

## Cien años de la Colonia Etchepare\*

Aspectos de  
salud mental

La Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare cumplió cien años en diciembre de 2012.

A 70 kilómetros de Montevideo y próxima a la ciudad de Santa Lucía, ocupa una extensión de 372 hectáreas. En su desarrollo de un siglo se constituyó en uno de los componentes más notorios del sistema asilar nacional. En efecto, junto al Hospital Vilardebó llegaron a albergar en el entorno de 5.000 personas a mitad del reciente siglo, con una tasa de 18 pacientes por 10.000 habitantes, de las más altas del mundo.

### Orígenes y primeras décadas

Fundada en 1912 en la presidencia de don José Batlle y Ordóñez, su apertura fue una medida de salvataje ante la superpoblación del Manicomio Nacional (denominado luego Hospital Vilardebó), que, inaugurado en 1880 para 700 camas, llegaba a la cifra de 1.500 pacientes (14 pacientes por 10.000 habitantes) en el año 1910.

Durante algunos años la cifra anual de ingresos a la Colonia fue de alrededor de 350 personas. Hasta el año 1921, en que comienzan a ingresar mujeres, eran solo hombres los internados allí. Al comienzo la enorme mayoría provenía del Hospital Vilardebó. El traslado de pacientes desde todos los rincones del país —con bajas tasas de egreso y sin estructuras sanitarias ni sociales de sostén en sus lugares de origen— provocó la concentración masiva de personas con un trayecto, en general, sin retorno, cuya primera estación de algunos años era el Hospital Vilardebó y su destino final, la Colonia. Más adelante comenzaron

a ser enviados directamente a ella, desde todos los departamentos, hasta 100 pacientes en un mismo día, que eran recogidos al paso del tren en las distintas localidades y en días previamente acordados. La carencia de asistencia psiquiátrica en el interior del país era la causa de estos traslados. Así nació y se consolidó la etapa custodial y asilar de la psiquiatría nacional.

Es de destacar que no todas las personas derivadas a la Colonia padecían trastornos psiquiátricos. Los ingresos por falta de recursos económicos y sociales, las personas conducidas por la policía con rótulo de «vagabundo» y los adolescentes y jóvenes traídos por sus familias que declaraban no poder «hacerse cargo de sus cuidados» constituían un alto porcentaje. Las edades más frecuentes al ingreso oscilaban entre los veinte y los cuarenta años. En la década del cincuenta se abren dos pabellones de niños que fueron cerrados luego de un convenio con el Cottolengo Don Orione, hace más de veinticinco años.

En sus comienzos, y siguiendo la composición poblacional del país, la Colonia albergó por partes iguales a orientales y extranjeros de distintas nacionalidades. Las corrientes inmigratorias, las dos guerras mundiales, la Revolución rusa y la guerra civil española se ven reflejadas en la nacionalidad de los pacientes ingresados. No poca importancia debe haber tenido el desarraigo, la diversidad cultural y lingüística y las complicaciones psicosociales de aquellas condiciones de éxodo.

En esas primeras décadas del siglo xx, los diagnósticos más frecuentes eran las psicosis crónica y la oligofrenia; pero un muy alto porcentaje de los ingresos consignaba: «incontinencia familiar», «alcoholismo crónico»,

### Autores

#### **Margarita Arduino**

Médico psiquiatra. Exdirectora de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare.

#### **Ángel M. Ginés**

Médico psiquiatra. Ex profesor director de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

\* Versión corregida y actualizada del artículo «Noventa años de la Colonia Etchepare», publicado en la Rev Psiquiatr Urug 2002; 66(2):119-127.

«epilepsia», «parálisis general», «encefalitis» y «traumatismo encéfalo craneano». Problemáticas de diversa índole se reunían, así, sin diferenciación y al margen de criterios nosográficos. De las personas afectadas por trastornos mentales, se destacan los diagnósticos firmados, entre otros, por Bernardo Etchepare (1869-1925) y Santín Carlos Rossi (1884-1936) —que en forma sucesiva fueron los primeros profesores de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina—, en los que predominan, acorde con la nomenclatura de la época, la demencia precoz y la locura circular. Isidro Más de Ayala (1899-1960), destacado médico psiquiatra, narrador y ensayista, señala en 1937 que de los dos mil quinientos pacientes asilados en la Colonia solo el 20 % correspondía al diagnóstico de esquizofrenia, cifra que da una pauta de la gran variedad de los motivos de internación.

El número anual de muertes era muy elevado. A modo de ejemplo, en el año 1932 el número de fallecimientos fue de más de trescientos pacientes, igualando prácticamente el número de ingresos. Las causas de muerte más frecuentes eran la tuberculosis, la parálisis general y la llamada «caquexia psicopática», que sugiere el infeliz marasmo final de algunos de aquellos asilados.

En el año 1927 el Dr. Francisco Garmendia, director a la sazón de la Colonia Etchepare, en su trabajo *Asistencia de los alienados en la Colonia* hace una clara distinción entre lo que él denomina el Asilo y la Colonia. El Asilo era un sector para pacientes «agitados y peligrosos» que comprendía pabellones de «vigilancia y observación». A la Colonia, de ideal bucólico, la describe evocando las palabras de Ferrus (1839) como «Un lugar cuyo aspecto sería el de una hacienda, cuyos trabajos serían los de los campos y cuya vida sería la de una tranquila aldea».

Garmendia afirma que los pabellones debían estar lo más alejados posible unos de otros, ya que cada uno debería tener su propia organización material y sobre todo moral, y funcionar en forma independiente. Esto nos permite entender la disposición actual de

los pabellones en la Colonia separados por enormes distancias. Sostiene, además, que solo el 30 % de los pacientes debería estar en el Asilo y 70 % podría estar en la Colonia con total libertad de deambulación.

La idea de que la Colonia fuera productiva en el rubro agrícola y autoabasteciera sus necesidades era un punto considerado fundamental.

«No sería conveniente que el número de internados superara los 1.200», escribía Garmendia en su trabajo, a solo quince años de la apertura de la Colonia. Lejos estaba de imaginar que en la década del cincuenta, abierta ya la vecina Colonia Dr. Santín Carlos Rossi, en 1936, de características locativas totalmente distintas —diez pabellones de dos plantas con capacidad para cien pacientes cada uno en un predio de solo treinta hectáreas—, se llegaría a sumar entre ambas colonias una cifra cercana a los cuatro mil pacientes.

En la misma época del comentario de Garmendia, el Dr. Bernardo Etchepare escribía:

*Si tanto se ha clamado contra el manicomio, si hasta se ha señalado en Inglaterra por Batty Tuke la demencia producida por el manicomio, no solo por angustia de local sino también por el ambiente demasiado peculiar del medio, sentiríamos que por razones económicas deban ubicarse hasta dos mil pacientes en pabellones de ochenta. Por dilatada que sea la región de la Colonia, no lo será nunca bastante para esfumar horizontes inclementes, hechos más visibles aun por la homogeneidad tanto más triste cuanto más grande del ambiente.*

En el año 1937, el Dr. Isidro Más de Ayala, director entonces de la Colonia Etchepare, escribía: «La Colonia ha sido construida en villas separadas según el modelo de la Colonia de Alt-Scherbitz de Alemania, con los caracteres de hospital y de colonia, consta de 28 pabellones para hombres y de 10 para mujeres». Tenía a su cargo 2.400 pacientes de los cuales 2.000 estaban en el establecimiento y 400 en el sistema de asistencia familiar, en hogares de los pueblos vecinos (este programa de asistencia familiar sigue funcionando hoy,

aunque por supuesto con variantes desde el punto de vista técnico).

En esa época el personal técnico de la Colonia estaba constituido por el director, cuatro médicos internos, un odontólogo, un químico y un asistente social. Este equipo estaba a cargo de toda la actividad del hospital apoyado por un plantel de enfermeros y «vigilantes» que eran instruidos y formados en su tarea por los propios médicos. Era, sin lugar a dudas, una institución custodial de la psiquiatría.

Durante la dirección del Dr. Más de Ayala, los tratamientos disponibles en psiquiatría eran el fenobarbital, la psicocirugía y la insulino-terapia. La hidroterapia era de aplicación frecuente, sumergiéndose al paciente en piletones de agua fría para calmar su agitación.

Más de Ayala realizó en la Colonia Etchepare su *Estudio Clínico sobre la fiebre recurrente española* para el tratamiento de los pacientes psiquiátricos, estudio que realizó en 230 pacientes y que mereció el premio Soca de la Facultad de Medicina en el año 1930.

Fue en la Colonia Etchepare donde se realizó el primer coma insulínico para el tratamiento de la esquizofrenia en nuestro país en el año 1937. La impaludación terapéutica para el tratamiento de la parálisis general fue aplicada a varios cientos de pacientes.

En esa época Más de Ayala escribe *La terapéutica por el trabajo*, donde afirma:

*... Ya nadie discute los perjuicios que tiene la inactividad para el enfermo mental, puesto que el ocio le permite destinar todo su tiempo y todas sus energías a la meditación de su delirio, sus obsesiones, sus alucinaciones, creciendo de esta forma su enfermedad y alejándose cada vez más de una posible mejoría. El trabajo impide que su psiquismo se sumerja cada vez más en la enfermedad. Adquiere hábitos de orden y recupera la maleabilidad perdida.*

La Colonia contaba para ese entonces con múltiples talleres, huertas, jardines y cultivos. Más de Ayala concluía: «La diversidad de los trabajos se asemeja a lo que es en la medicina general la variedad de los productos quimioterapéuticos».

Refiriéndose a la asistencia familiar, indicaba: «La última etapa es la del egreso a hogares de familia próximos a la Colonia. Esto le ofrece al enfermo una vida más rica en estímulos y más individualizada que el hospicio. Su vida se acercará lo más posible a una vida normal».

## La auditoria de OMS en 1966

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

En ese informe quedó estampado el siguiente testimonio sobre las colonias:

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

En los inteligentes y transparentes «Comentarios» de su informe, Chanoit dice:

*El paciente mental es un estorbo para la sociedad, y la atención que de él se realiza se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído*

*a la vista de la población, termina su infeliz existencia. En estas condiciones no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a saciedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica), y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en esas circunstancias no se curan, ha dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables. Los lugares que se les asignan bien pronto resultan insuficientes. Los poderes públicos tienen el deber de intervenir ya sea creando nuevos asilos o enfrentándose con el problema. Nos parece que ha llegado la hora de que el Uruguay se decida en ese sentido.*

### **La apertura democrática y el Programa Nacional de Salud Mental**

En 1984 la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay elaboró el trascendente documento «Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio», que será uno de los pilares conceptuales en la formulación del Programa Nacional de Salud Mental de 1986. En el análisis referido a la Colonia Etchepare señala que albergaba 2.400 pacientes (1.300 de ellos en la vecina Colonia Santín Carlos Rossi). La relación técnico/paciente es de un psiquiatra cada 100 pacientes, una nurse cada 153 pacientes; en cambio, reporta un administrativo cada 21 pacientes y un funcionario de mantenimiento y vigilancia cada 11 pacientes. El tiempo disponible de asistencia técnica es de 6 minutos de psiquiatra, 3 minutos de nurse y 4,8 minutos de psicólogo por semana y por paciente. El promedio de estadía es de 520 días. Concurren a los talleres de rehabilitación 150 pacientes, esto es, el 6,25 % de la población internada. En relación con la Colonia el documento concluía: «Con el 78 % de las camas psiquiátricas del país, su alto índice de cronicidad, su alto costo operativo y la muy baja relación técnico/paciente, la Colonia Etchepare constituye una estructura asilar, custodial».

En 1986, tras décadas de iniciativas frustradas y en el clima favorable de la apertura

democrática, un movimiento en salud mental de amplia participación concibe el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), aprobado por el MSP.

Tres direcciones principales concibió ese Plan: la Atención Primaria en Salud, operando con la comunidad como la estrategia principal; la segunda dirección, la creación de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales; la tercera dirección apuntó a los nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes y la reestructura del hospital psiquiátrico y las colonias de alienados. La vitalidad de estos cambios tuvo su principal expresión en el sector público de la asistencia (que cubría casi la mitad de la población), pero movilizó escasamente al sector de la asistencia médica colectivizada (IAMC) (que cubría la otra mitad).

Estos cambios de mentalidad y la puesta en marcha de una política en salud mental establecida en amplios consensos convergieron con un desarrollo científico que desde la neuropsicofarmacología, la psicoterapia y los procedimientos psicosociales aportaron diseños asistenciales, modelos de investigación y programas terapéuticos integrales relevantes.

El Plan tuvo una trayectoria compleja y contradictoria, con claridades y oscuridades, pero logró algunos avances significativos que contrastan con el largo periplo previo de iniciativas frustradas y problemáticas insolubles.

### **Las colonias a comienzos del siglo XXI**

En 2002 la Colonia Etchepare albergaba 105 mujeres y 387 hombres, es decir, algo menos de 500 personas. Había una cifra similar de internados en la Colonia Santín Carlos Rossi—264 mujeres y 220 hombres—. Así, el remanente asilar albergado en las colonias era de 976 personas.

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

El perfil de los trastornos psiquiátricos de la población internada era el siguiente: psicosis crónicas (59 %), retardo mental (30 %), trastornos de personalidad (5 %), alcoholismo (4 %).

La institución contaba con once pabellones para pacientes crónicos y un hospital general con una dotación de treinta camas para la demanda de las poblaciones cercanas (Santa Lucía, Ituzzaingó, 25 de Agosto, Pueblo Nuevo), con área de influencia hacia unos treinta mil habitantes.

La dotación de personal era de 481 funcionarios distribuidos en las áreas de enfermería, mantenimiento, talleres, servicios técnicos y administrativos. Veintiún médicos psiquiatras, 22 médicos generales, 6 nurses, 5 asistentes sociales y 5 psicólogas constituían el equipo técnico.

Las cerca de mil personas internadas en las colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi convivían en condiciones anacrónicas en relación con las aspiraciones de nuestra sociedad y de la psiquiatría nacional, y en contradicción con las tendencias.

El 20 de diciembre de 2005 la Comisión Asesora Técnica del PNSM, la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas, la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, la Dirección del PNSM-DIGESA/MSP, IELSUR y la Red de familiares de Instituciones de Apoyo, Investigación y Rehabilitación en Salud Mental, en el documento «Bases para la Reconversión del Asilo Mental», alertaban:

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

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

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

*Nuestro país debe ajustar sus acciones en salud mental a los diversos consensos nacionales y acuerdos internacionales para la atención de los enfermos mentales y para la protección de sus derechos. Así por ejemplo la Declaración de las Naciones Unidas del 17 de diciembre de 1991 para el Alto Comisionado en Derechos Humanos señala que «Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitario y social».*

A partir de la administración de gobierno instalada en 2005, se fortalecieron las tareas de mejoramiento de la calidad del hábitat y de dignificación de los pacientes en las colonias de asistencia psiquiátrica, que merecen ser destacadas. La actualización de casi un par de centenares de documentos de identidad completando la identificación de los internados; la extensión de las pensiones que cubren al 70 % de los pacientes; un plan director con diversas obras ya concluidas y otras en desarrollo, con notorio avance en las condiciones de convivencia y en las tareas de rehabilitación para el egreso; el fortalecimiento de la rehabilitación basada en la comunidad con un incremento de 120 a 200 en el volumen de los pacientes deshospitalizados. En estas nuevas condiciones se estima que un buen número de pacientes estaría en condiciones de egresar en la medida en que se consoliden los programas comunitarios que complementen las tareas de rehabilitación realizadas en la Colonia.

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

El Informe de Gestión 2011 reporta 830 personas albergadas en las colonias de asistencia psiquiátrica (431 en Bernardo Etchepare y 399 en Santín Carlos Rossi).

En nuestro país se ha producido, pues, una reducción sostenida y progresiva del asilo mental desde la segunda mitad del reciente siglo, hasta este remanente que corresponde a una tasa de 2,5 pacientes por 10.000 habitantes, es decir que la tasa ha regresado a una cifra inferior a la del «Asilo de Dementes» (1860-1879) que funcionara en la quinta de don Miguel Vilardebó y que constituyó la primera concentración significativa de enfermos mentales y el comienzo de la etapa custodial y asilar (con una tasa de 6 pacientes por 10.000 habitantes). Si comparamos la actual población asilar con la de mitad del siglo pasado —cuando llegó al máximo—, se ha reducido a una sexta parte; si la comparamos con la población asilar de la época de la apertura democrática (1985), se ha reducido a un tercio.

Sin embargo, debemos estar advertidos de que en la última década la reducción ha sido poco significativa (16 %). Esta circunstancia convoca a la reflexión y a profundizar y adoptar medidas orientadas al fortalecimiento de las estrategias comunitarias, que desbordan ampliamente las acciones de la colonia de asistencia psiquiátrica.

En el notorio descenso de la población del asilo mental en nuestro país no se emplearon medidas administrativas obligatorias como en otros países, que en algunos casos resultaron contraproducentes. Es posible que haya sido el resultado convergente de la efectividad de los psicofármacos y su benéfica interacción con procesos psicosociales, cierto cambio de mentalidad y actitud hacia los enfermos mentales y la atenuación progresiva de la emigración forzada hacia el Hospital Vilardebó y las colonias por el despliegue de la asistencia psiquiátrica

y espacios de rehabilitación psicosocial en los diversos departamentos del país.

La superación de la asistencia custodial y asilar es una cuestión que trasciende lo que pudiera parecer un problema de la psiquiatría o de la salud pública en general. Es una meta de maduración cultural y de valoración humanística de la vida social.

Los empeños por dignificar las condiciones de existencia de las personas asiladas y las acciones de rehabilitación psicosocial conducidas desde la Colonia exigen como contrapartida simultánea desarrollar los nuevos escenarios comunitarios. Esos desarrollos comunitarios —aún en fase naciente— fueron señalados con precisión en el documento «Bases para la Reconversión del Asilo Mental», antes mencionado:

*Las acciones de alcance nacional son una condición indispensable para superar la exclusión asilar. El Programa Nacional de Salud Mental (actualizado en 2005) señalaba las siguientes:*

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

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

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

**(4) Crear Albergues Comunitarios Permanentes (Hogares Protegidos) para**

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

(5) **El acceso pleno o protegido de los pacientes a la vida social.** La variedad de estructuras asistenciales en construcción no son para retener a los pacientes, como alternativa al asilo, sino para facilitar su tránsito a la vida en la comunidad; de allí la importancia de concebir espacios, más allá de los servicios de salud, para que las personas —en el diverso nivel de competencia al que logran acceder— se incorporen a actividades creativas apropiadas. Son caminos viables el **Taller Protegido** y la **Cooperativa Social**, asegurada por Ley y que permita a los rehabilitados operar en la actividad productiva sin las desventajas de la discapacidad remanente.

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

Los avances del arte en salud mental no benefician aún en forma suficientemente equitativa, accesible, oportuna y universal a nuestra población.

La nueva fase a la que estamos accediendo es heterogénea, incluye aún aspectos inaceptables, pero entrelazados a emprendimientos esperanzadores, que aportan y potencian la magna transformación en salud que nuestra sociedad está construyendo: el nuevo **Sistema Nacional Integrado de Salud** (SNIS) de firmes bases solidarias, humanistas y científico-técnicas. Nuestro **movimiento democrático** en salud mental tiene ahora la gran oportunidad de anidar y florecer en él, superando el prolongado periplo de exclusión social y sanitaria.

## Bibliografía

1. **Arduino M, Cáceres D, Grases E.** Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi: su evolución entre los años 1912 y 1992. Rev Psiquiatr Urug 1994; LVIII(328):10-22.
2. **Arduino M, Cáceres D, Grases E.** Aspectos histórico-estadísticos acerca de los pacientes esquizofrénicos internados en las Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi en un período de 80 años. Rev Psiquiatr Urug 1995; LIX (330):19-34.
3. **Arduino M, Porciúncula H, Ginés AM.** La Reforma Psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa Nacional de Salud Mental en Uruguay. Rev Psiquiatr Urug 2000; 64(2):302-316.
4. **Arduino M, Ginés AM.** Noventa años de la Colonia Etchepare. Rev Psiquiatr Urug 2002; 66(2):119-127.
5. Bases para la Reconversión del Asilo Mental. Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental, Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas, Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, Red de Familiares de Instituciones de Apoyo, Investigación y Rehabilitación en Salud Mental, Dirección del PNSM, DIGESA, MSP; 2005.

6. **Caldas de Almeida J, Torres González F.** Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. OPS; 2005.
7. **Chanoit P.** Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay. OPS/OMS, 1966.
8. **Declaración de Caracas.** Conferencia sobre Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina. Caracas. Venezuela; 14 de noviembre de 1990.
9. **De Plato G, Venturini E.** La Promoción de la Salud Mental. Curso de Formación para Operadores y Dirigentes Latino Americanos de Salud Mental. Emilia Romagna Press OPS/OMS, 2000.
10. Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay. Mental Disability Rights International. Washington College of Law. American University. Washington DC, 1995.
11. **Do Campo Coronato O.** El concepto de degeneración, historia y persistencia del mismo. Mención Honorífica de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 1998.
12. **Fioritti A, Lo Russo L, Melaga U.** Reform Said or Done? The Case of Emilia-Romagna Within the Italian Psychiatric Context. *Am J Psychiatry* 1997; 154:94-98.
13. **Garmendia F.** Asistencia de los alienados en la Colonia. Trabajo presentado en el Primer Congreso de Asistencia Pública. Montevideo, 1927.
14. **Ginés AM.** Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 1998; 62(2):37-40.
15. **Ginés AM.** Hacia una renovación permanente de nuestra joven y centenaria psiquiatría. *Rev Psiquiatr Urug* 1997; 63:27-43.
16. **Gorlero Bacigalupi R.** A un siglo de la inauguración del Hospital Vilardebó. *Rev Psiquiatr Urug* 1983; 48(283):87-119.
17. Informe Gestión 2011. Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santín Carlos Rossi. ASSE, 2011.
18. **Ladowsky I.** Investigación y seguimiento del programa de asistencia familiar de la Colonia B. Etchepare. *Rev Psiquiatr Urug* 1999; 63:44-66.
19. **Lamb R.** Desinstitutionalization at the Beginning of the New Millenium. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 6(1):1-10.
20. **Maeso CM.** El Uruguay a través de un siglo. Montevideo: Imprenta La Moderna, 1910, pp. 176-179. Publicación de Presidencia de la República.
21. **Más de Ayala I.** La Colonia de Alienados Dr. Bernardo Etchepare. Publicación de circulación interna de la Institución, 1937.
22. **Murguía L.** Evolución de la asistencia psiquiátrica. *Rev Psiquiatr Urug* 1983; 48(283):120-126.
23. **Murguía L, Soiza Larrosa A.** Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 1987; LII:169-179.
24. **Perris C, Kemali D.** Focus on the Italian Psychiatric Reform: an introduction. *Acta Psych Scand* 1985; (suppl 316):9-25.
25. Principios de Brasilia. Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas. Brasilia, 7-9 de noviembre de 2005.
26. Programa Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública, 1986.
27. Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial. Documento programático de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. DIGESA, MSP; Uruguay, 2005.
28. Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio. Investigación de la Comisión de Salud Mental de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 1986, 5:1-16.



- 29. Soiza Larrosa A.** Esbozo histórico sobre la Psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay 1788-1907. Rev Psiquiatr Urug 1983; 48(283):1-18.
- 30. Strozzi C, Gil JL.** Registro de los Servicios Psiquiátricos con hospitalización por Departamentos. ASSE, 1997.
- 31. Valmaggia A.** Deconstrucción de los supuestos teóricos que sostienen la existencia del asilo mental. Una mirada desde los derechos humanos. IX Congreso de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. I Congreso de Enfermería en Salud Mental. Montevideo, 5-7 de mayo de 2011.