevista para la Agencia Uruguaya de Noticias UyPress, Cecilia Baroni, una de las coordinadoras de la radio explica que:

Pedir la desmanicomialización es pensar que no haya más encierro, que no haya más lógicas autoritarias sobre los sujetos, que se respeten los derechos humanos, que no sea una cuestión económica el 'voy cerrando manicomios porque no hay plata' sino que realmente se enfoque en que los sujetos cada vez estén mejor y sus condiciones de vida digna estén aseguradas (UyPress, 2014).

En buena parte de los audios revisados, sobre la nueva ley, hacen explícito que buscan que en esta se considere su opinión, sin descartar a organizaciones sociales, técnicos, profesionales y familiares. Que en esta nueva ley, así como el órgano revisor, se integren sus propuestas y sean parte de las mismas, más que de lo que pueda emanar de la clase política.

Llevar acabo un abordaje de tipo social hacia el usuario de salud mental, de lo contrario, comenta un participante solo podrán “hincharse el pecho” diciendo:

Tenemos una ley, pero tenemos a la gente en las mismas condiciones que antes que ella y la idea es que no solamente exista una ley proteccionista sino que se inserte en la inclusión social, que sea una ley incluyente, para que la persona que viene de la salud mental al igual

que de otro tipo de capacidades diferentes, sean capacidades diferentes y no sean discapacidades distintas (5.24.10.15).

El impulso y demanda de esta nueva ley, van acompañados de denuncias, exigencias y críticas a los modelos actuales de tratamiento en Uruguay y de la forma de actuación de los médicos y funcionarios de la atención a la salud mental. Puntualizando en que la “ética médica” debe ser revisada y juzgada por un órgano revisor independiente y autónomo, que dictamine el despojo y la violación de los derechos humanos de los usuarios, ya que a decir de los participantes y usuarios muchos de los tratamientos aplicados tienen más sustento administrativo que clínico, además de involuntario, por lo tanto, “si ustedes dicen que pueden hacer determinado tratamiento, bueno asuman las consecuencias y las responsabilidades jurídicas que le compete, para comenzar” (5.24.10.15), mencionan hacia los médicos, en la radio. Acá otro comentario en el mismo camino:

Hablemos de que esos médicos también tienen que pasar por lo que dice la Comisión de Derechos Humanos de Salud Mental de las Naciones Unidas, el usuario tiene derecho a un abogado, el derecho de ser usuario como en otra cualquier patología, a ti te operan mal del hígado, te lo quitan y tú tenés derecho a un pleito. Por determinado derecho, te quitaron un órgano y cuando te quitan las facultades mentales ¿qué? ¿el cerebro también no es catalogado como órgano?, obviamente, te cortan la cabeza te la fritan, y va pa ahí, y vos pasas de

cuatro grandes adictivos como son las benzodiazepinas simples y compuestas (5.4.7.15).

Vilardevoz tiene en cuenta las posibilidades de esta ley para la sensibilizar a la población sobre las condiciones actuales en el terreno de la salud mental, aunque tienen claro el trabajo que se debe desarrollar independiente o la par de ella. Una legisladora del parlamento comentaba que la participación de la radio no era de decir “bueno queremos una ley” sino que llevaba consigo la fortaleza de un trabajo, “demostrando la capacidad de los usuarios de repensar el modelo de pensar cuáles son sus capacidades y como pueden insertarse” (5.18.8.15), haciendo lo que llamaban como un “puntapié” y que este proyecto de ley iba impulsado “como la mayoría de las mejores leyes” (5.18.8.15), por varios sectores de la sociedad que lo exigían y que se involucraban.

De esta forma, en el colectivo refieren no perder de vista las limitaciones que contiene una ley, viendo a ésta como una herramienta en la lucha por su autonomía, debido a que la ley actual permite y avala tratos que violan los derechos humanos continuamente, es por eso que el uso de la radio para transmitir su mensaje y sus voces ha sido un apoyo bastante firme, en una salida al aire de la sección de “tacto rectal”, se enuncia:

Los psiquiatras y están allá arriba y una sola palabra de ellos hace que el usuario pierda sus derechos fundamentales como individuo y como ciudadano, para proteger la vida hay que resguardarla, para resguardarla, hay que estar atrás, muy atrás, de que todos esos cambios que nosotros queremos hacer por más que aparezcan en un papel pues ¡carajo! que se cumplan, para que dejen de ser letra muerta, que a veces es muy linda suena muy poético pero cuando está pasado a la práctica simplemente queda en eso, es en una lápida muy bien escrita llamada una nueva ley. Queremos una nueva ley no escrita, una nueva ley funcionando y una nueva ley que nos haga acercarnos más a una sociedad que por haber caído acá dentro, en un lugar psiquiátrico, todavía estamos exiliados de ella (5.24.10.15).

Este impulso a la ley se ha mostrado como una forma de movilizarse, en el cual llevan ya varios años, pero que les ha convocado a reunirse con muchas más personas y organizaciones, visibilizarse y hacer presencia, sin dejar de hacer el proyecto de radio, sino juntando y aprovechando los dos terrenos. En la asistencia de la asamblea instituyente se comenta:

El proceso ha sido intenso ¿no?, como para ustedes, como para los que venimos en esta lucha y en esta búsqueda y ha sido también bastante cansador, pero también da mucha energía, las cosas que se vienen dando y venimos con mucha fuerza para este encuentro y para esta marcha y me parece que también que las personas y la sociedad va tomando como un poco más

de contacto y consciencia con esta necesidad de cambio (5.3.10.15).

Es en la demanda por una ley que han conjuntado proyectos y han incrementado lazos de solidaridad, dando cuenta, también, de que “la salud mental tiene que ver con la capacidad de crítica y transformación de uno mismo” (5.2.10.15), llevando a cabo lo que llaman, la producción de una “clínica del encuentro”, potenciando la participación en colectivos como vía de acceso y desarrollo de la salud, de una manera más social y comunitaria que de tipo organicista y biomédica.

Capítulo 6

Cartografía de las radios locas; la expansión de identidades disidentes en despatologización y desestigmatización de la locura.

*"Bienvenidos a bordo de la nave de los locos,
zarparemos para vagabundear por los mares de la locura
intercambiando realidades y visiones diferentes,
[...] lo importante no es el puerto de llegada sino el de partida."
(Entrada de Radio Abierta)*

La presente cartografía se construye con una serie de audios del 1er Encuentro latinoamericano de radios locas, que sirven como posibles coordenadas, alojados en una sección con el mismo nombre del encuentro, en su página de internet. El evento al que se hace referencia fue la continuación de un proyecto en conjunto con una radio de México, cuando se ganó un concurso que permitió financiar el encuentro con distintas radios locas de América Latina. Se considera pertinente la inclusión de esta sección debido a que no se es posible explicar una conformación como movimiento de identidades, sin la conexión que han creado con otros dispositivos similares, sin su expansión y ampliación de terreno tanto geográfico como simbólico. Siguiendo la idea de Correa Urquiza en cuanto a considerar que “los locos, en tanto ejes de su locura, son hoy *flâneurs*¹⁹ dolientes sin boulevard legítimo, espectadores del juicio de

¹⁹ El *flâneur* era, ante todo, un tipo literario en Francia del s. XIX, se refiere a la actividad propia del *flâneur*: vagar por las calles, callejear sin rumbo, sin objetivo, abierto a todas las

los otros, creadores sin obra, equilibristas sin cornisa” (Correa-Urquiza, 2011: pp.105).

La realización de esta posible cartografía sonora es llevada por la multiplicidad de acentos y formas, centrándose en la vinculación y los afectos, de geografías y contextos distintos pero con problemáticas y ejes de acción comunes. Trazando una “Geografía de la locura”, como la anunciaba un promocional que invitaba a esta reunión de radios locas en octubre del 2014, “ésta es la geografía de la locura, inicia en todas las ciudades del mundo. Porque en todos lados, estamos presentes” (6.2.10.14), Esta invitación precisa el objetivo que persigue el evento “a encontrarnos, compartir e intercambiar experiencias y una incitación a pensar nuestras prácticas como productoras de subjetividades del cambio” (Jiménez, 2014).

En este primer encuentro, se dan cita algunas de las radios locas de Latinoamérica, las cuales son invitadas como “radios que intentan ser espacios de producción de salud para quienes las habitan, para quienes las inventan día a día mientras las construyen”²⁰. Asistiendo las radios de: “*La Colifata*” de Argentina, “*Los Inestables*” de Córdoba (provincia de Argentina), “*Radio Abierta*” de México, “*Descosidos*” de Perú y “*Podemos volar*” de Costa Rica, poniendo a “la locura en una

vicisitudes y las impresiones que le salen al paso.
(<https://es.wikipedia.org/wiki/F1%C3%A2neur>)

²⁰ Apéndice D

misma frecuencia” (6.2.10.14). Sin embargo, en un anuncio previo mencionaban que “los tiempos en que fue armado todo no permitió que algunos colectivos llegaran a juntar los fondos necesarios, otros han hecho lo imposible a partir de que se podía financiar un pasaje por radio” (6.3.2.10.14). Dando como posible respuesta a la ausencia de las radios faltantes, como Brasil y Chile.

Esta cartografía traza algunas rutas temáticas principales, fluyendo en la explicación de lo que fue el encuentro; siendo éste un objetivo y dispositivo en sí mismo; las narrativas sobre la historia y los nombres de las radios; el cómo funciona cada radio; las discusiones sobre la construcción de alternativas a lo manicomial; algunas narrativas personales sobre la vivencia en las radios; la construcción de la radio y la locura como comunidad y territorio; Latinoamérica como expansión de ese territorio en común con contextos similares.

6.1 El Encuentro como dispositivo y objetivo en sí mismo

“Visto de cerca, nadie es normal” es una afirmación contundente que lanzan desde la radio²¹ incluida en los promocionales que anunciaban el próximo encuentro a realizarse, en estos promocionales llaman a encontrarse y relacionarse con la locura, cuestionándola y hablando de ella desde muchos aspectos y experiencias.

²¹ Frase tomada del cantante brasileño Caetano Veloso

Este evento es visto como una forma de tender puentes construyendo tecnologías que permitan ser escuchados y dar a conocer “una realidad que muchas veces es silenciada” (6.1.9.10.14) y olvidada, haciendo posible el fortalecimiento del proyecto entrando en relación con otras instituciones, como la universidad y entrando en contacto con otras radios locas.

Para este encuentro, la universidad pública de Montevideo estuvo muy involucrada debido al financiamiento de la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI) que implicaba entre otras cosas que la Universidad respaldara las actividades del proyecto, como explica una de las coordinadoras de la radio, “con el mismo dinero con que estaba previsto para que pudiesen ir 12 personas, se pudo estirar para 30” (6.7.10.14), esto debido a la gestión del proyecto y al esfuerzo de las radios para acomodarse y ajustarse al presupuesto.

Una de las primeras actividades del programa²² es una mesa con las autoridades de la universidad, que gira en torno a agradecimientos y desarrollo de intercambios entre instituciones, que como comenta uno de los participantes de la mesa: “el generar lazos con gentes de otros espacio lleva a relacionarnos a nosotros de maneras más cercanas” (6.7.10.14), como espacios de mutua interpelación. En esta misma mesa se insiste en el desarrollo y procesos de integración de la

²² El apéndice E contiene el programa del evento.

universidad con otras instituciones, en este caso al hospital o a programas de extensión el cual ayudó a que fuera posible este espacio de reunión. En este ejercicio por ser una universidad más integral uno de los ponentes de la mesa refiere que “no podemos hacerlo sin los actores sociales [...] la radio como actor social, ha sido uno de los espacios, una de las instancias que podemos decir que hemos generado instancias de aprendizaje” (6.7.10.14). Estableciendo lo que consideran como un diálogo de saberes, “en donde nosotros tenemos un saber particular que es el académico, no solo porque nunca es puro el saber, que lo combinamos, lo articulamos y los ponemos a discusión con el saber de ustedes” (6.7.10.14). Construyendo un conocimiento nuevo, donde se reconoce la labor de radio Vilardevoz en este proceso.

Como parte de un antecedente de este encuentro, se recoge en una anécdota de parte de una de las coordinadoras de Vilardevoz: “nosotros estuvimos en el 2007 en el encuentro mundial de radios y nosotros dijimos: Montevideo va a ser la próxima sede y tuvieron que pasar siete años para que Montevideo fuera sede” (6.7.10.14).

Uno de los objetivos específicos de este encuentro es la posibilidad del encuentro entre diferentes dispositivos bajo un eje de acción que los relaciona, logrando que estas diferentes experiencias subjetivas se comuniquen y se establezca una “compartición de información, saludos, afectos, sensaciones y sentimientos” (6.1.11.10.14), es en

este sentido que uno de los participantes de radio Vilardevoz, cuya voz es lenta y no muy perceptible, probablemente por causa de la medicación, por lo cual hace uso de una traductora, contribuye en una sección con un verso sobre el evento:

Encuentro de comunicación y locura.
Es una locura el encuentro y la comunicación.
Ya que la locura siempre necesita de un encuentro y de la comunicación para manifestarse.
Mi locura surgió después de militar en la clandestinidad, durante toda la dictadura militar por suerte apareció mi duende y me ayudó con la terapia de la radio.
Las locuras se manifiestan de distintas maneras pero todas las locuras necesitan de la comunicación y el encuentro aunque muchas locuras no tienen duende deben tener comunicación y encuentro para establecer la libertad total (6.6.10.14).

Esto refleja la multiplicidad de saberes y disciplinas que convergen en este encuentro, donde se da una importancia especial al establecimiento de vínculos sociales que responden a la invitación de extender las fronteras geográficas, sociales y de producción del discurso sobre la salud mental.

6.2 Nombres e historias de las radios

En este diálogo de saberes y experiencias que permite y permitió este tipo de encuentros, se acompaña un recorrido por cada una de las

radios asistentes donde comparten anécdotas e historias sobre su desarrollo y el proceso de elección de un nombre.

Invirtiéndose el mapa geográfico mundial donde se pone al norte en la parte superior, este recorrido por Latinoamérica inicia de sur a norte con la radio madre; *La Colifata*, quien llevaba hasta este encuentro 23 años de trabajo, teniendo una frecuencia legal definitiva reconocida recientemente, con una nueva antena. La radio comenzó con una grabadora de mano, grabando pequeñas cápsulas, las cuales se escuchaban al interior del hospital, es decir, para escucharse ellos mismos. Por lo cual esta nueva antena fue un momento de alegría donde "unos compañeros se subieron a la terraza -del hospital- e izaron la bandera, la bandera dice: puentes donde hay muros nuevos dispositivos en salud mental, la izaron hasta la punta" (6.2.10.10.14).

El nombre de la radio es debido a que esta palabra, colifato, en un sentido coloquial argentino alude a la locura, "el colifato es una persona loca querible, con capacidad de ser querida" (6.5.11.10.14), mencionan ellos, resignificando el término, asumiéndolo. Siendo que la experiencia de *La Colifata* fue pensada para "desarrollar dispositivos ligados a la atención y al acompañamiento en la comunidad" (6.5.11.10.14). Esto puede ejemplificarse además de las experiencias y cambios subjetivos en los miembros del proyecto, en que a lo largo de estos 23 años de trabajo, La radio "acompañó, trabajó y luchó por la aprobación de dos leyes muy importantes en

Argentina, una es la ley de medios audiovisuales, *-por ser una radio comunitaria-* y la otra, la ley nacional de salud mental" (6.2.10.10.14), procesos y movimientos donde la radio fue partícipe.

Siguiendo el recorrido por el territorio argentino, pero esta vez en la provincia de Córdoba, está la radio *Los Inestables*, que funciona desde el 2010 de manera abierta para internos y externos del hospital. La propuesta de este proyecto empezó en un taller de arte, del hospital, donde un interno realizó la práctica de radio, tras haberse quedado sin luz el taller. Y tras este ensayo, poco a poco se fue creando la radio, para después funcionar como asamblea, se comenzaron a hacer estos llamados "desembarcos" primero a instancias universitarias y luego a zonas barriales. Los programas de la radio son grabados y retransmitidos por radios comunitarias, en las zonas donde regularmente se hacen los desembarcos. Esto hace que esta experiencia "tome una impronta mucho más territorial de trabajo en pos de la salud mental comunitaria" (6.1.10.10.14), debido a para los miembros de este proyecto "pensar en desmanicomialización no es solo pensar el hospital desde adentro sino desde afuera también – *contemplando-* el tejido de redes con distintas organizaciones de la sociedad civil, como un proceso central para poder avanzar (6.1.10.10.14).

Dando un gran brinco hasta el Perú, se encuentra la radio Descosidos, funcionando desde el 2013, lo que la hacia la radio más

joven del encuentro. Sin embargo, una coordinadora de la radio relata que el proyecto en realidad comenzó dos años antes. Primero se empezó a hacer fotografía, usándola como "dispositivo para que las personas también puedan verse y expresarse" (6.2.10.10.14). El nombre de radio Descosidos, se recuperó de la frase de "siempre hay un roto para un descosido" apuntando al sentido de que "no estamos solos, tenemos mucho la idea del encuentro con el otro para encontrar nuestra propia identidad" (6.2.7.10.14), por una parte, pero también "de esa idea y también de eso negativo que tiene el descosido como algo roto y cambiarle el sentido a algo positivo [...] más como una energía, algo que fluye" (6.2.7.10.14).

Otra de las radios, Podemos Volar de Costa Rica, menciona ser el primer espacio alternativo a lo manicomial, en el país, que existe dentro del hospital nacional, debido a que "es un país bastante cerrado respecto a actuar, y a accionar en hospitales psiquiátricos" (6.2.9.10.14), ya que ni en la carrera de psicología de la universidad, los profesores tenían espacio dentro del hospital. Dentro de su narrativa para la elección de nombre comentan que una de las "locutoras", que es como se nombran las personas que participan en la radio, dijo: " eh! podemos volar. ¿Por qué no podemos volar con esta radio?" (6.2.10.10.14). De esta forma es como recuerdan se conformó el proyecto, al cual consideran aún como un programa mas no una radio, debido a que su programa dura media hora y se

transmite a través de la radio de la universidad y otra radio comunitaria.

En una reflexión que se dinamizó en lo que era el final del evento, una participante de la radio La Colifata, lanza la pregunta: ¿radios locas o radios de salud mental?

Lo cual tuvo varias respuestas y opiniones, para unos era radios locas, por el hecho mismo de que “estamos todos locos y lo queremos estar” o porque “la palabra locura se combina con todo”, siendo la locura algo que sale más allá de lo normativo y académico, “radios locas va mucho más allá de lo que contiene, tanto la idea de los derechos y todo, pero va más allá de expresión y todas esas cosas” (6.5.11.10.14). Para otros es algo más complejo en cuanto a definiciones; de locura y de salud mental, y de donde venga referida:

yo pienso que la locura es algo que inventó el mundo para luego hacer arte, yo pienso que la locura del mundo de la que se habla y vemos en la tele y los diarios, eso es la locura con permiso. Pero la locura sin permiso es cuando el paciente de salud mental crea una canción, hace un programa de radio, piensa en el sufrimiento del otro también, y pienso que en los lugares donde hay locura o sufrimiento es donde más se ve la humedad, es donde más se ve el compartir, es decir, un mate, un tabaquito, una radio para que haya música, una guitarra. Pienso que en los lugares donde hay mayor sufrimiento hay más misericordia también (6.5.11.10.14).

Entrando en una discusión sobre definiciones, un participante apunta a que no hay que dejar de tomar en cuenta las experiencias, diversidades funcionales y capacidades, “no creo que pudiera vivir ochenta años en este mundo en esta sociedad y llegar intacto y si realmente alguien puede llegar cuerdo hasta esa edad, realmente me compadezco más de esa persona” (6.5.11.10.14).

En la respuesta a la pregunta vertida existen opiniones intermedias, que prefieren retomar los dos aspectos de salud mental y locura, “salud mental es un estado en el que podemos desarrollar nuestras potencias y nuestras habilidades, pero también la locura es libertad, entonces yo creo que podría ser un poco una cosa de otra” (6.5.11.10.14). Lo que propone otros nombres más integradores, como el de “radios locas de salud integral” queriendo considerar un espectro más amplio, Posición que tuvo respaldo entre algunos otros participantes:

A mí me gustó mucho lo que tú decías de radios terapéuticas, y también lo de integrales, porque para ser radios locas, tenemos que demostrarlo y es muy difícil demostrar cómo nos salimos del sistema porque la locura es un poco eso, salirse del sistema estando la realidad (6.5.11.10.14).

Aunque la participante que coordinó la dinámica y lanzó la pregunta, por medio de un conteo de votos anuncia que “ganaron las radios

locas” (6.5.11.10.14), se sostiene que ésta debe ser una reflexión continua que debe mantenerse en todos los miembros de las radios.

6.3 Cómo funciona cada radio

Radio *La Colifata*, funciona al interior de un hospital neuropsiquiátrico de Buenos Aires, Argentina, transmitiendo por una frecuencia propia, en internet y por las retransmisiones de otras radios comunitarias. Como primer radio loca, vio en su ejercicio que “tenía la posibilidad de hacer fugar todas esas voces del psiquiátrico” (6.2.10.10.14), creando las condiciones para posibilitar un devenir otro, para los internos, más que el de enfermo mental diagnosticado, siendo las posibilidades el de ser un locutor, periodista o no, teniendo millones de cosas en potencia de este devenir otro, “el posicionarse como estar a la saga de la potencia en el otro es respetar ese otro en su modo particular de entender las cosas y crear condiciones para que se integre y para que sea parte” (6.2.10.10.14), comenta el fundador y coordinador de la radio, debido a que este objetivo fue siempre el desarrollo del proyecto.

Para el caso de *Los Inestables*, transmiten dentro de un hospital psiquiátrico, por internet y por la retransmisión de otras radios comunitarias. Tiene como principales líneas de acción el trabajo comunitario, llevándolo con la puesta en práctica de diversos talleres, teniendo uno de “corresponsabilidades de prensa”, donde los

participantes se preparan en el uso de equipo de grabación y la forma de hacer notas periodísticas:

para que la radio produzca sus contenidos también de manera participativa y asistiendo a distintos eventos culturales, políticos, a distintas marchas y congresos y se promueve que los mismos participantes sean quienes produzcan estas notas, estos contenidos informativos que luego serán pasados y retransmitidos en la radio y difundidos como una forma de que las temáticas en la radio no sean siempre de la agenda del día que pone los medios hegemónicos sino que se empiece a poder construir a temáticas que tienen que ver más con lo local, que tiene que ver más con las realidades concretas, y con el medio en el cual está inserto la radio (6.1.10.10.14).

Otro tipo de talleres son de capacitación en el manejo técnico, para que cualquier persona de la radio pueda operar el equipo y no solo los coordinadores, abriendo la oportunidad de que cualquiera pueda contar con las herramientas y de esta forma se “fortalezca la manera autogestiva del proyecto” (6.1.10.10.14). Por último, también se realizan talleres de sensibilización con distintas organizaciones, los cuales afirman son con la intención de “desmontar un poco estos mitos, estos prejuicios en relación a la locura a la enfermedad mental y que estas organizaciones puedan acoger a los participantes de la radio” (6.1.10.10.14). Estos talleres van de la mano con lo que llaman “buenas prácticas de comunicación en salud mental”, que van

destinados a los miembros de las radios comunitarias y espacios con los que se relacionan, debido a que se da el caso de que muchas de estas personas al tocar alguna temática relacionada con la salud mental reproducían el estigma, los miedos y los prejuicios de las visiones hegemónicas, llevando a “empezar a cuestionar un poco estas formas de relacionarnos y de abordar un poco las temáticas de la locura y la salud mental”(6.1.10.10.14).

Las participaciones de este encuentro nos dejan conocer un poco del funcionamiento de cada proyecto, compartiendo las experiencias tanto de las radios más jóvenes como las que llevan más tiempo, como lo es *Vilardevoz*, con 17 años. Sin embargo, para los miembros del proyecto, *Vilardevoz* es mucho más que una radio, es más una asamblea donde se discute y es "una toma de la palabra en el sentido de la palabra como instrumento transformador de la realidad" (6.4.10.10.14), así lo explica uno de sus coordinadores:

Vilardevoz es una máquina que produce: que produce discurso, que produce subjetividad, que produce encuentro. Es una máquina de la alegría del mundo de los colores, en el país del blanco y negro, uno cuando ingresa en el hospital psiquiátrico [...] ingresa a una dimensión de un blanco y negro o a lo sumo del sepia, entonces Vilardevoz nace queriendo ser una máquina de colores (6.4.10.10.14).

Esta concepción del proyecto sigue la idea de autores como Spinoza²³ y Deleuze y Guattari²⁴, es en el sentido de que los sujetos son, en tanto máquinas deseantes, cuerpos que se pueden afectar triste o alegremente. *Vilardevoz* establece algunas dimensiones del proyecto como ejes de acción: la dimensión comunicacional, la dimensión de la formación y el proyecto de intervención, cada una de estas dimensiones relacionándose con el afuera y los límites del hospital donde transmite, debido a que es en el afuera donde se establecen otros tipo de muros y barreras.

Para la radio *Descosidos* de Perú, un eje de acción importante, también, es el trabajo de los vínculos afectivos, debido a que, similar a los otros contextos de Latinoamérica, existe una carencia social de los mismos, "en un contexto de encierro, de limitación y de olvido, que es la situación [...] de los pacientes con padecimiento mental (6.3.10.10.14). Por lo cual, la puesta en práctica del proyecto fue algo que costó trabajo, debido a que muchos de los usuarios, cuando empezaron con la fotografía, no querían tocar temas de salud mental, ya que estando en el hospital, no se querían ganar problemas, "como para qué vamos a hablar de nuestra situación" (6.3.10.10.14), sin embargo, con el proyecto de fotografía se trabajó el empoderamiento, que era uno de los objetivos, y hubo procesos de familiarización con

²³ Spinoza, B. (1987) *Ética. Demostrada según el orden geométrico*. Alianza. Madrid.

²⁴ Deleuze, G. y Guattari, F. (1985) *El anti Edipo: Capitalismo y esquizofrenia*. Paidós. Barcelona

el entorno, visualizándose las potencias de los internos también como un proceso de autoconocimiento, lo que después llevó a la realización de microprogramas, que fue otro terreno donde trabajar por que “muchos de los participantes están judicializados, entonces es todo un tema legal ver cómo hacer para salir del hospital, incluso ver cómo hacer uso de imagen y de su voz” (6.3.10.10.14), siendo la situación similar en otros países, donde la mayor parte de los internados están en circunstancias delicadas.

La historia de *Podemos volar* es similar a las otras radios, iniciando hace cuatro años en el hospital nacional psiquiátrico por iniciativa de estudiantes de la universidad que quisieron involucrarse con el hospital y logrando que éste les permitiera establecer una radio, crear un espacio para salir del "hueco" y posibilitando la expresión subjetiva de voces donde antes había silencio, que es la frase de la radio.

y empezar a trabajar en función de, bueno queremos empezar una radio y ustedes son locutores, esa fue justamente de las primeras cosas que nosotros dijimos, ustedes se van a considerar locutores, no nos interesa qué otra cosa haya detrás de eso, porque ustedes son locutores considérense como tales y empiecen justamente a trabajar en un micrófono como tales. Entonces, ya a partir de ese cambio de nombre, a partir de ya no ser el pacientito [...] a partir de ese cambio de posición justamente ayuda mucho a empezar a desarrollarse a empezar a generarse una idea de que es podemos volar (6.1.10.10).

El proyecto de *Podemos volar* tiene como limitación que es un programa pregrabado y de corto tiempo, por lo cual no se puede dar un intercambio de voces, sentires y experiencias, tan frecuente o directo como cuando se transmite al aire, formato que realizan algunas veces, funcionando como una especie de catalizador o espacio de fuga donde se pueden articular con otros espacios.

Subiendo hasta el último territorio de este encuentro, en México, *Radio Abierta*, que funciona desde un jardín de una universidad pública, "lo cual tiene sus diferencias e implica cambios a una cabina de radio interior" (6.3.10.10.14), con una duración de tres horas, de los cuales una es de transmisión en vivo, tanto por la frecuencia de la radio de la universidad como por internet. Para los coordinadores de la radio, lo que en realidad hace el dispositivo de la radio es habilitar "el espacio para la palabra, no la damos porque ya la tienen" (6.3.10.10.14).

En este entrecruce de rutas que cada proyecto ha transitado, se observa un proceso de desarrollo similar de cada radio, viendo a la radio como un proceso sobre todo de vinculación y de aprendizaje, donde en un primer momento de la creación de los dispositivos sirven para escucharse entre ellos, de manera interna, después de este momento se lleva a la transmisión hacia el afuera estableciendo un diálogo introduciendo un receptor externo, una escucha, que puede devolver un mensaje. Este segundo momento se expande, se

fortalece y amplifica la relación con la sociedad y otros dispositivos sociales e instituciones como las radios comunitarias o las universidades.

6.4 Alternativas a lo manicomial

Además del propio encuentro y reunión de múltiples experiencias, el motivo que junta estos proyectos es que todos ellos apuestan por una alternativa a una forma de encierro, de exclusión y de marginación que reproduce el estigma y la discriminación como lo es la lógica manicomial, por lo cual, no es hacer un recorrido por los espacios lindos de los hospitales psiquiátricos, sino trazar los puntos de encuentro y caminos de los espacios de resistencia²⁵, de espacios ganados y sostenidos que contestan a esta lógica manicomial con prácticas que han denominado con muchos nombres; clínica del acontecimiento; clínica del encuentro; de la potencia o una psicología de la colectividad.

Es rescatar a la salud mental del lugar referido como patología individual, colocándola en su dimensión política y en el escenario de la producción social para comprenderla. Que para el caso de estas radios “que también quieren ser espacios de libertad en la palabra, de liberación de la expresión de las ideas, de enriquecimiento mutuo en

²⁵ En este sentido de cartografías puntos de resistencia en el Apéndice F se incluye un mapa de las radios locas de Latinoamérica encontradas hasta ahora.

el encuentro con otros, [...] construcción conjunta de horizontes de lucha –y de- de producción de subjetividades insurgentes” (Jiménez, 2014).

El fenómeno de la locura y su experiencia es continuamente atravesada por múltiples disciplinas más allá de lo médico-hospitalario, donde también se configura la lógica manicomial, en su relación con la sociedad; lo jurídico, lo administrativo, lo familiar, así como algunos discursos institucionales y académicos.

Dentro del encuentro estos atravesamientos son acompañados de discusiones y debates continuos para las radios, así el tema de la ley de salud mental es mencionado en repetidas ocasiones, debido a que es una actividad involucrada en la presente agenda de la radio *Vilardevoz* y de Uruguay, pero también por la posibilidad de diálogo con la experiencia argentina de una ley similar, existente desde el año 2010, y de la cual la radio *La Colifata* fue impulsora.

En una mesa del encuentro, una coordinadora de la radio *La Colifata* menciona que existe un debate en cuanto a la necesidad de instaurar una nueva ley de salud mental o en todo caso son prácticas diferentes lo que se necesita, prácticas que posiblemente decantan en leyes o leyes que posibilitan estas prácticas diferentes, lo que deja la posibilidad de existencia de ambos polos, validando la diferencia, “porque hay gente que se posiciona en el no al aparato jurídico,

vamos por el lado de las prácticas, y hay gente que hace del aparato jurídico su causa” (6.3.9.10.14). Para *La Colifata*, la reflexión no es tan dicotómica sino un conjunto, “que hay que establecer prácticas, que es verdad que con una ley sola no se hace nada, en Argentina algunas cosas han cambiado otras no” (6.1.9.10.14), siendo los grandes cambios llevados en relación a la regulación de las internaciones involuntarias y al hecho de que se plantea, en una fecha límite, el cierre de los manicomios.

En cuanto a los internamientos, “solo se puede internar a alguien contra su voluntad cuando existe un riesgo inminente para sí o para terceros” (6.1.9.10.14), que es algo que se ha regulado en parte. Sin embargo, “hay otros lugares donde al contrario lo usan como una reventa para expulsar y excluir” (6.1.9.10.14), para los participantes de radio *Los Inestables* de Córdoba, éste ha sido un malentendido de lo que se exige como desmanicomialización, haciendo de ella un “abrir el manicomio y una total desentendimiento del paciente” (6.1.9.10.14). Sin embargo, previo a la ley, ya existía un trabajo y equipos de profesionales encaminados a prácticas de desmanicomialización “real”- nombrándola, de parte mía, así para distinguirla de la práctica de exclusión- que duraba alrededor de un año “previo a la externación de los pacientes, donde se ubicaba a las familias, donde se ubicaba a la comunidad” (6.1.9.10.14) o en la creación de dispositivos sustitutos, como las casas de convivencia,

casas de medio camino, familias sustitutas o el hospital de día. Siendo este un nuevo modelo también un cambio de paradigma.

Otra cosa que se estableció en la nueva ley es que la evaluación para la internación ya no puede ser dictada por un juez o por la familia, sino que tiene que ser llevada a cabo por un equipo interdisciplinario. Éstos han sido campos de acción en común entre tres radios cercanas, de lucha antimanicomial. Aunque para *La Colifata*, esta lucha se piensa con relación a lo que llaman potencia del acto en sí mismo, lo que posibilita que todos en algún momento puedan celebrar la potencia del cada quien, sin negar al sujeto, sin colocarlo en el lugar de la falta, lo que lleva a “una apuesta ético-política de diferencia, hacerlo desde otro lugar” (6.3.9.10.14), que toma en cuenta la “relación a cómo cambiar la percepción de aquel diferente, cómo pensar que ése que es diferente, tiene una potencia que puede comunicar algo, que no es peligroso. Bueno, nosotros lo hacemos a través de la radio” (6.1.9.10.14). Lo cual se enfoca en, lo que “algunos leen como un diagnóstico psicopatológico, para nosotros es potencia de comunicación” (6.1.9.10.14), debido a que la radio sostiene que todos tienen capacidad de comunicación, sin negar o esconder el sufrimiento mental, intentando que esa potencia de comunicación circule entre los asistentes, el oyente, la visita que viene al hospital, el que se acerca por curiosidad o por solidaridad, buscando que en el

transitar de cualquiera de estos personajes, como se refleja en la siguiente cita de un coordinador de la radio:

se encuentra con alguien que no por ser diferente es menos valioso, y en ese punto, nuestra lucha día a día es contra el encierro, la potencia del encuentro, provocar el encuentro. La Colifata más que nada, es una productora de encuentros constantes (6.1.9.10.14).

Esta producción de encuentros hace que se provoque un eco entre los oyentes y una devolución, lo que causa un acontecimiento. Siendo este acto de suma importancia como objetivo de la radio, como alternativa a la lógica manicomial, “también se tienen que sustentar prácticas y sustancialmente se tienen que sustentar las prácticas del encuentro” (6.1.9.10.14).

Para la radio *Descosidos* de Perú, las herramientas utilizadas como alternativas a lo manicomial, han sido la radio y la fotografía, debido a que estas lógicas manicomiales son el encierro, las estructuras verticales existentes en los hospitales psiquiátricos y “la represión de la subjetividad que se produce debido al tratamiento que se les da a las personas que padecen estas enfermedades” (6.2.9.10.14), en estos lugares. Estas herramientas han funcionado como un dispositivo que genera autorepresentatividad, “creemos que dentro del encierro se pierde la subjetividad de las personas se les trata por diagnósticos o por apellidos” (6.2.9.10.14). Así, estas herramientas

funcionan como un dispositivo que de alguna forma los obliga a tener que verse a sí mismos, proyectándose en la foto y en la radio, ayudando a saberse a través de otras personas y encontrándose con el otro.

Un aspecto central de la lógica manicomial, para *Los Descosidos*, son las relaciones verticales que se establecen en las instituciones, con respecto de cómo tratar a la salud mental, tanto de funcionarios, como médicos e internos, estos últimos en quienes está muy interiorizada esta estructura vertical, asumiendo que estas autoridades tienen un saber más importante que el de las personas internadas, en palabras de un coordinador de la radio: “recordamos que al inicio cuando empezamos, no nos identificaban por nuestros nombres sino como de repente ellos son psicólogos o comunicadores de la universidad [...] ellos son los que vienen a enseñarnos a nosotros” (6.2.9.10.14) y son todos estos aspectos los que se funden para que no se les vea como una alternativa a lo manicomial que pueda lograr algún cambio, por miembros de estos sectores, así continua el coordinador de la radio:

poco a poco se fue rompiendo esa barrera, porque lo que proponemos no es una estructura vertical sino horizontal en el trato a los participantes y creemos que eso también que ellos puedan verse a sí mismos como productores de sentido, productores hasta de arte (6.2.9.10.14).

Es el caso de las muestras fotográficas, y que al igual que la radio, es un proceso de construcción o deconstrucción y autoafirmación, abriendo la posibilidad de que algunas cosas puedan estar cargadas con esa potencia antimanicomial.

En Costa Rica, para un coordinador de la radio *Podemos volar*, quien opina que para la instauración de alternativas, un aspecto muy importante y poco tomado en cuenta es la creatividad, posibilitando nuevos espacios con este fin, "son las consideraciones estéticas que se olvidan del espacio clínico, del espacio psicológico, que es importante retomar" (6.2.9.10.14), tomando el énfasis en el aspecto estético como cuestionamiento a una posición hegemónica de la psicología, que devalúa lo estético, "porque es una psicología artística literaria, filosófica o esotérica y nadie sabe cómo encontrarle un sentido a eso, porque estamos ahí para leer problemas nada mas o deficiencias" (6.2.9.10.14), sin que por ello se piense o se vuelva un aspecto cosmético "y no cuestionador de las estructuras de condiciones sociales o económicas que provocan esa situación"(6.2.9.10.14).

Esta intención de trabajar en un sentido más amplio que el que comúnmente se entiende por clínica, apuntando por lo que se había comentado anteriormente una clínica del encuentro o del acontecimiento, pero para *Podemos volar*, otras clínicas también son posibles:

una clínica de la trayectoria, clínica de la incertidumbre, una clínica de la apertura, para mí eso me parece muy importante porque coloca también a la otra persona que está ahí, pensando, con cierto saber psicológico a tener que estarse cuestionando su lugar siempre, y estar cuestionando siempre qué es lo que esta supuestamente teorizando ahí, y no lo coloca en ese lugar fácil de nada más hacer una lectura (6.2.9.10.14).

Esta intersección de clínicas lleva a provocar rupturas en el espacio y permite conocer las relaciones de poder presentes, que están impidiendo o no posibilitando el espacio de interacción de voces, con una sola interpretación, es por eso que también le llaman clínica de la polifonía. Espacios que devienen en clínicas que posibilitan un:

estado de liberación que critica, que denuncia, que afirma alternativas, no se trata de confidencias o de murmuraciones atrincheradas en los márgenes, sino en la expresión de grupos testimoniales que indica una intención, que las declaraciones provocadas alcancen las formas de palabras para otros (6.2.9.10.14).

En radio *Los Inestables*, todo esto tiene que ver con el sentido social, que tiene que recuperarse, e ir de la mano con lo que son las prácticas, preguntándose: "¿cómo vamos a hacer para restituir el lazo social, volver a las comunidades, a la familia? ¿Si eso ya no existe? ¿Si somos todos fugitivos que están escapando, tratando de salvarse?" (6.2.9.10.14). Siendo en la radio una forma de relacionarse, de tipo horizontal más que de manera vertical,

intentando usar todos los sentidos, en lo que llaman "poner el cuerpo" como otra forma de ser diferente, "cuando los cuerpos hablan no situarnos en esta tradición tan francesa de la palabra y que nos niega toda una dimensión corporal" (6.2.9.10.14).

Por tanto, para *los Inestables*, las alternativas a lo manicomial tiene que ver con el cuestionamiento a la quietud, debido a que "el manicomio es básicamente un lugar de encierro y en donde no pasa nada, donde se debería suponer que no tiene que pasar nada" (6.3.9.10.14). Y es también buscar las formas de "democratizar la locura", sacándola de la casilla de enfermedad mental, conviviendo con ella como una forma de resistencia hacia lo tan aplastante que se vuelve lo hegemónico.

Esto es algo que comparte la mayoría de las radios y para *Vilardevoz*, es lo que los lleva a no ser solo una radio:

es una máquina revolucionaria de guerra y de lucha, entonces Vilardevoz no es una radio, es un espacio para la inclusión y desde el cual poder generar un agenciamiento deseante colectivo para luchar por los derechos, entonces Vilardevoz es una marcha, es un desembarco, es ir por todo el país colocando el debate sobre las políticas de salud mental, es una herramienta para transformar desde las políticas públicas estatales, pero también desde lo comunitario, desde esa producción más microscópica, más caliente (6.3.10.10.14).

Coincidiendo la mayoría de las radios en esta apuesta por salir del campo de la clínica psiquiátrica, en una multiplicidad de clínicas posibles, en una búsqueda continua de alternativas que puedan transitar fuera de la lógica manicomial.

Un punto de esta reflexión es también la forma en como se instauran estas alternativas, cuestionando si éstas pueden llegar a ser una categoría más que genera un discurso de exclusión, siendo eso lo que se quiere romper, así lo incluyen en la *Colifata*: “bueno ahora no es el rotulo esquizofrénico, pero es colifato y termina instaurando una categoría excluyente [...] entonces justamente era volver a poner a jugar eso y a de cuando se instalan ciertas cosas volver a intentar deconstruirlas” (6.3.9.10.10.14).

Un aspecto importante de estas alternativas a la lógica manicomial es la devolución de otros sectores de la sociedad que no están involucrados en el tema de la salud mental. Ejemplo de este eco social se muestra en la participación de una escucha asistente a una mesa del encuentro:

Soy ama de casa y no tengo que ver con nada de lo que está pasando acá, yo creo que el reconocimiento no se los tiene que dar nadie, el reconocimiento es de ustedes hacia ustedes no se los tiene que dar nadie sino ustedes mismos que hacen esto [...] yo de afuera no los veo como una alternativa, porque una alternativa es lo que yo entiendo se define en función de otro opuesto, en este mundo dual que vivimos. Y no son una alterativa porque

ustedes son la manera de incluir la locura [...] esta sala debería estar atestada de gente el día de hoy: estando dentro del recinto donde se estudia para ayudar a los que no estamos bien de la cabeza, no está mal esto, porque por lo menos, no sé por qué fuerza de la naturaleza hay una ama de casa acá que no tiene nada que ver. Tendría que estar lleno de amas de casa que no tienen nada que ver con esto [...] ¿quién está a salvo de volverse loco? lo que contaba –*una participante de La Colifata*- ¿recién, no? trabajo 25,000 horas por día y un día mi cerebro hace crack y ya soy un loco, y ¿cómo prevengo eso? ¿Comiendo sano? ¿Haciendo ejercicio? ¿Votando al partido político que incluye a todos los demás? No, capaz que es viniendo a un lugar como éste, donde vemos que la locura es de todos, no hay nadie que lo tenga que decir, eso, no se necesita una autoridad de ningún país, ni la ONU, ni ninguna parte. (6.3.9.10.14).

6.5 Experiencias personales de los participantes de las radios.

En este recorrido sonoro del encuentro de radios, no están exentas las experiencias personales de los participantes de las radios, al contrario, son estas experiencias las que fortalecen el encuentro y las que realizan el acontecimiento. Como lo explica una participante de *Radio Abierta*, de México:

Compartir experiencias personales en la radio cómo ayuda, porque a partir de ahí empecé a ver muchas cosas, empecé a ver un mundo que no conocía y que realmente fue para mí hermoso y precioso. Conocí

personas que eran diagnosticadas con los mismos diagnósticos que yo tenía, y algunos otros, y los fui conociendo y entre a un mundo que, yo les recomiendo mucho entrar, porque yo vi una claridad de conceptos y todos esos conceptos los iba tomando y aprendiendo de cada uno de ellos (6.1.9.10.14).

La ruptura que provoca el encuentro al aislamiento que muchas veces se le impone a un sujeto, es de suma importancia para las personas que participan dentro de estos proyectos y de los lugares desde donde actúan, donde existe una ausencia de vínculos sociales. Un integrante de radio *los inestables*, que comenzó a participar en el proyecto cuando estaba internado, y ahora lo hace como paciente ambulatorio, lo integra de esta forma:

me gustaría comentarles un poco lo que siento como paciente psiquiátrico tratado dentro del modelo tradicional, respecto a cómo se invisibiliza, que eso lo de deben experimentar desde los terapeutas, por poner un nombre, más amplio, psicoterapeutas, psiquiatras, psicólogos, todos los profesionales que participan. Y que yo escuché una vez cómo los olvidatorios, los olvidatorios eran una forma de definir algunos lugares, que no sé en qué época haya sido, no conozco bien, donde se arrojaba a una persona se la depositaba y se la olvidaba, por eso olvidatorio (6.2.9.10.14).

Para un participante de *Vilardevoz*, lo que sucedió fue que: "yo generé una identidad nueva a través de radio *Vilardevoz*, gané

amigos, viví muchas cosas lindas, me di cuenta que me estaba dando un espacio" (6.3.9.10.14).

Para otro participante, de la misma radio, su acercamiento fue de manera distinta:

yo me sumé a la radio buscando una cura personal, yo creo que todos buscamos una cura personal a distintos sufrimientos, pero también nos damos cuenta de lo social, éstos son actos públicos y ahí nos empezamos a dar cuenta de que tenemos derechos, que somos ciudadanos, que nos podemos unir a otras personas y podemos incidir en la opinión pública, organizados y cada uno cumpliendo su tarea y su función dentro de los colectivos (6.1.9.10.14).

Éstas son algunas de las experiencias personales de los participantes de las radios, otras de parte de los coordinadores son sólo mencionadas brevemente en el momento que se interconectan con la creación de cada radio, siendo ambas experiencias un desarrollo y aprendizaje de otras formas de relacionarse y vincularse con el otro, tanto en el afuera como en el adentro.

6.6 El abordaje comunitario de la locura y de la radio

Este espacio de encuentro que se presenta, gira en un cuestionamiento hacia lo que comúnmente se entiende por locura, pero también a en cuanto a cómo tratarla y vivirla, siendo que el

modelo que pretenden la mayoría de las radios es por un abordaje comunitario, de integración, donde no quede excluida la experiencia, ni el saber de aquellas personas que han atravesado por una vivencia psiquiátrica, “nosotros pasamos de ser los estudiados a ser los que hablan, dejamos de estar callados y comenzamos a hablar por nosotros mismos” (6.2.11.10.14), comenta una participante de *Radio Abierta*.

Uno de los objetivos de estas radios es ampliar la visión de la locura, reducir su estigmatización y poder distribuir la locura más allá de sus categorías diagnósticas, así lo afirma un miembro de una radio:

tenemos que tener una visión nueva de la locura, que la locura no es un bicho, no es un cuco, que tiene mil formas de manifestarse, le decimos locura por decir una palabra pero lo diferente está en todos lados. Si nosotros tenemos una actitud de aceptación, estamos siendo también sanadores con las otras personas (6.1.9.10.14).

Esta forma de abordaje que involucra a la comunidad, pone en vinculación a la sociedad o algunos sectores de ésta con la locura, intentando combatir los mitos y miedos sobre ella, trabajando como medio de comunicación y de expresión, pero también de intervención. Que se visualice que “se puede ser un paciente psiquiátrico y sentirse bien” (6.5.11.10.14), como comenta un participante, pensando en la radio como un vehículo para que circulen aquellas voces que se

habían quedado en el olvido y en un silencio obligado, sin despojar la propia forma de ser de la locura; o mejor dicho, de los sujetos inmersos en ella, lo cual también es una forma diferente de hacer radio, también, sin buscar lo que otros medios oficiales pueden querer, “presentarnos como normales como si tuviéramos la obligación de serlo a todo trance” (6.5.11.10.14), dice un participante de *Los Inestables*.

Estos dispositivos buscan pasar de un abordaje de tipo individual, “manicomial centrado en la institución a pasar a un abordaje de base territorial, comunitaria, en los lugares donde la gente vive, donde la gente trabaja para precisamente favorecer la accesibilidad de servicios de salud en sus propios territorios” (6.1.10.10.14).

El ejemplo de *La Colifata* como dispositivo que habilita la palabra e inaugura espacios para la otredad, es reproducido por las otras radios, siendo “un dispositivo de recepción y transmisión de sonoridad humana que aloja lo disperso del decir de cada quien, de la estética del ser y del estar” (6.2.10.10.14), funcionando como productores de sentido, a través del encuentro y el acontecimiento, posibles solo en lo comunitario, que “permita ampliar las posibilidades de gestionar el hecho de estar vivo, con proyectos, con historia, con afectos y con identidad” (6.2.10.10.14).

Recordando que estos dispositivos posibilitan una intersección de clínicas; sin embargo, todas ellas deben “jugar en lo social y ahí, entonces, radica la posibilidad de trabajar en salud mental, sacar los pies del plato de la salud mental para poder producir salud mental” (6.2.10.10.14), sostiene *La Colifata*.

Este jugar en lo social, implica también transformar los espacios no solo como cabinas de radio, sino como en el caso de *Villardevoz*, habilitarlo para ser “un patio lleno de espacios para ir a dibujar, pintar, hacer manualidades, entretenimiento, malabarismo, tejer, bordar [...] cortar el pelo” (6.3.10.10.14). Apostando primeramente por combatir la exclusión, en un “camino de lucha por la tolerancia por la posibilidad de existir siendo diferente y después un dispositivo comunicacional [...] que esto se va a producir sobre la base de un diálogo de saberes” (6.3.10.10.14), de formación y de relación con otras instituciones, otros lugares y otros sectores.

En el caso de *La Colifata*, se ha comenzado a buscar la forma de llevar a la práctica, el cómo hacer frente a esto que ha sido una discusión de muchos años, que ellos mencionan que es con la creación de:

un dispositivo externado, que va a estar en un barrio de la ciudad de Buenos Aires y desde allí, entonces, se producen contenidos en la semana. Pero el objetivo final de ese dispositivo que estoy nombrando es que sea un espacio donde haya un reconocimiento incluso

económico y para desarrollar ese espacio vamos a diseñar estrategias de alianzas con otros sectores de la comunidad, principalmente los jóvenes a través de escuelas y demás, para montar equipos mixtos de producción radiofónica que generen un reconocimiento económico (6.2.10.10.14).

Las universidades han tenido mucha y cercana relación con las radios, incluso como se comentó al principio, este encuentro mismo posiblemente no hubiese sido posible, de la forma en que fue realizado sin el apoyo de la AUCI y de Universidad de la República de Uruguay, lo que refleja que de esta construcción de puentes y redes es aprovechado por ambas partes. Y es también a donde apunta la iniciativa de ley de salud mental, que impulsa *Vilardevoz* en ese país, como en la que *La Colifata* a su vez, estuvo involucrada en Argentina tiempo antes.

6.7 El contexto territorial de cada radio

Por último, si bien las radios comparten un contexto territorial similar; el latinoamericano y el lugar actual de la salud mental, también existen particularidades en cada una de ellos, debido a que Latinoamérica es a su vez muy variada “no solo en sus culturas, sino muy variada con respecto a cómo se inserta la salud mental y cómo inclusive se han ido desarrollando sus medios de comunicación” (6.3.10.10.14).

Este contexto similar de la salud mental, donde históricamente un modelo “ha tirado a estas personas –*los locos*- a lugares donde no haya que ser necesario verlos o espacios que estén lo más alejados de la ciudad posible” (6.1.10.10.14), mencionan los participantes de la radio que ha dado pie, en la actualidad a que estos espacios de alternativa puedan surgir, de manera cada vez más continua, de espacios de reconocimiento mutuo, como lo comentan que “ hay otras formas también de experimentar la vida, que hay otras formas de experimentar la realidad que nos rodea” (6.1.10.10.14). Espacio común que lleva a compartir la vida, pese a la distancia geográfica, así recogen la experiencia los participantes:

nos damos cuenta de que por más que vengamos de México, de Costa Rica, de Perú, las problemáticas en base a los pacientes de salud mental, en líneas generales, son las mismas, la falta de inserción social es la misma y lo bueno es que si cada uno de nosotros ponemos un granito de arena, podemos construir un puente, no entre nosotros mismos, sino entre la supuesta locura y la supuesta cordura (6.2.7.10.14).

Estas narraciones configuran el sentido de asumir una lucha por la salud mental en Latinoamérica, debido a la instalación de un modelo , al que los participantes mencionan: “que hace que una disciplina tenga el control hegemónico sobre determinada población a partir de que la diagnostica” (6.3.10.10.14).

En este encuentro que intentó borrar las etiquetas, las exclusiones y las banderas, uniendo las diferencias “por el encuentro de muchos amigos más allá de las fronteras” (6.3.11.10.14), y en ese sentido compartiendo una misma geografía, quizá reconstruyendo la tierra de Jauja²⁶, como la patria recuperada de los locos.

²⁶ Haciendo referencia a la novela del mismo nombre escrita en 1547 por Lope de Rueda, donde se describe un lugar libre pero lleno de excesos, comúnmente atribuido como tierra de locos en la cual se inspiran varios artistas como destino, incluido la famosa pintura de el Bosco, la nave de los locos.

Discusión

El principal objetivo propuesto fue realizar una investigación sobre la conformación de una identidad en la locura, a través de la búsqueda y revaloración de las formas en que comúnmente se concibe y se trata a los padecimientos psiquiátricos y a las personas diagnosticadas, adoptando un enfoque psicosocial, dando énfasis a la experiencia, narrativa y prácticas de las personas diagnosticadas. Este objetivo se pudo cumplir efectuando el análisis de algunas de las herramientas con las que cuenta la persona con experiencia psiquiátrica, a nivel individual y sobre todo colectivo, en la producción de un discurso común.

Llevar a cabo este análisis implicó cuestionar la forma tradicional de tratamiento psiquiátrico, desde una mirada psicosocial de la clínica, retomando conceptos sociales y culturales que se distancian de una perspectiva que se ubica exclusivamente en el aspecto organicista de la salud mental. Se trata de un territorio que actualmente es atravesado por la economía, política y cultura, lo que implica que en su estudio se debe tomar en cuenta la intersección de estos elementos (Hernández Lara, 2008). Dentro de esta mirada social, el aspecto de la patología mental, no es central y en todo caso, se propone cuestionarla. De ahí que en la población estudiada se analice la conformación de nuevas subjetividades encaminadas a

romper con la interiorización de una identidad institucional y de una lógica manicomial.

Los métodos cualitativos representan una herramienta de suma utilidad en este tipo de estudios, volviéndose una invitación a reflexionar y repensar los diferentes fenómenos sociales que atraviesan la salud/enfermedad mental (Martínez-Hernández, 2008). Entonces, este método se torna parte de un acercamiento a profundidad de las subjetividades, procesos y narrativas de los grupos, movimientos y personas involucradas; que permite ver su relación con las instituciones y el estado actual de algunos discursos clínicos oficiales en México (Hernández-Lara, 2008).

El presente estudio desde un inicio, planteó la aplicación de estos métodos, contemplando inicialmente a la etnografía como estrategia de observación. No obstante, al no contarse con los recursos necesarios para llevarla al cabo, se optó por un análisis de contenido de una selección de audios de la radio *Vilardevoz*, que constituye una de las primeras puestas en práctica de una forma de intervención alternativa.

Se pensó en la radio *Vilardevoz*, debido a que al ser una de las primeras denominadas “radios locas” contaba con una extensa experiencia; sin embargo, al adentrarse en el estudio, se observó que sus miembros no se consideran como una radio, al menos no

únicamente, sino como un dispositivo; un proyecto de comunicación y de producción de acontecimientos, que funciona dentro de un hospital psiquiátrico del Uruguay desde hace 18 años.

A través del análisis de los audios, fue posible alcanzar los objetivos planteados, permitiéndome conocer la experiencia de esta radio y su historia; además de tener la oportunidad de entrar en contacto con el colectivo que aceptó ser parte del estudio.

A lo largo del documento que se presenta, se han relacionado algunos aspectos de la identidad en personas con un diagnóstico psiquiátrico, concibiendo al sujeto desplazarse entre una identidad y otra: antes de la internación o diagnóstico psiquiátrico, la persona se concebía a sí misma de una manera determinada; sin embargo, una vez internado en una institución psiquiátrica, esa identidad personal es sustituida por una institucional, fenómeno descrito por Goffman en 1961 y relacionado generalmente con la idea de enfermedad, situación considerada en un terreno individual, “que se manifiesta, evoluciona y acaba en el interior de límites corporales y psicológicos de la persona” (Carrino, 1975, pp.197-198). Ello obliga a asumir nuevos valores y a despojarse de pertenencias simbólicas para adaptarse a un orden institucional.

Dentro de los resultados de la investigación, se identificaron narraciones de este proceso donde los roles de los internos son

llevados por formas de adaptación a estas instituciones, mediante un proceso de despersonalización, llevada a cabo por múltiples herramientas de las instituciones -culturales, de contención y de tratamiento-, que pueden llevar al interno a sufrir un proceso de colonización o institucionalización por el cual el pequeño mundo de la institución total se convertirá en el único universo significativo, pues el exterior pasará a convertirse simbólicamente, para el sujeto, en un espacio de peligro y amenaza (Martínez Hernández, 2013).

Comúnmente, este momento ha sido nombrado como “crisis de identidad” que constituye una desviación de la norma, donde por medio de las instituciones, se crea una nueva identidad que enmarca al sujeto en una categoría propia de dicha institución, entrando en una situación de pasividad forzada debido a que se ve obligado a delegar a otros la gestión de su propia persona (Carrino, 1975).

Michel Foucault (1966) veía en esta institucionalización, sobre todo, un componente moral en la gestión de la vida de los individuos, administrando “las relaciones físicas y morales de los individuos” (p.138), que permite a la medicina tomar la posición de normativa que le concede autorizar y dar consejos de vida.

Así, para este autor es dentro de este saber médico que el sufrimiento vivido obtiene su pleno estatuto de enfermedad, que hasta el siglo XX será una nomenclatura del ámbito específico del médico,

pasando a partir de este siglo a ser también una “mercantilización de los estados de ánimo” (Martínez-Hernández, 2006), debido a que otros factores e instituciones, principalmente la industria farmacéutica, han hecho uso de la enfermedad y el sufrimiento de las personas como un negocio sumamente lucrativo.

Para el saber médico, la enfermedad no es sólo un sufrimiento particular e individualmente vivido, sino también un conjunto de reglas administrativas, jurídicas, referencias intelectuales y afectivas socialmente establecidas. Entonces, el sujeto “enfermo” pasa de ser una persona específica a un personaje estereotipado (Carrino, 1975), determinado por el conjunto de codificaciones sociales, perdiendo su individualidad.

Por ende, en la existencia de esta identidad como enfermo es determinante la función de las instituciones sanitarias, aunque la familia también juega un papel muy importante, “ya que en ellas el hombre encuentra la ayuda que eventualmente le es necesaria, pero también una gestión particular de su persona y un saber que le transforman temporal o definitivamente en enfermo” (Carrino, 1975, p.203).

Sin embargo, a lo largo de este estudio se ha observado cómo esta identidad institucional puede desmoronarse o al menos ser cuestionada, siendo uno de los principales hallazgos la identificación

de un tipo de identidad colectiva dentro de radio *Vilardevoz*, la cual intenta alejarse de los parámetros marcados de la salud mental, considerándose más dentro de otros conceptos, como participantes o locos, lo que los lleva a vincularse con un mayor amplio sector de la sociedad, con una amplitud de demandas y una multiplicidad de trabajo comunitario, de comunicación y de visibilización.

Aunque generalmente este es un proceso lleno de dificultades y para nada sencillo debido a las tecnologías en las que esta identidad institucional se ve reforzada, como las medidas de contención, de coerción, despojo de la autonomía y el estigma. No obstante, dado que la persona afectada difícilmente entra de forma puramente pasiva en este modelo institucional y socialmente impuesto, siendo que no se le puede atribuir un rol de enfermo total a la persona ni tampoco el de una pasividad total, existe la posibilidad de asumir formas de resistencia, una suerte de impasividad reintegrada, adquiriendo herramientas para reconstituir una identidad que se separe de ese rol de enfermo, incluso haciendo posible construirse como un acto de salud, en el desarrollo de una micropolítica (Amarante y Olivera, 2007).

Esta micropolítica, se lleva a cabo también como una infrapolítica en cuanto va configurando un discurso oculto (Scott, 2000) debido a que se va formando al margen de las instituciones, no precisamente fuera de ellas, sino de manera clandestina. Conformándose a partir de que

estas identidades “sometidas” comienzan a identificarse mutuamente, rompiendo el esquema aislado de la enfermedad.

Dentro del colectivo estudiado, este proceso de infrapolítica y configuración de un discurso oculto no ha podido ser observado, debido a que estos procesos de ocultamiento se han configurado, posiblemente, en el principio del proyecto, cuando aún no salían al aire y se iba construyendo el proyecto de Vilardevoz como espacio social autónomo que forma patrones de resistencia, llevados al mantenimiento de un discurso abierto. Considerando que “los espacios sociales del discurso oculto son aquellos lugares donde ya no es necesario callarse las réplicas, reprimir la cólera, morderse la lengua y donde, fuera de las relaciones de dominación, se puede hablar con vehemencia” (Scott, 2000, p.149).

En el imaginario, cuando uno nombra una radio hecha por pacientes con experiencia psiquiátrica o una “radio loca”, se crea una idea vinculada al morbo, a lo caótico, a la desorganización, la incoherencia, la ambigüedad o cualquier otra característica relacionada con los síntomas de una enfermedad mental. Este imaginario dificulta considerar la capacidad organizativa de las personas afectadas por un diagnóstico psiquiátrico, diagnóstico que “es vivido en tanto amenaza a la subjetividad, al propio saber, y la reacción es de oposición y resistencia a la imposición verticalista y a sus consecuencias estigmatizantes” (Correa Urquiza, 2009, p.168),

subsistiendo saberes que se configuran como construcción de conocimiento alrededor de la pretendida locura.

A este respecto, una interrogante aparecía constantemente en el estudio, sobre si esta nueva identidad que se desarrollaba no sería acaso igualmente impuesta, solo que esta vez no por un dispositivo hegemónico sino como una alternativa a esta hegemonía. Esta interrogante era una continua reflexión con mi directora, ¿será que en estos espacios se les despoja de la categorización de enfermos para insertarles la categoría de locos, funcionando con esto un mismo dispositivo de imposición externa de identidad?

A través de estos materiales, se pudo observar que no es posible aclarar si la categoría de loco fue atribuida por los coordinadores o por los propios participantes que así se nombren, debido a que se retoma una categoría cultural. Los coordinadores utilizan el término participantes, el cual tienen bien delimitado pero en los participantes existe un juego en la categoría de loco, donde entran y salen a placer o conveniencia, a veces como reivindicación y otras, como denuncia.

Al respecto, Goffman en su estudio sobre los internados en 1970, mencionaba que existen mecanismos que funcionan en los sujetos internados a los que nombra como “ajustes primarios” y “ajustes secundarios”. Los ajustes primarios pueden percibirse en el sujeto cooperador, que es lo que la institución le ha preparado a ser. “Los

ajustes secundarios –por otra parte- representan vías por las que el individuo se aparta del rol y del ser que la institución daba por sentados a su respecto” (p.190) llevando a que los individuos utilicen cualquier medio, incluida la manipulación, la resistencia o la rebelión, para “salirse con la suya”.

Aunque la existencia de estos mecanismos en los participantes de Vilardevoz, como un ajuste secundario de sus integrantes, es probable; desde mi percepción también es parte de la adquisición de un posicionamiento: el cambio enunciativo de una categoría, que da fuerza y una identidad que se confronta con un orden específico de intervención y una lógica manicomial; lo que permite adquirir un posicionamiento, que, identifico como una “identidad disidente”, debido a que establece esta confrontación.

Siguiendo esta línea, uno de los coordinadores del proyecto menciona que en el espacio de *Vilardevoz*, no han sido ingenuos en “pensar que los pacientes demandan la construcción de una radio” (Jiménez, 2000, p.5). Esta demanda en todo caso, se ha construido colectivamente junto con el equipo técnico (psicólogos) y colaboradores a lo largo del proceso. Construyendo, continuamente, un proceso dialógico, entre estos actores, para que no exista una verdad única y acabada, siendo la del funcionario de la institución o del profesional de la salud mental la que comúnmente se impone, “sino que –*considerar que*- la realidad es compleja, en ella coexisten

como válidas una diversidad de posturas y formas de actuar” (Jiménez, 2000, p.5).

Por lo tanto, también se tiene que tener claro que esta condición de participante no siempre se mantiene en ese estado de disidencia y para el colectivo de Vilardevoz “lo importante es que el trabajo sostenido en el tiempo se produzca a partir del propio deseo del participante, y no a partir de normas disciplinarias” (Jiménez, 2000, p. 4). Procurando que para que emerja el deseo de los participantes, se debe de llevar conjuntamente, un proceso de rompimiento con la estructuración vertical de los vínculos, que da lugar a sostener, en los miembros, un deseo alienado. Este proceso se lleva a cabo quitando el lugar de control al coordinador, lugar de control que concentra y produce poder, logrando esto por medio de “la circulación de la palabra, y con ella la del saber, y con éste la del poder” (p. 4). En estos espacios sociales se recupera la posibilidad del encuentro, “de una revalorización del yo y de la aceptación de la diferencia como tema silencioso y activo” (Correa Urquiza, 2009, p.263).

El proceso de esta deconstrucción de la identidad de enfermo, implica que las personas vuelvan a confiar en sus propios cuestionamientos después de que ha pasado tiempo en que éstas no han sido consideradas, “después de años bajo construcciones pacientes, pasivas, nacidas al amparo de una interpretación a normalizarse en tanto requisito para ser autorizado el estar en sociedad” (Correa

Urquiza, 2009, p.213). Esta deconstrucción del sujeto enfermo y construcción de una identidad que disienta de esta concepción se lleva en acciones y no sólo a nivel de las significaciones sociales imaginarias, sino también en prácticas concretas y acontecimientos, como lo son las radios locas en sí mismas, reconstruyendo un lazo social que se había perdido.

Estos espacios y territorios ganados, que habilitan la diferencia y construyen comunidad, van integrando un discurso abierto a la par de una identidad en común que lo sostiene, donde es posible reconocer en qué medida sus reclamos, sus sueños y su cólera son compartidos por otras subjetividades en contextos similares (Scott,2000). No se trata de un espacio articulado o regulado por las administraciones e instituciones de manera de contención o control de los excluidos, sino que “es un espacio conquistado, robado, un espacio de relaciones horizontales, simétricas, no gobernado por imposiciones externas y que lleva la capacidad de autogestionarse, de autodesarrollarse, un espacio que se predispone al acontecimiento” (Correa Urquiza, 2009, p.295).

En la presente investigación, se observó uno de estos espacios de escucha social y de enunciación colectiva -radio Viladervoz- cuya función como medio de comunicación le da la oportunidad de erigir y transmitir un discurso que conforma y refuerza una identidad, abre el campo para la vinculación con otros movimientos, actores sociales, y

sectores de la sociedad. Vinculación que transporta comúnmente a solidarizarse con otras luchas desde una posición de subjetividades disconformes lo que lleva a también tener demandas específicas y campos de acción propios, vinculación que genera una participación fuera de espacios asignados y abriéndose campo en sectores de la sociedad.

A lo largo del trabajo, fui separando tres aspectos fundamentales, encontrados en el material de la radio en la construcción de identidad; la vinculación, la participación y el encuentro.

En cuanto a la **vinculación**, se ha encontrado que éste es un aspecto muy importante para los integrantes de la radio, teniendo siempre invitados o asistentes externos en sus salidas al aire y muchos de estos invitados comparten posiciones críticas, contextos o condiciones similares, debido a que como menciona Scott (2000): “al sufrir las mismas humillaciones o, peor aún, al estar sujetos a los mismos términos de subordinación, todos tienen un interés común en crear un discurso de la dignidad, de la negación y de la justicia” (p.144).

Esta vinculación se va tejiendo a partir de la construcción de esta nueva identidad, pero a su vez, la nueva identidad se va fortaleciendo con los nexos y lazos que se van creando en el proceso, ligándose

con otras personas, grupos o movimientos con cosas en común y donde se asumen y aceptan las diferencias.

Un aspecto de gran relevancia para el mantenimiento de esta vinculación social del proyecto, es la actividad como medio de comunicación, como una radio comunitaria, asociada a la Asociación Mundial de Radios Comunitarias (AMARC) lo que la une con otras radios comunitarias con acciones diferentes en otros territorios. Un ejemplo de ello es un encuentro en México con una radio local, de este territorio, coincidiendo con la implementación, en ese momento, de una reforma a la ley de telecomunicaciones del 2013 en el país, reforma que criminaliza a las radios comunitarias (AMARC-México, 2014; García, 2013), situación por la cual los participantes de *Vilardevoz* tomaron postura y exigieron, en la salida al aire de su visita, el cese a esta criminalización por la cual estaban muy indignados, ya que el colectivo de *Vilardevoz* participó en las discusiones y propuestas para una ley que integrara a las radios comunitarias en el Uruguay.

Son estos posicionamientos propios y nexos los que ayudan a conformar a *Vilardevoz* como parte de un movimiento social en crecimiento, que ocupa espacios públicos, transforma lugares de paso en lugares de encuentro, subvirtiendo funcionamientos habituales y usos establecidos (Ibáñez, 2014).

Un lugar que ha tomado mucha relevancia para la conexión y fortalecimiento de redes de comunicación entre *Vilardevoz* y otros movimientos, sectores y diferentes proyectos alternativos a la lógica manicomial, ha sido el internet, por medio de su sitio web y las redes sociales, en las cuales su identidad colectiva se amplifica, sirviendo también como medio de solidaridad y de denuncia, donde va surgiendo y autoinstituyéndose un sujeto político, en el seno de las movilizaciones, que se organizan, conversan y elaboran colectivamente un discurso político propio (Ibáñez, 2014).

Gran parte de autores críticos a las disciplinas psiquiátricas, se enfocan en un tipo de modelo (asilar) que en la actualidad ya no opera de la misma manera; mas no así, una lógica de exclusión, segregación y marginación, que aún acompaña estos modelos y disciplinas, nombrada como lógica manicomial que predomina en la realidad psiquiátrica, para Bassaglia(1972) es debido a que dentro de esta realidad que se decidió "que el enfermo mental era un enfermo incomprensible y, como tal, peligroso y de reacciones imprevisibles, dejándole como única posibilidad la muerte civil" (p.46).

Dentro del estudio, se observó que uno de los ejes de acción, conexión y movilización del colectivo, que cobra una vital relevancia, es una respuesta común hacia esta lógica, ya que el mismo colectivo se considera como una alternativa a lo manicomial, impulsando el rompimiento con dispositivos institucionales usados como máquina

asilar, que Foucault (2005) describe como “el encuadramiento disciplinario ininterrumpido, la disimetría de poder inherente a este dispositivo, el juego de la necesidad y la fijación estatutaria de una identidad administrativa reconocida por un lenguaje de verdad” (p.191), no siendo esta verdad la de la locura que hable en su propio nombre, teniendo como fórmula clásica que entre el médico y el paciente la verdad nunca está en juego, operación cumplida de la verdad, aquella donde el enfermo se haya reconocido en esa identidad administrativa, “es el enunciado de una locura que acepta reconocerse en primera persona en una realidad administrativa u médica determinada, constituida por el poder asilar” (p.191).

El eje de acción tomado por el colectivo para contrarrestar una lógica manicomial va más allá del hospital psiquiátrico como estructura arquitectónica, sino en una forma de relacionarse, de trato, de aquello que se extiende por el tejido social como una naturalización de la máquina asilar “de exclusión, como patologización y atribución de peligrosidad de la locura, quitando autonomía al loco, [...] aspectos que acaban configurando una vigilancia y un gobierno psiquiátrico sobre la vida, los cuerpos y la conducta de todos y de cada uno”²⁷ (Filho y Lemos, 2012, p. 55), lo que aboga por una deconstrucción de

²⁷ Traducción propia: “da exclusão, como patologização e atribuição de periculosidade à loucura, confisco da autonomia do louco [...] aspectos que acabam configurando uma vigilância e um governo psiquiátrico sobre a vida, os corpos e a conduta de todos e de cada um.”

un orden manicomial y gobernabilidad psiquiátrica en la sociedad, construyendo espacios de un abordaje social y comunitario de la locura “que contribuya en la recuperación del control por parte del sujeto de su propio proceso de vida” (Correa-Urquiza, 2009, p.105), que lleva a des-nombrar las identidades de enfermedad y de la lógica del diagnóstico.

Otro aspecto relevante que se encontró en el desarrollo de una identidad, es la **participación social**, teniendo que además de la solidaridad que se teje con otros colectivos o movimientos, sean similares, como lo son otras radios locas o respecto de situaciones concretas como lo es la lucha de las mujeres y contra los feminicidios o la desaparición de los estudiantes en Ayotzinapa, en México. *Vilardevoz* plantea involucrarse con lo que de alguna manera, sale del marco del hospital, como lo fue la lucha por el establecimiento de radios comunitarias y actualmente, su lucha por una nueva ley de salud mental que integre su opinión y sus demandas.

Esta propuesta de ley que están impulsando desde el colectivo de *Vilardevoz* en conjunto con otras organizaciones sociales, retoma en gran medida la experiencia italiana, con la ley 180 de 1978, conocida comúnmente como ley Bassaglia, debido a que Franco Bassaglia fue su principal impulsor. Esta ley establece el cierre de los manicomios y la creación de una red comunitaria de atención a la salud mental. Este proceso de desmanicomialización, de gran relevancia y

ampliamente conocido, transitó por diversas experiencias de reformas a la atención y fue acompañada de procesos de transformación social y política (De León, 2015).

Retomando a James Scott (2000), esta es una puesta en práctica de la manifestación pública del discurso oculto, ahora abierto, ocupando cada vez más espacios sociales, lo que lleva a adquirir y buscar las herramientas necesarias para construir y defender los espacios ganados.

Esta campaña involucra transitar por espacios sociales y jurídicos, a partir de documentos establecidos internacionalmente, producto de una trayectoria de lucha y modificación de escenarios, como lo es la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y la Convención Internacional de los Derechos Humanos para las Personas con Discapacidad de 2006.

Esta Convención de la ONU fue ratificada por Uruguay en 2008 y en México en el 2007, dentro de la cual se reconoce fundamentalmente la capacidad jurídica de las personas con discapacidad. La propuesta de ley de salud mental, para Uruguay se apoya en esta convención para producir una descomposición de las lógicas manicomiales, planteando un cierre definitivo de los hospitales monovalentes para el

2020, el establecimiento de un órgano consultor interdisciplinario y una atención comunitaria (De León, 2015)²⁸.

En uno de los apartados del estudio, se recogieron las reflexiones de los radios sobre estas prácticas jurídicas y su participación, siendo que Argentina y Brasil han llevado procesos similares de reforma de ley; pero dentro de estas reflexiones se consideró que no es que se decreta una transformación social a través de un acto legal, ni se instituya una nueva sensibilidad social a partir de una ley. Puede ser que primero sea el cambio de prácticas lo que fuerce el cambio de ley, ya que es necesario trabajar en varios puntos más allá del ámbito jurídico para modificar el tratamiento social de la locura, sin que eso deje de contemplar la lucha por los derechos o buscar humanizar cualquier tipo de prácticas (Filho y Lemos, 2012).

Sin embargo, un punto a contemplar, y que no se había retomado en el trabajo, es el concepto de “Gubernamentalidad” de Foucault (2006) al cual define como:

un conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica,

²⁸ En México, existe un Programa Nacional de Salud Mental, aún no aplicado, denominado Modelo Hidalgo, el cual integra, a partir de un ejercicio desarrollado en la comunidad psiquiátrica “Dr. Villa de Ocaranza” en el estado de Hidalgo en el 2001, diversas estrategias que sustituyan el modelo asilar, y que contempla el cierre de los manicomios. Este programa también recoge aportaciones de la ley 180 italiana (CONSAME, 2013).

aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad (Foucault, 2006, p.136).

En la misma línea, Robert Castel (2009) consideraba a la psiquiatría como una ciencia política que responde a un problema de gobierno de administración de la locura. En este mismo sentido, Oliver Hernández Lara (2008) concibe que la psiquiatría construye enfermos mentales; al igual que el derecho, ciudadanos, y “con la ciudadanía nace una nueva forma de administrar a la población a partir de un estatuto que supone derechos y obligaciones” (p.11). De manera similar, con la enfermedad mental “la administración de la locura se hace posible debido a que entra en relación con una ciencia que la desmenuza en signos y síntomas” (p. 11).

Así, el punto central al respecto de la gubernamentalidad es percibir cómo esta forma de gobierno de lo social, en cuanto al papel de la psiquiatría como mecanismo de Estado, “consisten en que hace gobernable a la locura afiliándola a partir de criterios médicos cuyas premisas van cambiando históricamente” (Hernández Lara, 2008, p.13), lo que es observable en un análisis de las políticas públicas en salud mental y la forma en cómo se materializa una gubernamentalidad tanto al nivel estatal como a nivel de la práctica de la psiquiatría o la salud mental, en los reajustes que realizan los

diferentes dispositivos para recuperar su dominio, llevando a cabo una metamorfosis; “un cambio en el cual las permanencias del anterior esquema de dominación son prácticamente nulas” (p.32). Dando paso a una nueva gubernamentalidad como dispositivo normalizante.

En su trabajo “El orden psiquiátrico” de 1977, Robert Castel desglosa, a partir de un sistema de datos, determinados elementos que integran una política de salud mental:

(1) un código teórico a partir del cual se sustenta científicamente la intervención psiquiátrica planteando la necesidad de profesionales determinados en ello; (2) una tecnología de intervención, terapias y la clase de relación médico-paciente que fomentan así como la organización espacial necesaria; (3) un dispositivo institucional; la configuración de un orden institucional a partir de disposiciones que montan relaciones de fuerza en el espacio delimitado por la institución; (4) cuerpo de profesionales que el dispositivo institucional supone; (5) el estatuto de usuario, el cual puede ser analizado tanto a partir de regulaciones bioéticas y declaraciones de derechos humanos, como a partir de las conceptualizaciones propias de la ciencia psiquiátrica y del saber médico (Hernández Lara, 2008, pp.21-22).

Se ha observado que los actores que comúnmente han tenido poca influencia en la configuración de políticas de salud mental son: 1.- su población objetivo y 2.- los mismos operarios de la política de salud mental, “quienes en muy escasas ocasiones tienen la posibilidad de decidir la manera en que su profesión y la forma de intervención que ésta supone debe ser llevada a cabo” (Hernández Lara, 2008, p.18).

Como se señaló en el marco teórico, existe un estigma reforzado institucionalmente en los mismos profesionales de la atención en salud mental que no dista en mucho a los imaginarios sociales contruidos alrededor de la enfermedad mental o la locura, siendo productores y consumidores de relaciones y discursos de discriminación; dado que a través de este proceso de gubernamentalidad, el Estado establece técnicas, estructuras y perfiles profesionales idóneos. Dentro de los elementos mencionados por Castel, que han determinado las políticas de salud, los últimos dos puntos: el cuerpo de profesionales y el estatuto de usuario, “tienen que ver con dos repertorios de subjetividad que se superponen mutuamente” (Hernández Lara, 2008, p.25) estableciéndose sujetos específicos así como órdenes sociales.

El anterior análisis refleja un aspecto que continuamente me fui planteando y que fui reflexionando durante el estudio. Éste es un cuestionamiento ético sobre el papel que desempeñamos dentro de la salud mental, como psicólogos y la reproducción de estas formas de

gubernamentalidad y reproducción de saberes. De ahí que adquirió mucho sentido el planteamiento, reflexión y experiencia social de *Vilardevoz* sobre el campo de transformación, que va más allá de una reforma jurídica, siendo necesaria una transformación de una sensibilidad social que incluye necesariamente a psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas y aquellos relacionados a la atención de la salud mental, transformando prácticas, aparatos administrativos y creencias del imaginario social.

Se trata en gran medida, de realizar un trabajo de deconstrucción no sólo del rol en tanto paciente o enfermo, sino también del que está en la posición de profesionista y sobre todo, en una posición de poder frente al otro individuo; lo que lleva a poder cuestionar el carácter neutral de nuestras prácticas en un terreno que privilegia a la psiquiatría: “esto implica la crítica a los lugares y lógicas de poder hegemónicos, en este caso a la lógica manicomial y al poder médico-psiquiátrico, pero también requiere preguntarse „qué Psicología y para qué”.” (Baroni et al., 2012, p.19).

En este sentido, *Vilardevoz*, menciona que fue delineando los principales ejes de su propio devenir “con la implementación de un dispositivo de trabajo y una forma de intervenir [...] que pudieran acompañar los procesos de transformación formulados” (Baroni et al., 2012, p.19). Esta producción de un cambio en la estructura de la profesión, para Hernández Lara (2008), lleva a “una modificación

sustanciosa en la semántica del sistema enunciativo, supondría un cambio en el código teórico y en el cuerpo de profesionales, lo que replantearía la política de salud mental y supondría una nueva forma de gobernar” (p. 31).

Luciano Carrino (1975) afirmaba que la apuesta de transformación de una institución y lógica manicomial, es más que una respuesta racional, es una respuesta afectiva a la evidencia de opresión y violencia, a un continuo rechazo de la cristalización de nuestro que hacer, en un “nuevo modelo técnico [que] nos conduce, en primer lugar a poner en entre dicho [...] los dos polos de la contracción más inmediata del trabajo institucional: la identidad del enfermo y la identidad del que trata” (p.237). Lo que para *Vilardevoz* posibilita habilitar “las intervenciones desde otro lugar y en un entramado de tarea común” (Baroni et al., 2012, p.17), que en este proyecto es la construcción conjunta de un dispositivo de comunicación y el diseño de una clínica que se adecúe y acompañe un “trabajo orientado por una ética de la autonomía” (p.17), una clínica que opere sobre los acontecimientos, no sobre situaciones artificiales, que no inscriba a los sujetos dentro de las categorías sujeto-objeto, implicándose en un vínculo abierto a la multiplicidad que se produce en un encuentro.

El planteamiento que sostiene el proyecto de *Vilardevoz*, que involucra y contesta los aspectos mencionados, es la atención comunitaria de la salud mental como superación del manicomio; un

trabajo que no percibe como central el elemento de patología en tanto identidad, tomando en cuenta saberes emanados de la psiquiatría sin encuadrarse en ellos, así también lo llamados “saberes sometidos” (Foucault, 2005) o “saberes profanos” (Correa-Urquiza, 2009), involucrando las diversas formas posibles de una clínica más social, como lo es la clínica del acontecimiento.

Un último punto hallado dentro de los resultados que configuran una identidad es dentro de lo que conciben como el encuentro, aquello que produce movimiento y acontecimientos; y en este sentido afecta los cuerpos, “pero el acontecimiento es también inesperado, lo cual obliga a trabajar incorporando la incertidumbre, la imprevisibilidad [...] La estrategia va tomando sus sentidos y direcciones a partir del acontecimiento, requiere la invención momentánea de la intervención” (Baroni et al., 2012, p.17). Es en ese proceso que las identidades se fortalecen al igual que el lazo social y lo denominado como común, lo que potencia los deseos y lleva a materializar los sueños produciendo transformaciones.

Dentro de los alcances de este estudio fue posible observar, a partir de un análisis del contenido de las producciones de *Vilardevoz*, nuevas formas de intervención y acercamiento a la salud mental con la revaloración de las concepciones de la locura.

Estudios cualitativos en salud mental, que investiguen a profundidad y permitan un mayor acercamiento a nuevas formas de relacionarnos con la locura, incluyendo profesionales de la salud mental y sobre todo, con los sujetos atravesados por una experiencia psiquiátrica, que tome en cuenta a familiares quienes también son afectados. Esto podrá brindarnos un panorama más extenso, arrojando otras posibles formas de intervención y acercamiento en el mundo contemporáneo.

Consideraciones finales

Como cierre de este trabajo, más que una conclusión se plantea una invitación a profundizar sobre los temas y conceptos aquí vertidos: la locura y el estigma como formas de acercamiento a una experiencia que atraviesa a las personas. El primero, despoja de un terreno único de patología a los individuos con una experiencia psiquiátrica (Amarante y Olivera, 2007 y Baroni, et al. 2012) y dota de herramientas para conformar un proceso de resistencia al estigma (Correa-Urquiza, 2009 y Goffman, 1963), fenómeno que fue planteado como uno de los objetivos del estudio.

Este trabajo aporta una aproximación al proceso en términos de conformación de una identidad en el marco de la salud mental, a través de una mirada social y un método cualitativo, que fue llevado por el análisis de contenido discursivo de los audios y algunos documentos, como comunicados y notas periodísticas, producidos por el dispositivo de *Vilardevoz*. Estos productos permitieron el acercamiento a concepciones y prácticas en torno a la salud mental que incluye principalmente a aquellas personas que han tenido una experiencia psiquiátrica, autodenominándose locos o participantes.

A partir del análisis de un dispositivo que se posiciona como alternativa a la intervención clínica usual y como una estrategia de comunicación en la salud mental, se ha podido reflexionar que el

abordaje a lo concebido como locura involucra aspectos en múltiples terrenos; cultural, histórico, social, clínico, jurídico, ético y político.

Si bien, las radios locas, como radio *Vilardevoz*, no se han retomado como un modelo a seguir, sino como una experiencia y prácticas constantes de acercamiento a “la locura”, “los locos” y la salud mental; se cumple otro de los objetivos planteados en el estudio de este medio de comunicación como una forma de difusión y acción para enfrentar el estigma hacia la enfermedad mental y despatologizar identidades. De una práctica que ubica a la locura como un lugar de encuentro y como un acontecimiento válido para la enunciación de un sujeto político y social con demandas, derechos y propuestas específicas; siendo que este fenómeno, así como abarca múltiples disciplinas, también involucra a múltiples actores sociales.

Lo anterior es llevado en un abordaje comunitario, forma de trabajar que exige una implicación y compromiso por parte de los participantes del proyecto y la vinculación con sectores sociales por fuera del universo de la salud mental. *Vilardevoz* fue construyendo este sentido comunitario a través de la comunicación y el contacto directo como medio de comunicación con otras radios comunitarias y comunidades.

De esta manera, se ha dado en la actualidad, una explosión de “radios locas” por el mundo, siendo principalmente su funcionamiento

a través de internet lo que genera dinámicas particulares. Si bien expande su campo de transmisión, ya que podemos escuchar las transmisiones de una radio de Rusia como de cualquier parte de Latinoamérica, también estas dinámicas pueden limitar o dejar de lado las conexiones directas –cara a cara- que funcionaban antes del establecimiento del internet.

Ha sido importante también observar cómo los sujetos encuentran lugar dentro de estos espacios adquiriendo una identidad, que potencia el movimiento, la vinculación y la relación constante con otros grupos, configurando nuevos deseos, nuevas relaciones sociales, personales y grupales, que deconstruyen anteriores conceptos, que despatologizan, desarman y cuestionan el estigma alrededor de la salud mental a partir del simple hecho de hablar de ello, de establecer comunicaciones, conversaciones y relaciones, así como nuevas formas de ser y de estar, las cuales las posicionan como disidentes, a cuestionar una forma previa establecida.

Uno de los principales alcances de este estudio fue la apertura y difusión de un saber propio de la vivencia y afectación, un saber que no se desarrolla dentro de lo profesional, en sentido estricto, pero sí de producción de una verdad, de un sentir que al configurarse como un actuante, deja de ser un saber sometido, para volverse propio y abierto en busca de una autonomía, del cual ya no le es tan fácil

operar a un saber-poder, construido a partir de la lógica del encierro, que no prioriza, ni incluye, este saber sobre sí mismo.

Otro aporte del estudio es lo propio de ser llevado a cabo por una aproximación comprensiva a un tema que, aunque actualmente comienza a retomarse de esta forma, su dominio continúa siendo por métodos positivistas, que no dejan campo a la subjetividad y a las narraciones biográficas de los individuos.

Un elemento que surgió dentro del trabajo es lo que respecta a una posición ética de las prácticas como profesionistas de la salud mental, acompañando un proceso reflexivo que invita a repensar y replantear el tipo de intervenciones, relaciones y el acercamiento con el otro doliente, poseedor de un sufrimiento y hacia el cual se nos ha determinado cierto poder.

De las principales limitaciones del estudio fue el acercamiento a la población de estudio, su contexto social y geográfico específico, distancia que no permitió la visión general de la realidad de la población estudiada.

Un reto que debió enfrentarse fue la continua adaptación del método, dejando que la investigación, de cierta forma, guiase su propio método, lo que lleva a enfatizar algunos aspectos y a dejar de lado otros, lo cual podría ser considerado como un sesgo propio del estudio. Lo anterior deja abierta la posibilidad -que de cierta forma

deviene en exigencia- de otras investigaciones que profundicen en este campo, acompañadas de perspectivas críticas, estéticas o artísticas, contemplando tanto disensos como consensos al interior del grupo.

Dado que el cuestionamiento a las lógicas manicomiales, al poder psiquiátrico o a las formas hegemónicas actuales de intervención no bastan ni para el amplio estudio de la salud mental ni para su transformación, se propone contemplar distintas prácticas multidisciplinares que incluyan el saber del afectado en un intercambio de saberes, jurídicos, académicos, sociales o clínicos abriendo paso y creando mayores territorios y espacios de encuentro que propicien una multiplicidad de potencias.

Un proceso a considerar y una reflexión a futuro surge con respecto del impulso de la reforma a la ley de salud mental, de la cual *Vilardevoz* es parte. Dentro de esta ley se plantea en un mediano plazo el cierre de los manicomios en Uruguay -para el 2020- entonces ¿Qué pasaría con este proyecto, con esta radio, que funciona dentro de este espacio? Aunque esta desmanicomialización no plantea como tal el cierre de hospitales o dejar en la calle a los internos, se debe considerar los cambios, sobre todo en la forma que se lleva a cabo el proyecto de *Vilardevoz*, que implicaría la aplicación de esta nueva ley y si en el afuera de estos espacios se podría tener esta capacidad de reunión.

Junto con estos cuestionamientos, se ha reflexionado acerca de la instauración de una dinámica que sin despatologizar o despsiquiatrizar a la locura, pase a patologizar y psiquiatrizar un campo cada vez más amplio de la vida cotidiana y con esta psiquiatrización, una medicalización y mercantilización del cuidado de la salud, que Iván Illich (1975) denominó como iatrogenia, lo que lleva a pensar una expansión de la lógica manicomial.

Se observó que el modelo trabajado por *Vilardevoz*, contrarresta el Estigma público, que permea en la población alrededor del hospital, pero que es trabajado al integrar a esta población -en las interacciones personales con los vecinos, las familias, la imagen pública, con los profesionales de la salud mental- al abrir las puertas o al dejar salir las voces del hospital. Labor que como poseedores de un medio de comunicación del cual hacen uso para reducir esta discriminación estructural que los atraviesa, es difundida principalmente por los medios masivos de comunicación (Schulze y Angermeyer, 2005). De igual manera lo hace con el autoestigma que se introduce en los individuos diagnosticados con una patología mental, deconstruyendo estos elementos con prácticas que se desvinculan de los circuitos biomédicos y establecen procesos de autonomía (Correa-Urquiza, 2009).

Así se cumple el objetivo general del trabajo, identificando, en los procesos y prácticas de *Vilardevoz*, la existencia y diversas formas de

manifestación de identidades que, al romper con la configuración de una identidad de enfermedad ampliamente normada, se posicionan en un lugar de disidencia, subjetividades que al posicionarse y nombrarse dentro de un término cultural: locos, conforman una identidad disidente.

La observación de la puesta en práctica de una defensa de la autonomía individual en un proceso colectivo, cuando este proceso es comúnmente manejado de manera individual pero que denota un campo común más amplio. Es un proceso discursivo enfocado en lo individual que irrumpe en la comunidad y cuya resistencia se desarrolla en ambos aspectos lo individual y lo colectivo, público y privado. Propone una intervención comunitaria que ubica como comunidad a aquellos seres que no poseían comunidad, habiendo sido expulsados muchas veces de las mismas; pero que a partir de experiencias comunes, forman una comunidad propia, que intenta preservar la dimensión de la singularidad, de tonalidades propias que no se pierden en la heterogeneidad, que permite el encuentro y el contacto en la alteridad, que pone el cuerpo y genera cercanía en donde se establecía un desierto de lo afectivo, que se dibujan como líneas de fuga que escapan a la gran domesticación; en la conformación de una cartografía guiada por los conceptos de agenciamiento, acontecimiento, encuentro y deseo. Deseo no pensado como carencia, sino en la relación con el otro, como

potencia que se multiplica en la proximidad, conceptos que son marcados simultáneamente como puertos de salida y llegada, pero también como parte del paisaje recorrido dentro de la cartografía.

Referencias

- Amarante, Paulo y Olivera, Alfredo. (Noviembre, 2007) Lucha Antimanicomial: Transformación de saberes, discursos y Prácticas. Trabajo presentado en el VI Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos en Buenos Aires, Argentina, organizado por la Asociación de Madres de Plaza de Mayo.
- Arquero peligro (9 de Abril de 2015) Entrevista por lo acontecido en la Colonia Etchepare. [transcripción de audio] Recuperado de <https://www.facebook.com/notes/radio%ADvilardevoz/entrevista%ADpor%ADlo%ADAcontecido%ADen%ADla%ADcolonia%ADetchepare%ADprograma%ADarquero%ADpeligro%AD94/885166421554704>
- Asociación Mundial de Radios Comunitarias (AMARC) México (13 octubre 2014) Comunicado: Radios Comunitarias, Indígenas y Productores Independientes promueven amparos contra #LeyTelecom [Noticia de un blog]. Recuperado de [http://www.amarcMexico.org/index.php/component/k2/item/306-comunicado-radios-comunitarias-ind%C3%ADgenas-y-productores-independientes-promueven-amparos-contra-](http://www.amarcMexico.org/index.php/component/k2/item/306-comunicado-radios-comunitarias-ind%C3%ADgenas-y-productores-independientes-promueven-amparos-contra-Baroni,%20C.,%20Jim%C3%A9nez,%20A.,%20Mello,%20S.%20y%20Vi%C3%B1ar,%20M.%20(2012)%20Extensionando%20con%20locura%20Vilardevoz:%20Una%20experiencia%20de%20comunicaci%C3%B3n%20participativa.%20Recuperado%20de%20https://www.academia.edu/2065637/Extensionando_con_locura.%20RADIO_VILARDEVOZ_UNA_EXPERIENCIA_DE_COMUNICACION_PARTICIPATIVA)
- Baroni, C., Jiménez, A., Mello, S. y Viñar, M. (2012) Extensionando con locura Vilardevoz: Una experiencia de comunicación participativa. Recuperado de https://www.academia.edu/2065637/Extensionando_con_locura.%20RADIO_VILARDEVOZ_UNA_EXPERIENCIA_DE_COMUNICACION_PARTICIPATIVA
- Basaglia, F. (1972) La institución negada, informe de un hospital psiquiátrico. Argentina: Barral editores.
- Berlinguer, G., (1977) *Psiquiatría y poder*. Granica. Barcelona.
- Biglia, B. & Bonet-Martí, J. (2009). *La construcción de narrativas como método de investigación psico-social. Prácticas de escritura compartida*. Recuperado de http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1225/2665#footnote_1

- Blais, L., (2002) Los movimientos sociales y la desinstitucionalización psiquiátrica. El movimiento de los psiquiatrizados y la política de salud mental comunitaria en Canadá: la experiencia de Ontario. Cuadernos de Trabajo Social (15), pp. 63-81.
- Carrino, Luciano (1975) Identidad, sanidad y psiquiatría. En Castel (Ed.) Psiquiatría y orden manicomial (pp. 197-240) Barcelona: Barral editores.
- Carvajal, A., (2001) Mujeres sin historia. Del hospital de La Canoa al Manicomio de La Castañeda. *Secuencia, Revista de historia y ciencias sociales* (51) 31-55
- Castel, Robert (2009) El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo. Buenos Aires: Nueva visón.
- Cooper, D., (1978) *¿Quiénes son los disidentes?* Pretextos. Barcelona
- Correa-Urquiza, M., (2011) Radio Nikosia, Topografías de una desobediencia. *Átopos. Salud mental, comunicación y cultura* (11) 104-108. Recuperado de http://www.atopos.es/pdf_11/104-108_Radio%20Nikosia_Topograf%C3%ADas%20de%20una%20desobediencia.pdf
- (2009). *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*. (Tesis doctoral. Universidad Rovira I Virgili: España. Recuperada de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8437/Tesi.pdf?sequence=1>
- Correa, M., Silva, T., Belloc, M. M. & Martínez, A. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia* (22) 47-69.
- Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) (2013) Estrategias Programa Sectorial de Salud. Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo Secretaría de Salud 2013-2018)

- Corrigan, P. W. & Watson, A. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- De León, Nelson (2015) Contextos socio históricos y procesos de reforma a la atención en salud mental. Boletín Topía, recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/contextos-socio-historicos-y-procesos-reforma-atencion-salud-mental>
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2000) (4ª ed.) *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Pre-textos, Valencia.
- Echeverría García, J., (2012) *Los locos de ayer, Enfermedad y desviación en el México antiguo*. Instituto Mexiquense de Cultura. México
- Evia, V., (2010) “*Porque necesito de vos para poner mi voz en el aire...*” *Etnografía en Radio Vilardevoz: representaciones sociales sobre la locura y prácticas de resistencia*. (tesis) Universidad de la República. Uruguay.
- Filho, K. P. y Lemos, F. C. S. (2012) Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. Contemporânea – *Revista de sociología da UFSCar*. Sao Carlos, 2(1): 45-63.)
- Foucault, Michel (2005) (3ª reimp) *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica: Buenos Aires.
- (2006) *Seguridad, territorio, población*. Fondo de Cultura Económica. México
- (1966) (22ª reimp.) *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI editores: México.
- (1976) *Historia de la locura en la época clásica I*. En Fondo de Cultura Económica (2ª Ed.) México (original 1964)
- García Martínez, Anayeli (05 de abril de 2013) *Reforma a Telecomunicaciones ¿Y las radios comunitarias?* (Noticia de un blog) Cimacnoticias, México. Recuperado de <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/62923>
- Goffman, E. (1963) (10ª reimp.) *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu (Ed.) Buenos Aires.

- Goffman, E. (1970) (2ª reimp) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu (Ed.) Buenos Aires.
- Hernández Lara, Oliver Gabriel (2008) *La metamorfosis de la política de salud mental en México*, Tesis de maestría, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Ibáñez, T. (2014). *Anarquismo es movimiento. Anarquismo, neoanarquismo y postanarquismo*. Barcelona: Virus ed.
- Ilich, Iván (1975) *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral. Barcelona.
- Jiménez, Andrés. (2000) *La máquina de hablar*. Trabajo presentado en V Jornadas de Psicología Universitaria. Tack. Montevideo. Recuperado de <https://produccionescritas.wordpress.com/2009/10/06/la-maquina-de-hablar-andres-jimenez-2000/>
- Jiménez, A. (2014) *Hermanando pueblos, acortando distancias, desafiando geografías*. 1er Encuentro Latinoamericano de Radios Locas [internet] (consultado el 10 de Septiembre de 2015) Disponible en: <http://www.psico.edu.uy/eventos/1erencuentrolatinoamericanod eradioslocas>
- Jiménez, A., Baroni, C., Giordano, M., Cresci, L., Planchesteiner, D., (2013) *Locos por la radio... 15 año de comunicación participativa*. En De León, N., (coord.) *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Ediciones Levy, Uruguay, pp. 165-179.
- Laplantine, F., (1979) *La etnopsiquiatría*. Barcelona: Gedisa.
- León Castro, H.M., (2005) *Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social*. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6(1), pp.3-14.
- Link, B., (1987) *Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection*. *American Sociological Review*, 52(1), pp. 92-112.
- Link, B., Cullen, F., Struening, E., Shrout, P. & Dohrenwend, B., (1989) *A modified labeling theory approach to mental disorders:*

- An empirical assessment. American Sociological Review*, 54(3), 400-423.
- Link, B. G. & Phelan, J.C., (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese, T. S., Asmussen, S., y Phelan, J. C., (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(1), 1621-1626.
- Martínez Hernández, A., (2008) *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martínez Hernández, A., (2006) La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política y sociedad*, 43 (3): 43-56.
- Martínez Hernández, A., (2013) Fuera de escena: La locura, lo obscuro y el sentido común. En Martínez Hernández, A., Masana & L., DiGiacomo, S. M., (eds) *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. 199-220
- Martínez Izaguirre, J. A., (2012) *Entre locura, loco y pedagogía. Una mirada reflexiva en torno a la anormalidad* (Tesis de licenciatura) Facultad de Estudios Superiores Aragón, UNAM
- Mora Ríos J., Natera G, Bautista Aguilar N, Ortega Ortega M. (2013). Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. En: Flores F (Coord.). *Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género* (pp. 45-80) México: CRIM-UNAM.
- Mora Ríos J., Natera G, Bautista Aguilar N, Ortega Ortega M. (2015) Subjective Experience and Resources for Coping With Stigma in People With a Diagnosis of Schizophrenia: An Intersectional Approach. *Qual Health Res* 26(5):697-711.
- Morales Ramírez F.J, (2010) *La recepción de la antipsiquiatría en algunos sectores de la salud mental en México, 1970-1980*(Tesis de Maestría) Instituto Mora.

- Muñoz, M., Guillén, A.I., Pérez-Santos, E., (2013) La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial*; 10 (2): 10-19
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A. I., (2009) *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Ódena, D., (2007) Antipsiquiatría y comprensión de la enfermedad mental. En AA. VV. (UHP) *¡Uníos Hermanos Psiquiatrizados, en la guerra contra la mercancía!* Taller de investigaciones subversivas, España. 277-278
- Ortega Ortega, M. (2012) *Experiencias de estigma en personas con diagnóstico de esquizofrenia y epilepsia* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- OMS (2003) El contexto de la salud mental. Editores mexicanos S.A. (disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43723/1/8495076896_spa.pdf)
- (2001) Atlas. Recursos de Salud mental en el mundo. Guía de la OMS (Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66983/1/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1_spa.pdf)
- (2013) Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. OMS (Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)
- Pavón Cuellar, D., (2012) Nuestra psicología y su indignante complicidad con el sistema: doce motivos de indignación *Teoría y crítica de la psicología* (2) 202–209.
- Pedersen, D. (2005) Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6(1), pp.3-14.
- Radio Vilardevoz (2015) Nos estamos por recibir [video de internet] (consultado el 03 de Agosto de 2015) Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=f9AcNWT4TVs>

- Ríos Calva, R., (2011) *El concepto de enfermedad mental: dispositivo de poder y control social*. (Tesis de Licenciatura) Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autonomía de México
- Ríos Molina, A., (2009^a) *La locura durante la Revolución mexicana: Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*. El Colegio de México
- Ríos Molina, A., (2009^b) Un mesías, Ladrón y Paranoico en el manicomio la Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos. *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*. (37) 71-96
- Rivera Garza, C., (2001) Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930. *Secuencia, Revista de historia y ciencias sociales* (51) 56-89
- Rodríguez, J. J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (editores) (2009) Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, OMS (Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>)
- Sacristán, M. C., (2002) Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944. *Frenia, Revista de historia de la psiquiatría*, 2(2) 61-80.
- Sacristán, M. C., (2005) Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia, Revista de historia de la psiquiatría*. 5(1) 9-33
- Sacristán, M. C., (2009) La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia Nueva Época* 16(45) 163-188
- Scott, James. (2000) Los dominados y el arte de la resistencia. Ediciones Era. México.
- Schulze, B. & Angermeyer, M., (2003) Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenia patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2) 299-312.

- Szasz, T., (1976) *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu.
Buenos Aires
- Tajfel, H., (1984) *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona:
Herder.
- UyPress - Agencia Uruguay de Noticias (12 de octubre de 2014) El
antimanicomio por América latina “Se realizó la III Marcha por
la Salud Mental y Vida digna” publicada el 12 de octubre de
2014 en: http://www.uypress.net/uc_55243_1.html [Consultada
el 06 de Enero de 2016]
- Van Young, E., (2001) Estudio introductorio. Ascenso y caída de una
loca utopía. *Secuencia, Revista de historia y ciencias sociales*
(51), pp.11-29.

Apéndices

A. Comunicado de prensa

Radio Abierta-Radio Vilardevoz

18-julio-2014

Debemos entender, ciudadanos de Latinoamérica, *la importancia relevante de tomar conciencia individual y colectivamente para abordar en conjunto el riesgo y la problemática mundial de la salud mental producto de las distenciones agresivas que nos rodean y nos amenazan a todos.*

Luchamos porque el paciente psiquiátrico no sea menos ni más que otro de la sociedad.

Que tenga una atención integral para que nadie tenga sus derechos vulnerables, tanto en salud, en vivienda, en alimentación y en seguridad social.

Promovemos la participación de la familia para que no existan abandonos de las personas que puedan pasar por una problemática de la salud mental.

Luchamos por la creación de políticas públicas que atiendan la salud previniendo las violaciones a los derechos humanos que sabemos que existen y que son silenciados. Buscamos promover la conciencia sobre las capacidades y que estas puedan aportar mucho

a la sociedad en la que vivimos, y que además son ilimitadas.

Luchamos por la libertad de expresión y el derecho a la comunicación. Y les pedimos a los medios que hablen sobre nosotros sin etiquetas, estigmas y sin discriminación.

Promovemos que existan ajustes razonables en el ámbito laboral acorde a nuestras características específicas. Promovemos la autonomía a partir de posibilidades de inclusión en el mercado laboral que nos permita tener un sustento y una vida digna.

Reclamamos que surjan alternativas en atención a la salud mental. El proceso de sanación de las personas con experiencia psiquiátrica debe estar fundamentado en la integración a la sociedad.

Promovemos que existan dispositivos alternativos de intervención que generen comunicación y visibilicen la salud mental en la esfera pública. Todo esto será posible por medio de nuestras radios hermanas.

B. Comunicado Público ante los hechos ocurridos en la Colonia Etchepare

Montevideo, 31 de marzo de 2015.

Comunicado Público

Por este medio Radio Vilardevoz comunica su repudio por la muerte de un interno de Colonia Etchepare, Carlos Grecco el pasado miércoles 25 de marzo.

Hace años se viene denunciando desde diferentes organizaciones las condiciones de internación y tratamiento en distintos establecimientos de asistencia en Salud Mental de nuestro país. Si bien reconocemos que se han hecho algunos esfuerzos por cambiar estas condiciones, entendemos que los mismos no han sido suficientes y que urge una revisión general de los modelos y las prácticas en Salud Mental, que aún siguen sosteniendo políticas de encierro, abandono y exclusión social.

El fallo de la Jueza Viviana Granese, Juzgado Letrado de San José de 1er Turno intima, además de que se resuelva la situación de los perros abandonados en las Colonias, que se proceda a la redistribución de los pacientes que viven en los pabellones 24, 29, 30 de Etchepare “por encontrarse en situación de riesgo físico y mental y absolutamente vulnerados en sus derechos humanos”. Este fallo evidencia la problemática – que lejos de ser una situación puntual – plantea las condiciones de cuidado, atención y tratamiento que han

venido recibiendo las personas en situación de pobreza y con padecimiento mental.

Por estas razones, exigimos que se conforme una Comisión para instrumentar medidas a corto y mediano plazo, que mejoren las condiciones de vida de las personas que por diferentes razones padecen problemáticas en salud mental. La misma debería estar conformada por representantes de usuarios, familiares y organizaciones de la sociedad civil vinculados a la defensa de los derechos humanos y salud mental.

Que el Estado promueva un debate público en donde se visibilicen las problemáticas que existen así como las posibles soluciones y que sienten las bases para un nuevo Plan de Salud Mental y una nueva legislación que supere los obstáculos y resistencias que se han encontrado en otros momentos.

Desde nuestra práctica sabemos que hay alternativas a lo existente y nos comprometemos, como hace 17 años, a aportar a este proceso que consideramos debería ser una prioridad para seguir construyendo una sociedad más humana, justa y respetuosa de los derechos humanos. Ni una muerte más.

Colectivo de Radio Vilardevoz

“Todas las personas tienen derecho a una atención integral en salud física y mental, respetuosa de la persona para el lugar y la forma de

tratamiento en entorno favorable para su salud, bienestar, autoestima y dignidad. De acuerdo a estrategias de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación con integración a servicios comunitarios y de apoyo social con el fin de promover la vida independiente y la vida en comunidad". (Art. 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, 2008).

C. Ocho razones para una nueva ley de salud mental.

Razón N°1

Hoy en el Uruguay siguen habiendo manicomios (asilos, hospitales psiquiátricos, colonias, pensiones, casas de salud) que funcionan como depósitos para locos y pobres. Más allá de los espacios físicos, lo manicomial es una lógica que segrega y encierra aquello diferente.

Queremos una ley de salud mental que cierre esos lugares y abra espacios de salud en la comunidad.

Razón N°2

Hoy en el Uruguay tenemos un sistema de salud mental que sigue centrándose en la enfermedad con un enfoque biologicista, ignorando el sufrimiento, la capacidad y los recursos sanos de las personas. Esta lógica genera situaciones de maltrato para los usuarios que diariamente se ven afectados.

Queremos una ley de salud mental que haga énfasis en la prevención, promoción, buen trato, la contención y el acompañamiento y abordaje comunitario. Queremos una ley de salud mental en la que participen activamente los usuarios, junto a otros profesionales: psicólogos, abogados, trabajadores sociales, familias, comunidad garantizando los derechos de las personas.

Razón N°3

Hoy en el Uruguay el electroshock se sigue aplicando y se hace de forma indiscriminada. No con fundamentos terapéuticos, sino por cuestiones técnico administrativas. Es una acción terapéutica agresiva e invasiva que genera efectos secundarios graves en la salud integral de la persona. Impone y no reconoce la voluntad de la persona.

Queremos una ley de salud mental que elimine estas terapéuticas violatorias de los DDHH. y que en caso de ser aplicadas necesiten del control del órgano revisor.

Razón N°4

Hoy en Uruguay los denominados pacientes psiquiátricos de bajos recursos se encuentran vulnerados en los derechos humanos básicos. La pobreza, la calle, la indigencia profundizan y generan mayores dificultades para la integración social. La salud mental debe ser considerada de modo integral, siendo las condiciones materiales y físicas de existencia, fundamentales para cualquier proceso de atención y rehabilitación.

Queremos una ley de salud mental que facilite el acceso a los derechos universales, civiles y políticos de las personas con padecimiento psíquico. Vivienda, trabajo, educación, cultura con nuevas políticas intersectoriales e interinstitucionales que den respuesta a estas problemáticas.

Razón N° 5

Hoy en Uruguay son mínimas las oportunidades de inserción laboral para personas con padecimiento psíquico.

Queremos una ley que desarrolle políticas de inclusión laboral, que contemplen las capacidades de trabajo de las personas con padecimiento psíquico, promoviendo jornadas flexibles (4 a 6 horas), tareas y remuneración acorde. También entendemos importante fomentar las experiencias de autogestión, cooperativismo, que aportan al desarrollo de la economía social y a los procesos de rehabilitación e integración.

Razón N° 6

La situación de abandono en la que se ha dejado a la Salud Mental, también ha afectado el buen desempeño de los trabajadores, que sostienen y reproducen lógicas de encierro.

Queremos una ley de salud mental, con participación activa de los trabajadores, que incluya espacios de formación y cuidado, desde una perspectiva de derechos humanos.

Razón N° 7

Hoy en día los usuarios de salud mental no son tenidos en cuenta en el diseño de los procesos de atención y rehabilitación. El Estado debe garantizar y promover la participación de las personas con

padecimiento psíquico y usuarios de salud mental en el diseño, aplicación y seguimiento de las políticas en salud mental.

La participación es un pilar fundamental que profundiza la democratización de la salud y aporta a los procesos de construcción de ciudadanía.

Razón N° 8

Aún persisten imaginarios sociales que estigmatizan a los locos como peligrosos, delirantes, alienados, psicópatas.

Queremos una nueva ley de salud mental que instituya otros modos de nombrar la locura y que promueva políticas activas de educación, comunicación y cultura que cuestionen estos estigmas.

D. Hermanando pueblos, acortando distancias, desafiando geografías

En este octubre de 2014 Radio Vilardevoz y Radio Abierta se encuentran nuevamente y extienden el abrazo a toda América Latina.

En el marco del Proyecto “Salud Mental y Comunicación Participativa Dispositivos Alternativos para la Inclusión Social” financiado por el Fondo de Cooperación Internacional México-Uruguay (AUCIAMEXCID) podemos hoy estar realizando este 1er Encuentro Latinoamericano de Radios Locas.

Queremos que este sea una invitación y una incitación. Invitación a encontrarnos, compartir e intercambiar experiencias y una incitación a pensar nuestras prácticas como productoras de subjetividades del cambio.

En el eje de la llamada Salud Mental inscribiremos un espacio para albergar nuestras insistencias, para reflexionar nuestras acciones y para enunciar nuestras verdades.

Producir comunicación entre estos diversos proyectos que tienen como experiencia compartida el hecho de tomar, justamente a la comunicación como su elemento vehiculizador. La comunicación para la inclusión, la comunicación para la producción de puentes, la comunicación para la acción transformadora, en lo singular y en lo grupal, en lo colectivo y en lo social.

Radios que intentan ser espacios de producción de salud para quienes las habitan, para quienes las inventan día a día mientras las construyen.

Radios que también quieren ser espacios de libertad en la palabra, de liberación de la expresión de las ideas, de enriquecimiento mutuo en el encuentro con otros.

Intentaremos, en el abrazo fraterno, crear juntos una narrativa sobre lo que hacemos, cómo lo hacemos y para qué.

Cómo construimos nuestra ética colectiva, desde qué postulados producimos nuestras prácticas cotidianas, en intervención, en participación, en acción transformadora.

Más allá o más acá de las dimensiones sanitarias y sanitaristas que puede poseer una definición de salud mental, que nos remite a dicotomías tales como salud-enfermedad, técnicos-pacientes, equipos-usuarios, y más allá y acá de todos los equipamientos y producciones discursivas institucionales que tanto conocemos y que son parte de los dispositivos de salud tradicionales, se trata de una invitación a extender las fronteras del discurso sobre la salud mental, inscribiéndola en un campo de reflexión geopolítica, social y de producción de subjetividad.

Entender a la salud mental en su dimensión política tiene que ver con rescatarla de la patología individual y colocarla en el escenario de la producción social, de donde emana y a donde debemos remitirnos para comprenderla y abordarla.

Transversalizarla de sentidos políticos tiene que ver con dejarnos afectar en su dimensión de sufrimiento, y desde allí, a pensarla en términos de relaciones humanas, cargadas de derechos humanos vulnerados, de relaciones de sometimiento y abandono, de violencias institucionales.

Pero también lo político nos permite imprimirle la textura de la producción deseante, de la producción colectiva de máquinas de la alegría, de espacios de salud mental entendida como celebración del encuentro.

En otras palabras, trataremos de intercambiar sobre el cómo afectan nuestros dispositivos radiales en las diversas dimensiones que posee el eje de la salud mental. En lo que tiene que ver con transformaciones personales, con vencer obstáculos en lo individual, en lo familiar, y en lo que tiene que ver con transformar a nivel social y de políticas públicas.

En lo que hace a producciones de nuevos sentidos para la vida, a partir de lo comunitario como tramitador de la experiencia subjetiva-colectiva.

Finalmente, un encuentro para poder interrogarnos sobre las condiciones de producción de la salud mental en nuestros países, identificar si podemos, problemas que enfrentamos en común para que de ese modo se facilite la construcción conjunta de horizontes de lucha, de producción de subjetividades insurgentes.

Por Organización 1er Encuentro Latinoamericano de Radios Locas

Lic. Psic. Andrés Jiménez

E. Programa del encuentro

1er. Encuentro Latinoamericano de Radios Locas

Día y Hora:

Martes, 7 Octubre 2014 15:00 Sábado, 11 Octubre 2014 15:00

Lugar:

Facultad de Psicología. Udelar

Actividad Preparatorial 1er Encuentro Latinoamericano de Radios Locas

Martes 7 de octubre, de 15:00 a 18:00 hrs - Facultad de Psicología/Patio

Desembarco de Radios Locas

Invitados:

- Prof. Humberto Tomassino Prorectos de Extensión de la UdelaR
- Prof. Luis Leopold. Decano de la Facultad de Psicología
- Representante de AUCI
- Representante de la Embajada de México en Uruguay

Participan: Radio Vilardevoz (Uruguay), Podemos Volar (Costa Rica), Radio Abierta (México) y Colectivo Descosidos (Perú)

Actividades Abiertas en el marco del 1er Encuentro Latinoamericano de Radios Locas

Jueves 9 de octubre, de 15:00 a 18:00 hrs - Facultad de Psicología/Aula Magna

Mesa: Alternativas a lo Manicomial

Coordina: Psiq. Agustín Barúa

Participan de la mesa: La Colifata, Los Inestables, Vilardevoz, Podemos Volar, Radio Abierta y Colectivo Descosidos

- Viernes 10 de octubre, **12:30 hs. - III Marcha por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna.** Concentración de colectivos nucleados en Asamblea Instituyente y Marcha por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna En el marco del Encuentro de lucha antimanicomial se realiza, junto a diversos colectivos del campo de la Salud Mental, la 3era marcha Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna.

Convoca: Asamblea Instituyente Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna.

- Viernes 10 de octubre, de 15:00 a 18:00 hrs. - Facultad de Psicología/Aula Magna

Mesa: Presentación Radios Locas. Lógicas Emancipatorias y líneas de fuga. Lo colectivo como insurgente. El marco del Segundo Encuentro Antimanicomial

Coordina: Mag. Psic. Cecilia Baroni

Participan de la mesa: La Colifata, Los Inestables, Vilardevoz, Podemos Volar, Radio Abierta y Colectivo Descosidos

- Sábado 11 de octubre, de 9:30 a 14:

Transmisión conjunta de todas las radios en la Fonoplatea de Radio Vilardevoz

Millán 2515

Cierre del Encuentro con espectáculo artístico. Músicos Invitados: Milongas Extremas (A confirmar)

Moderadora: Mag. Psic. Cecilia Baroni

F. Mapa de Radios locas de Latinoamérica

Datos recuperados del seguimiento y escucha de las varias radios y de su descripción en sus sitios de internet hasta Abril del 2016.



Radio la Colifata (Buenos Aires- Argentina)

Creada el 3 de agosto de 1991, comúnmente conocida como LT 22 Radio "La Colifata". Fue la primer radio en el mundo en transmitir desde un neuropsiquiátrico "el Borda" llevada por los internos y ex internos del hospital en Buenos Aires, Argentina. Transmite los días sábados por una frecuencia propia para Buenos Aires, retransmitida por otras radios comunitarias, por internet y en sesión en vivo dentro del hospital.

<http://www.lacolifata.org/>

<https://www.facebook.com/radiolacolifata/?fref=ts>

Desate (Buenos Aires-Argentina)

En el 2010 se desarrolla esta propuesta radiofónica, llevada a cabo desde el Hospital Nacional Neuro-Psiquiátrico de Mujeres (Moyano). Este espacio comenzó haciendo programas de media hora, debiendo cambiar a solo 3 minutos con tres entregas semanales, para una mayor recepción, en diversas radios comunitarias y por internet.

<https://www.youtube.com/user/fmdesate>

<https://soundcloud.com/desate>

Radio los Inestables (Córdoba, Argentina)

Naciendo en 2010, dentro del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba, en Argentina. Radio Los Inestables es una radio alternativa, independiente e itinerante. Los Inestables graban sus programas los días martes a partir de las 15 hs en el patio del internado del hospital y estas producciones luego se retransmiten por seis emisoras comunitarias.

<https://www.facebook.com/Radio-Los-Inestables-102242799844032/?fref=ts>

<https://myspace.com/radiolosinestables>

La Chispa (Córdoba-Argentina)

Es un programa radial desde el 2012 donde se comparte lo realizado en el taller de Producción Radial de los talleres terapéuticos de "Abracadabra Creatividades" del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba Argentina, diferente de Radio los Inestables. Transmite por internet los miércoles de 19 a 20 hs y por la frecuencia 99.5 Mhz

<http://www.zumbalaturba.com.ar/>

<http://www.facebook.com/programa.lachispa?ref=ts>

<https://www.facebook.com/lachispaprograma/?fref=ts>

Radio Vilardevoz (Montevideo-Uruguay)

Desde 1997 se lleva realizando dentro del Hospital Psiquiátrico de Montevideo, siendo desde esa fecha una radio autogestionada por pacientes (y muchos im-pacientes), psicólogos y estudiantes de psicología, como proyecto comunicacional participativo de salud mental colectiva.

Transmite los sábados de 9 a 13hrs por antena (95.1 FM) por internet, retransmitida por otras radios comunitarias y en vivo en la fonoplatea abierta dentro del hospital.

<https://www.facebook.com/Radio-Vilardevoz-152357398168947/?fref=ts>

<http://www.vilardevoz.org/>

Radio Liberación (Chile)

Desde el 2015 se realiza este programa radial semanal desarrollado por usuarios del Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel. Es un proyecto terapéutico para las y los participantes del Centro Diurno de Rehabilitación, dependiente del Hospital Psiquiátrico. Su transmisión es por internet y la duración de sus programas es de una hora aproximadamente.

<https://www.facebook.com/radioliberalacion/info/>

<http://rlliberacion.blogspot.mx/2015/07/radio->

Radio diferencia (Valparaíso, Chile)

Surge en abril del año 2005, al interior del Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, cuando un grupo de usuarios decidió constituir una organización, esperando crear su propio medio de comunicación. Dando vida a la Agrupación de Usuarios de Hospitales Psiquiátricos por la Expresión Radiofónica, como lugar de encuentro y diálogo para favorecer el desarrollo de la persona a partir de su capacidad creadora

Transmite por internet.

<https://www.facebook.com/laradiodiferencia.agrupacion?fref=ts>

Radio Maluco Beleza (Brasil)

Desde septiembre de 2010 es realizada por Ponto de Cultura Maluco Beleza, de la Asociación Cornélia Vlieg, localizada en el Servicio de Salud Dr. Cândido Ferreira. Transmite por internet tiene 26 programas algunos semanales otros quincenales, con duración de entre 30 minutos a una hora.

<http://www.radiomalucobeza.org.br/component/radioonline/shows>

<https://www.facebook.com/R%C3%A1dio-Maluco-Beleza-206718939398874/?fref=ts>

Podemos Volar (Costa Rica)

Iniciando en febrero de 2010 en el Hospital Nacional Psiquiátrico, Pavas, San José en Costa Rica. Programa de radio de media hora. Es retransmitido los lunes por RadioU 101.9fm a las 4pm y 10pm y los miércoles por la 870 am a las 3pm

<https://www.facebook.com/podemosvolarcr/?fref=ts>

Radio Abierta (CDMX-México)

Se lleva a cabo desde junio del 2009, funcionando en un jardín de una universidad pública (UAM-Xochimilco), es realizada por personas que tienen experiencia psiquiátrica, acompañados por un equipo técnico de coordinación. Transmite continuamente por Internet y en vivo por FM 94.1 UAM Radio todos los miércoles de 11:30 a 12:30 hrs, es retransmitida por otras emisoras de radio en FM.

<http://radioabierta.net/>

www.uamradio.uam.mx

<https://www.facebook.com/radioabiertamexico/timeline>

Apéndice F. Radios locas de Latinoamérica



Mapa: Elaboración propia. Tonatiuh Kinich
Guarneros García

Incomprendixs Radio (Morelia-México)

Llevado a cabo desde diciembre del 2015, es un programa de radio por internet, de aproximadamente 40 minutos cada martes. Es realizada en Morelia Michoacán, México.

<https://incomprendixsradio.wordpress.com/2015/11/>

https://www.facebook.com/incomprendixsRadio/info/?tab=page_info

La mayoría de las radios además del proyecto radial tienen un trabajo comunitario en la salud mental colaborando en otros proyectos con otros sectores, ámbitos o personas, muchas de las radios no sólo transmiten en su espacio cotidiano, llevando lo que denominan desembarcos o radios ambulantes que salen y se vinculan con otros espacios.

Colectivo Descosidos (Lima-Perú)

En 2010 se realiza la formación del colectivo Descosidos, comenzando con un taller de fotografía en el Hospital Víctor Larco Herrera. En el 2012 se retomó esta actividad con un proyecto de radio con personas internadas en el hospital. Pronta a transmitir por internet, hasta ahora lo hace en vivo desde el hospital en la fonoplatea abierta.

<https://www.facebook.com/colectivodescosidoscomunicacionysaludmental/?ref=ts&fref=ts>

Radial mente (Ecuador)

En conjunto con una serie de proyectos comunitarios que busquen acercarse con la comunidad la Asamblea de Salud Mental de Calderón, en Ecuador, la cual es formada por familiares y usuarios de salud mental, lanza en 2014 este programa radial, alojados en el sitio web del FLACSO de Ecuador. Están disponibles en el sitio 10 programas grabados de aproximadamente 50 minutos.

<http://www.flacsoec.org/index.php/programas/cultura-entretenimiento/radialmente.html>

Este mapa es un ejercicio simbólico por descolonizar las prácticas cartográficas eurocéntricas que dibujan mapas del mundo a partir de discursos occidentales, jerarquías globales y representaciones espaciales a partir de la dominación (Yopasa, 2011).

La construcción de este mapa fue un intento de visibilizar espacialmente la existencia de las radios locas y el entrecruce entre ellas en un territorio común, como es Latinoamérica y la salud mental. Intentando visibilizar desde otros espacios enunciativos; históricos, culturales y sociales, desde los propios actores sociales que buscan romper un estado de vulnerabilidad y marginalidad, en una reconstrucción, reconfiguración y resignificación de categorías, prácticas, representaciones y luchas por un lugar propio de enunciación colectiva como forma de resistencia.