



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

“LA LOCURA COMO FENÓMENO DE ESTIGMATIZACIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL”

Trabajo Final de Grado

Isabel Daguerre Pedroncino

CI: 4.516.206-1

Tutor: Nelson De León

Montevideo, 30 de julio de 2016

ÍNDICE:

-RESUMEN.....	pág.3
-INTRODUCCIÓN.....	pág.4
-CAPÍTULO I: “DESDE LA SIGNIFICACIÓN SOCIAL DE LA LOCURA, A LA CONSTRUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL”.....	pág.6
1.1. Significaciones sociales de la Locura.....	pág.6
1.2. Los Dispositivos de encierro.....	pág.9
1.3. El surgimiento de la Enfermedad Mental.....	pág.11
1.4. Las Lógicas Manicomiales.....	pág.13
-CAPÍTULO II: “LA LOCURA COMO FENÓMENO DE ESTIGMATIZACIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL”.....	pág.16
2.1. Sobre la estigmatización y la exclusión social.....	pág.16
2.2. Estigmatización, exclusión y desafiliación: Efectos sobre el cuerpo del loco.....	pág.22
- CAPÍTULO III: “LOS PROCESOS DE REFORMA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL”.....	pág.27
3.1. Procesos de Reforma en Europa.....	pág.27
3.2. Procesos de Reforma en Latinoamérica y el Caribe.....	pág.29
3.3. Procesos de Reforma en la Región.....	pág.32
-CAPÍTULO IV: “URUGUAY POR UNA LEY DE SALUD MENTAL”.....	pág.34
4.1. Pasado, presente y futuro.....	pág.34
-CONCLUSIONES.....	pág.39
-BIBLIOGRAFÍA.....	pág.42

Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad el abordaje de una problemática social, que con el correr de las décadas ha tomado distintas significaciones, y ha producido un imaginario social, que la ha caracterizado. Se trata de la Locura como Fenómeno de Estigmatización y Exclusión Social. Para ello, se realiza una contextualización histórica y social desde la época clásica hasta llegar a la actualidad. Contextualización de las distintas significaciones, concepciones e imágenes que se han producido en torno a la locura y a la enfermedad mental. Viéndose las mismas atravesadas, en cada momento particular por lógicas de poder, es decir, aquellas lógicas manicomiales que tienen sustento en los llamados dispositivos asilares.

Institucionalización de la enfermedad mental donde la locura ha sido y es, víctima de lo que la sociedad ha producido como estigmatización y exclusión social. Fenómenos bajo los cuales el cuerpo del loco ha quedado fragmentado, reducido y despotenciado. Situación que es posible revertir, si se trabaja desde una perspectiva que abarque la potencialidad de los cuerpos en el encuentro, donde cada una las singularidades hacen ha dicho encuentro.

Pretendiendo comprender lo antedicho, es que se realiza un recorrido por algunos procesos de reforma, que se han gestado a lo largo de la historia en el campo de la salud mental a nivel internacional, regional y nacional. Procesos de reforma dados en Europa, Latinoamérica, el Caribe y la Región.

Abordando finalmente dicha temática desde el ámbito jurídico y político en lo que a la ley de salud mental se refiere, pero centrándose en Uruguay. Destacando el momento que nuestro país atraviesa, donde se pretende llegar a establecer una Ley de salud mental que garantice los derechos humanos de las personas usuarios, y usuarias del sistema de salud mental.

Introducción

El presente trabajo se enmarca en la realización del trabajo final de grado, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

La elección de la temática a trabajar se vio incidida por diversos factores. Primeramente, por el momento que nuestro país atraviesa, si se tiene en cuenta que Uruguay no cuenta con una ley de salud mental que garantice los derechos humanos de aquellas personas que sin elegirlo deben acceder a los servicios del sistema de salud mental. En la actualidad, se pretende llegar a establecer una ley que elimine los dispositivos asilares y las denominadas lógicas manicomiales, es decir, llegar a la desmanicomialización de la locura. Fomentando la inclusión y reinserción de quienes han sido y continúan siendo expulsados, fragmentados, inhibidos, sometidos y perseguidos a lo largo de la historia. Donde el discurso, la palabra, el sentir del llamado loco, insensato, alienado o enfermo mental entre otros, ha sido silenciado relegándolo en el olvido.

En segunda instancia, posee gran incidencia en la elección del tema, el rol que como futura profesional de la salud mental pretendo ocupar, y que actualmente y desde hace ya algunos años, tengo como estudiante de la Facultad de Psicología. Donde ya sea desde el ámbito académico como institucional y de la extensión, se ha producido un acercamiento a lo que es el sentir del otro que, no solamente sufre y padece sino que también, tiene la necesidad de hablar, expresarse y ser escuchado.

Aspectos antes mencionados que han incidido en lo que a mi formación respecta, generando diversas inquietudes, interrogantes sobre la implicación que cada persona tiene, en una problemática tan compleja, como lo es la salud mental y todo lo que la misma conlleva.

Abordaje que está dado a partir de una reseña bibliográfica que permite establecer un acercamiento con las diversas significaciones que sobre la noción de locura y cuerpo del loco se ha tenido a lo largo de la historia, hasta ser considerada y posicionada del lado de la enfermedad mental. Significaciones estas que a su vez han sido marcadas por dispositivos de poder, prácticas de verdad, lógicas manicomiales, dentro de lo que se conformó como la institucionalización de la enfermedad mental. Institucionalización que se da a partir de la hospitalización y la internación de aquellas personas que se considera no se ajustan dentro del parámetro de una llamada “normalidad” rompiendo con lo pautado, establecido y marcado dentro de una racionalización.

La denominada manicomialización de la locura ha generado a lo largo de la historia una serie de efectos sobre el cuerpo del loco donde los más visualizados son la estigmatización y exclusión social. Sin embargo, se desprenden una serie de efectos que hacen a la degradación y posterior cronificación del cuerpo del llamado loco, insensato. Degradación que se produce dentro del dispositivo asilar de

forma gradual y continúa. Que como consecuencia lleva a producir o a generar lo que se denomina un desencuentro de los cuerpos donde la potencialidad queda relegada a dichos efectos.

Sin embargo, potencialidad antes mencionada que puede ser productora de un encuentro y una afectación si desde una implicación (de carácter positiva) se llega a un paradigma que tenga en cuenta una perspectiva donde la sociedad incluya lo marcado y pautado como diferente posibilitando el libre ejercicio de los derechos humanos de aquellas personas que si bien son marcados, estereotipados, encasillados, también forman parte del entramado social.

Situación esta que pretende ser posible cuando se logre establecer una ley de salud mental que la avale y garantice.

Capítulo I:

“Desde la significación social de la locura, a la construcción de la enfermedad mental”

1.1. Significaciones sociales de la locura.

“No hay locura más que en cada uno de los hombres, porque es el hombre quien la constituye merced al afecto que se tiene a sí mismo.” (Foucault, 1967)

Locos, insensatos, alienados, dementes, desposeídos, anormales, enfermos mentales son estas solo algunas de las distintas formas que han sido y continúan siendo utilizadas para llamar a quienes históricamente han quedado colocados del lado de la locura. Significaciones y percepciones acerca de esta última, que a lo largo de la historia han adquirido un valor que ha sido determinante de las condiciones en que se ha tratado el cuerpo del loco. Incluso, previamente a que la locura fuese producida y tratada como enfermedad mental. En relación a lo cual, Foucault (1967) plantea que para poder llegar a comprenderla es necesario que se abandonen todas aquellas verdades de carácter concluyente que puedan existir respecto a la misma. Verdades que, vienen siendo construidas por la sociedad histórica, social y culturalmente.

Desde la perspectiva de Foucault (1967), en nuestra época, la experiencia de la locura se calla en la calma de un saber que, de tanto conocerla, la olvida. En tal sentido, asevera el autor que, se ha pasado de una experiencia a la otra; es decir de la producción del conocimiento acerca de la misma con el objetivo de aprehenderla, a relegarla en el olvido. Atravesando un mundo que deja visualizar una falta de imágenes y de positividad, un silencio sin comentario, una estructura de carácter inmóvil.

Si nos remontamos a la historia de estas significaciones, Foucault (1967) expresa:

En la Edad Media, hasta el Renacimiento, el debate del hombre con la demencia era un debate dramático, que lo enfrentaba con las potencias sordas del mundo; y la experiencia de la locura se obnubilaba entonces en imágenes donde se representaban la Caída, la Consumación, la Bestia, la Metamorfosis, y todos los maravillosos secretos de la Sabiduría.(p.10)

Cada momento a lo largo de la historia, ha sido atravesado por distintos, sucesos y acontecimientos, que han determinado, caracterizado, y dejado una marca en la misma. A partir de estos, se comienzan a producir distintas formas de verlos, de sentirlos y de vivirlos, dándoles un sentido y una significación particular en la historia. Para aproximarnos a una comprensión y/o entendimiento acerca de la significación de la locura, (si es que solo posee una) es necesario comenzar por destacar el lugar que el cuerpo del loco adquiere en la sociedad en lo que antecede y procede al siglo XVI. Momento en que se

le da importancia a la denominada Nef des Fous sobre la que el autor hace referencia. La Nave de los Locos, son barcos que se encargan de trasladar cargas insensatas de una ciudad a la otra, con la que se pretende expulsar a los locos, para así evitar que estos deambulen por las calles de la ciudad. Teniendo en cuenta además que eran personas que no aportaban nada a la sociedad, sino que por el contrario generaban inseguridad en la misma. La nave de los locos tendrá además un sentido de simbolización, siendo considerado un viaje en busca de la razón.

Con el fin de evitar que el hombre insensato deambule por la ciudad, y considerándose un medio eficaz, se confía al loco a los marineros, ya que de este modo se tiene la convicción que el loco ahora prisionero se irá lejos en la barca que lo llevara por los ríos, donde la única certeza existente será la incertidumbre de no saber que le deparará su suerte y destino, donde además el agua poseerá la característica de purificarlo (Foucault, 1967).

Con respecto a la Nave de los Locos el autor realiza la siguiente afirmación:

Encerrado en el navío, de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo. Está prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas: está sólidamente encadenado a la encrucijada infinita. Es el pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje. No se sabe en qué tierra desembarcará; tampoco se sabe, cuando desembarca, de qué tierra viene. Solo tiene verdad y patria en esa extensión infecunda, entre dos tierras que no pueden pertenecerle. (p.19)

Otra de las significaciones que se le atribuyen a la locura, se encuentra dada desde el sistema religioso. En la alta Edad Media, los mencionados “locos”, eran considerados individuos sabios y elegidos por dios. Pero como afirma Fernández (2015) posteriormente la locura será pensada como consecuencia de un castigo divino, dado por faltas y errores, o como una intervención diabólica. “Esta idea se propagó por el mundo occidental, creando un rechazo hacia este colectivo” (Fernández, 2015, p.107).

La Iglesia, es un sitio del cual el cuerpo del loco fue expulsado y rechazado, viéndose prohibida la entrada de estos a la misma; Llegando también a ser azotados públicamente, y perseguidos por los ciudadanos, hasta llegar a expulsarlos de la ciudad golpeándolos con varas. “Es que la circulación de los locos, el ademán que los expulsa, su partida y embarco, no tiene todo su sentido en el solo nivel de la utilidad social o de la seguridad de los ciudadanos” (Foucault, 1967, p. 18)

Siguiendo con lo anterior, es necesario mencionar que la locura en la época clásica será percibida y relacionada como una gran peligrosidad para los demás ciudadanos afectando la seguridad de estos últimos quienes comienzan a tenerle miedo. Se asustaban por su aspecto físico y por la vestimenta que utilizaban. Ya que solían vestir harapos, o hasta incluso mostrar su desnudez. En cuanto a su aseo era de carácter deficiente, presentando magulladuras, así como también heridas en el cuerpo. Tanto el daño

irracional como las distintas situaciones violentas que se generaban en torno a estas personas, favorecían la exclusión social, de la que era y son víctimas (Fernández, 2015)

Ahora la locura se relaciona con nuevas formas de reacción ante problemas económicos, como lo son la miseria y el desempleo. Siendo este considerado producto de una falta de disciplinamiento, que debe ser corregido, se la caracteriza como una inmanencia social que es garantizada por la comunidad del trabajo. Hablando sobre la locura, Barran (1995) señala que "...el vínculo con el trabajo es la piedra de toque tanto porque su abandono indicaba el preludio de la dolencia como porque su reiniciación indicaba el comienzo de la recuperación." (p. 159). Es así como se la equipara con la ociosidad, ahora se dejara de lado lo que hasta el renacimiento fue determinante de la misma, esto era la presencia de trascendencias imaginarias. Foucault (1967) afirma:

(...) En estos sitios de la ociosidad maldita y condenado, en este espacio inventado por una sociedad que descubría en la ley del trabajo una trascendencia ética, es donde va a aparecer la locura, y a crecer pronto, hasta el extremo de anexárselas.(p. 63)

Locura entonces que ha sido visualizada desde una variedad de sentidos, ya sea como poseedora de una verdad y un saber, ocupando un lugar en la literatura, en cuentos y fábulas, en el arte y en el teatro, donde recibe según una época determinada un sentido que la caracterizara. Comenzando posteriormente a ser vista como una gran sinrazón. En tal sentido la locura atrae pero no fascina, ya que ahora se encuentra más relacionada con los hombres y con la razón. Y el loco es visto como aquel personaje que posee una verdad, un saber que nadie más tiene, emerge la noción de la denominada conciencia crítica, a través de la cual el decir de estas personas, comienza a mostrarle su mediocre verdad a la mirada del sabio. Al decir de Foucault (1976):

El símbolo de la locura será en adelante el espejo que, sin reflejar nada real, refleja secretamente para quien se mire en él, el sueño de su presunción. La locura no tiene tanto que ver con la verdad y con el mundo, como con el hombre y con la verdad de sí mismo que él sabe percibir. (p. 35)

Es llegando al siglo XIX, cuando se le atribuye a la locura un nuevo criterio de reconocimiento, siendo ahora el cuerpo del loco distinguido principalmente por la insurrección de la fuerza, que es liberada, poco dominable y la cual genera mucho miedo y preocupación en la sociedad. Luego del recorrido conceptual acerca de la locura y sus variaciones en el tiempo, es que se arriba a la noción de ésta como una enfermedad mental. Dicha noción será estudiada en los siguientes puntos, en lo que a su significación concierne.

La pluralidad de sentidos edificados en torno a la locura, establecen un lugar de exclusión, estigmatización y marginación social para estas personas. Aspecto que será abordado en el próximo capítulo.

1.2. Los Dispositivos de Encierro

“Es preciso aceptar que debió de formarse silenciosamente, en el transcurso de largos años, una sensibilidad social, común a la cultura europea, que se manifiesta bruscamente a mediados de Siglo XVII: es ella la que ha aislado de golpe esta categoría de gente destinada a poblar los lugares de internación” (Foucault, 1967)

Arribando al siglo XVII comienzan a surgir aquellos espacios institucionales que reciben el nombre de internados, casas de confinamiento, casas de hospedaje, es aquí cuando se comienza a dar el denominado gran encierro. Este posee a lo largo de la historia distintos sentidos que intentan proporcionarle una significación y una argumentación. Sin embargo y posicionándonos desde el lugar que ocupa el cuerpo del loco y la locura en sí misma, es necesario tener presente que en lo que antecede al siglo XVII, el loco ya había sido “encerrado”. Sí, es a partir de este siglo, que aquel comienza a ser internado de forma indiferenciada con una población con la que se le atribuye cierta analogía.

Al decir de Foucault (1967) “estos espacios albergaran tanto a los pobres, a los mozos de correccionales, como a los desocupados y a los llamados insensatos. Sin tener claro cuál era el sentido que tenía dicha vecindad, así como su estatuto, que aparentemente asignaba una misma patria a estos hombres a quienes se los caracterizaba según su condición” (p. 47).

Es preciso entonces determinar como punto relevante en la historia, según afirma Foucault (1967), la creación en 1956 del Hospital General en Paris, cuyo objetivo fundamental es terminar con el desempleo y con los efectos que a nivel social este produce, impedir la mendicidad, la ociosidad, considerándose las misma fuente determinante de todo tipo de desordenes. Su función será atender a un conjunto heterogéneo de personas que son enviadas por la autoridad judicial, o que se presentaban por su propia voluntad, debido a que eran incapaces de autosustentarse de forma autónoma. Desde sus orígenes estos internados, casas de confinamiento, hospedaje, y hospitales pretendieron acoger, cuidar y proteger a la población que así lo requería, conjuntamente con la función de vigilar y controlar a la misma. Proteger a los pobres y a los vagabundos, es decir brindarles un espacio para vivir, y así lograr el control y la vigilancia de sus cuerpos.

Remitiéndonos a los dichos de Foucault (1967) se puede precisar cómo la época clásica da lugar a la construcción de estos denominados internados, los cuales son determinados como espacios de reclusión de los pobres. Pobreza que se la considera causada por la falta de disciplina, así como también producto de un relajamiento de las costumbres.

Clara es la intencionalidad que se tenía en la creación de hospitales que desde su implicación para con la población, no visualizaba como finalidad la preocupación por la curación, así como tampoco se establecía una relación con el orden médico. Sino por el contrario como plantea Foucault (1967) “En su funcionamiento, o en su objeto, el Hospital General no tiene relación con ninguna idea médica. Es una instancia del orden, del orden monárquico y burgués que se organiza en Francia en esta misma época”. (p. 49)

Siendo dicha estructura propia del orden Monárquico y Burgués, se verá ampliada en un principio por toda Francia, determinándose obligatoria la existencia en cada ciudad de un hospital general. Posteriormente se hará extensiva en toda Europa la estructura de la internación antes mencionada, que tuvo su origen en la época clásica. Foucault (1967) expresa: “Los grandes hospicios, las casas de internación, las obras de religión y de orden público, de socorro y de castigo, de caridad y de previsión gubernamental, son un hecho de la edad clásica...” (p. 51)

El espacio del confinamiento como se menciona en un principio toma varios sentidos que se correlacionan con una época determinada, es decir en épocas de crisis se trata de encerrar a aquellas personas sin trabajo, a los llamados vagabundos, a los insensatos. Sin embargo posteriormente, a dichas personas encerradas se les asignaran tareas con la finalidad de crear sujetos útiles que contribuyan con la prosperidad a nivel general.

De igual forma sucede con la significación que se tiene de la locura, ya que ahora es percibida y relacionada directamente con la ociosidad, pudiendo ser avalada por el disciplinamiento y la continuidad del trabajo. Y ya no como ocurría en el Renacimiento cuando se hallaba ligada a la presencia de trascendencias imaginarias.

Frente a lo antes dicho, Foucault (1967) plantea:

Como medida económica y precaución social, es un invento. Pero en la historia de la sinrazón, señala un acontecimiento decisivo: el momento en que la Locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad del trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo; el momento en que comienza a asimilarse a los problemas de la ciudad. Las nuevas significaciones que se atribuyen a la pobreza, la importancia dada a la obligación del trabajo y todos los valores éticos que le son agregados, determinan la experiencia que se tiene de la Locura, y la forma como se ha modificado su antiguo significado. (Foucault, 1967, p. 70)

Sin embargo se produce un giro en la historia de la locura, que posee gran incidencia en la conciencia que sobre la misma se asume. Es sobre fines del siglo XVIII cuando la locura se separa definitivamente de la miseria, la ociosidad y de la sinrazón, y reaparece para hablar sobre sí misma. Allí comienza a ocupar un lugar que le pertenece como propio. De esta forma, se da un cambio en lo que concierne al encierro de “los locos”, ya que a partir de este momento, se abren nuevos hospitales que son destinados específicamente para estos últimos. Estos hospitales surgen como respuesta al miedo, al temor y a la

peligrosidad que se comienza a dar en la gente en torno a la figura del loco. Miedo que genera angustia y temor, por tratarse de un mal de carácter misterioso, que pasa del encierro dado a partir del confinamiento, a la ciudad. O sea que, aquella sinrazón que un tiempo atrás había sido encerrada, ahora resurge nuevamente pero con nuevas características que la determinan y vuelven a colocarla en un diálogo con el personaje social del loco, generando de esta forma duda y malestar. (Foucault, 1967)

El encierro como práctica socialmente utilizada posee en cada momento histórico, un sentido y una finalidad diferente. En el siglo XVII la finalidad del encierro es reunir a todos aquellas personas que se consideraba, eran causante del desorden social, sin poseer ningún tipo de diferenciación. Sin embargo a fines del siglo XVIII se crean instituciones que tienen el objetivo de marcar una diferencia entre el tipo de sujeto que albergan, surgiendo de esta forma establecimientos determinados específicamente para pobres y para locos, entre otros. A partir de este momento se comienza a desarrollar el encierro manicomial, sitio en el cual adquiere gran importancia el poder psiquiátrico, poder que será sustento de la denominada Institucionalización de la locura.

1.3.El Surgimiento de la Enfermedad Mental

Es con la llegada de la modernidad y producto de una conjunción de factores, que en esta época se comenzará a producir una nueva significación en torno a la locura. Esta última es ahora relacionada y considerada como una enfermedad mental.

Son diversas las condiciones que se presentan para que la locura sea caracterizada como una enfermedad mental. Dentro de ellas es necesario destacar que en un principio el concepto de la enfermedad mental, nace como respuesta ante la necesidad de encauzar, guiar y dar sentido a aquellos que perturban el orden social y la razón. (De Leòn, 2000). Se decía que, el ahora llamado enfermo mental era fuente de perturbación y peligro para la sociedad, poniendo en riesgo la seguridad social de esta última, así como también del orden público. En tal sentido se resaltan las palabras de Barran (1999) con respecto al peligro que generan estos sujetos, “...Violación del orden establecido, la transgresión inaceptable de las disciplinas necesarias para la vida, en lo mental, lo moral, lo económico, lo social y lo familiar.” (p. 158).

Surge la necesidad de caracterizar y calificar determinados comportamientos como racionales, lo que lleva consecutivamente a establecer y señalar como anormales aquellas acciones y conductas que no encuadraban con aquel criterio de calificación. Es de esta forma como se comienza a entrever bajo una organización económica, social y cultural, un avance alrededor de la locura y de la “razón”. (Barran, 1999). A su vez agrega el autor “los psiquiatras del novecientos hallaron las causas del desorden mental

en el avance de la civilización y el urbanismo y sus exigencias desmedidas al hombre... “(Barran, 1999, p. 126).

El avance de la civilización en los arribos de la Modernidad se observa en diversos escenarios y niveles: en lo social, desde el ámbito de la medicina y el sistema jurídico. Ámbitos que ejercen una influencia en el proceso de producción de la locura como enfermedad mental. Ya que los mismos viabilizan un nuevo estatuto: el de enfermo mental. Otras de las condiciones que habilitaron la producción de la enfermedad mental, están dadas por la intersección de distintas dimensiones: jurídicas, institucionales, barriales y familiares. En tal sentido De Leòn (2000) señala:

La locura siempre ha existido, la necesidad de su producción como enfermedad mental se plantea con el advenimiento de la llamada modernidad. Sistema jurídico y sanitario desplazaron a la institución religiosa de la administración y explicación de la locura, reduciéndose también las modalidades de relacionamientos alternativos con el loco. (p. 467)

Más adelante y respecto a la enfermedad mental, Barran (1999) plantea:

La enfermedad mental, que es violencia, derrumbe y desmoronamiento de la personalidad, angustia y dolor, fue sobre todo sentida y descrita como la gran desobediencia a los valores establecidos. Esta opción convirtió a la psiquiatría del Novecientos en una tecnología suave que procuro el ajuste del sujeto al statu- quo. (p.126)

La posibilidad de las personas de ajustarse al statu-quo, será viable a partir del encierro de quienes escapen al orden de lo considerado como “normal”. A partir de este momento, el encierro poseerá fines terapéuticos y es Pinel quien hará que la ciencia de la alienación se establezca como copia del método clasificatorio de la medicina del siglo XVIII (Castel, 1980). El autor instituye que en esta ciencia médica de la alienación, se buscaban signos o síntomas de la locura, procurando localizar la misma en el organismo. Fue Pinel quien comenzó a observar de manera minuciosa los signos de la enfermedad, teniendo en cuenta el orden de aparición, el desarrollo espontáneo de la misma y su terminación natural. Es por este motivo que cree conveniente y necesario observar a los enfermos en un lugar en el que estos puedan permanecer encerrados, para así poder llegar a curar la locura.

Por su parte, la psiquiatría positivista, en estos tiempos, niega e inhabilita de significado el decir del loco, este no tenía ningún mensaje o queja real que transmitir. Se trataba desde esta perspectiva de un discurso que carecía de significado (Barran, 1999). No había por qué dialogar con él y descifrar sus sentidos ocultos, sino observar su conducta dentro de un panóptico- el manicomio-, y su cuerpo en el laboratorio. No debía ser escuchado, sino vigilado y estudiado. En tal sentido, y a propósito de este punto de vista, Foucault (1967) describe el escenario de la siguiente manera:

En medio del mundo sereno de la enfermedad mental, el hombre moderno cesa de comunicarse con el loco; por un lado encontramos al hombre razonable que encarga al médico la tarea de ocuparse de la locura, y que no autoriza mas relación que la que puede establecerse a través de la universidad abstracta de la enfermedad mental; por otro lado, está el hombre loco, que no se comunica con el razonable sino a través de una razón igualmente abstracta, que es orden constreñimiento físico y moral, presión anónima del grupo, exigencia de conformidad” (p. 8)

Afirma Barran (1999), que la psiquiatría del Novecientos se constituye como la mayor empresa que alienta a la normalización de los comportamientos. Es decir que, identifica los desajustes existentes entre la normativa planteada, la conducta esperada, y las desviaciones en un intento por controlar estos procesos. Para Barran la práctica de esta psiquiatría, tuvo como finalidad la cura y el alivio, a la vez que incidió con fuerza en erigir como patológico el pensamiento y las conductas que se alejaban de lo socialmente entendido como normal. Quedando de esta forma colocada dicha conducta del lado de la enfermedad mental, que en los dichos de Techera & Ipud (2013) establecen:

(...) el concepto de “enfermedad mental” responde a prácticas sociales relativas al tratamiento de la “diferencia”, y en nuestras sociedades actuales, de lo que hace “ruido” o no puede articularse productivamente en la cadena de capital trabajo. La concepción de salud mental hace referencia a las formas de identificar y tratar a la diferencia no adaptada a los estándares propuestos por el actual modelo capitalista y antiguamente por sus antecesores. (p 32)

1.4. Las Lógicas Manicomiales

“¿En qué medida puede un dispositivo de poder ser productor de una serie de enunciados, de discursos, por consiguiente, de todas las formas de representaciones que a continuación puedan derivarse de él?” (Foucault, 2005)

Con el surgimiento de la locura como enfermedad mental y con la institucionalización de la misma, comienza a funcionar lo que será el disciplinamiento del cuerpo del loco, dado a partir del denominado poder disciplinario.

Poder disciplinario, antes mencionado, al que (Foucault, 2005) hace referencia en sus escritos. Lugar en el que el autor realiza una autocrítica en relación a lo que él mismo había abordado en “Historia de la Locura” en 1967. Ahora el autor plantea otro abordaje respecto a la locura, que ya no se basará en lo que él llama “las percepciones” que sobre las mismas se plantean en el siglo XVII y XVIII, sino que en esta oportunidad estudiará a la locura desde una perspectiva que la abarque a partir de la disciplina del poder a la cual hace referencia; poder disciplinario, dispositivo de poder y prácticas de verdad.

El autor va a destacar como elemento que determina la descripción y definición del loco en los inicios del S XIX, a esa fuerza calificada como incontrolable “Lo que caracteriza al loco, el elemento por el cual se le atribuye la locura a partir de comienzos del siglo XIX, digamos que es la insurrección de la fuerza, el hecho de que en él se desencadena cierta fuerza, no dominable, y quizás indomitable...” (Foucault, 2005, p. 23). Fuerza que debe ser controlada, vigilada, y encerrada, siendo la misma fuente de peligro para el resto de la sociedad.

Como plantea Foucault (2005) conjuntamente con el surgimiento de la institución asilar, se presenta la necesidad, que dentro de la misma exista una figura, que funcione como ley interna y eficaz. Se remite aquí a la figura del médico dentro de dicha institución. Lugar donde el objetivo principal es controlar el cuerpo del loco, para lo que será necesario contar con un mecanismo de funcionamiento que lo garantice.

Surge entonces, el panóptico de Bentham en 1771, como una estructura que da argumento político y técnico al poder disciplinario. Esta estructura panóptica, opera como mecanismo avalando la acción del poder en su máxima expresión. En tal sentido describe detallada y gráficamente Foucault (2005) su modo de funcionamiento:

(...) Visibilidad absoluta y constante que rodea el cuerpo de los individuos, creo posible decir lo siguiente: ese principio panóptico- ver todo, todo el tiempo, a todo el mundo, etc.- organiza una polaridad genética del tiempo; efectúa una individualización centralizada cuyo soporte e instrumento es la escritura, e implica, por último, una acción punitiva y continua sobre las virtualidades de comportamiento que proyecta detrás del propio cuerpo algo semejante a una psique (p.73)

A partir de la cita expuesta, es posible visualizar de qué manera el control y la vigilancia recaen en el cuerpo del loco, inscribiéndolo en una lógica de registro, imagen, y creando una individualidad cuyo sustento es el examen y la escritura o sea aquello que se pueda ver, medir y contar. En este escenario de control y fragmentación del cuerpo y de la vida es posible plantear la siguiente interrogante ¿Qué lugar queda para la expresión del dolor, de la alegría, de la tristeza y de las palabras, en un contexto donde todo es controlado?

Bajo el mecanismo del Panóptico de Bentham, no es posible pensar en la expresión o manifestación de lo que se siente, ya que su funcionamiento inhabilita al sujeto. Debido a que este último como plantea Foucault (2005) sabe que dentro de su celda es observado y vigilado. Se encuentra sometido a una mirada que lo controla, sin importar que exista o no. “Mirada que va del centro a la periferia, siendo capaz de juzgar, anotar, observar, castigar desde el primer gesto, la primera actitud, la primera distracción. Ese poder no necesita instrumento, la mirada y la luz son sus únicos soportes” (Foucault, 2005, p. 101). O sea que hay una intencionalidad en que el sujeto que se encuentra encerrado en su celda se sepa y se crea observado, viviendo una experiencia que lo haga sentirse visible ante los ojos de un otro que todo lo ve.

Se destaca que el objetivo esencial de la aplicación del poder es el cuerpo. (Foucault, 2005), y en relación a esto la punición sobre el cuerpo observado como estrategia de control.

El poder, tal como se ejerce en un asilo, es un poder meticuloso, calculado, cuyas tácticas y estrategias están perfectamente definidas, y en el interior mismo de esas estrategias se ve con mucha exactitud cuáles son el lugar y el papel de la violencia, si damos este nombre al despliegue físico de una fuerza enteramente desequilibrada (Foucault, 2005, p. 31)

El poder disciplinario que se ejerce de la mano del panóptico posee las siguientes características: implica un procedimiento de control constante, uno no está a la eventual disposición de otra persona, sino perpetuamente bajo la mirada de alguien, o en todo caso, en situación de ser observado. En tal sentido afirma Foucault (2005) "... el poder disciplinario es un poder discreto, repartido, es un poder que funciona en red y cuya visibilidad solo radica en la docilidad y la sumisión de aquellos sobre quienes se ejerce en silencio." (p.39)

En relación a la finalidad de este mecanismo de control, Foucault explica de qué manera la vigilancia a través de la imagen contribuirá a la naturalización de esta como una práctica. "Mira hacia el porvenir, hacia el momento en que todo funcione por si solo y la vigilancia no tenga más que un carácter virtual, cuando la disciplina, por consiguiente, se haya convertido en un hábito." (Foucault, 2005, p. 68)

Mecanismo que determina y establece una relación de poder, cuyo objetivo principal es fijar a la persona en un espacio, sumergido por una mirada de carácter continuo. Relación de poder que posee una incidencia, y como toda incidencia, determina efectos, que en este caso se relacionan con la constitución de un saber respecto a quien se controla y vigila. El panóptico funciona como aparato de individualización y conocimiento por un lado, y como un aparato de saber y poder que individualiza y al hacerlo conoce (Foucault, 2005).

La institución asilar queda delegada así al sistema y poder disciplinario, lugar donde se crea y forma un tipo de discurso y verdad. Que a partir de la relación que se mantiene con la familia, produce un determinado discurso y saber psiquiátrico.

Capítulo II:

“La locura como fenómeno de estigmatización y exclusión social”

2.1. Sobre la Estigmatización y la Exclusión Social

“No se trata en modo alguno que haya que plantear una suerte de generalidad de la locura, ni invocar una identidad mística del revolucionario y el loco. Sin duda es inútil escapar de una crítica que se hará de todos modos. Precisamente para afirmar que no es la locura la que debe ser reducida al orden general, sino, al contrario, que es el mundo moderno en general o el conjunto del campo social los que deben ser interpretados también en función de la singularidad del loco en su posición subjetiva misma”. Gilles Deleuze

Dando continuidad a lo planteado en el capítulo anterior, resulta necesario indagar en aquellos efectos que se producen en torno al cuerpo del loco, y a la significación que adquiere la institucionalización de la enfermedad mental. Abordando, de qué manera dichos efectos otorgan visibilidad a lo que Goffman (2003) llama la carrera moral de la persona estigmatizada, aquí desde las marcas en los cuerpos de la locura.

Desde una mirada que se posiciona en la actualidad, en el mundo post moderno, pero sin olvidar, la historia de la locura que incumbe a toda la sociedad, la palabra estigmatización y exclusión social fueron y aún son utilizadas de forma habitual para referirse a aquellas personas, que se considera poseen un atributo que los hace diferente al resto. Siendo los mismos productos de una construcción social, donde se le atribuyen determinados significados y sentidos. A modo de ejemplo y retomando los dichos de Foucault (1967), el autor en su trabajo *Historia de la Locura en la Época Clásica*, hace referencia al significado que adquiere la lepra. Enfermedad que azotó las ciudades hasta el 1635, año en que se celebra la desaparición de la misma. Al respecto es posible establecer cierta analogía con “la locura”, si a exclusión social se refiere. Al respecto Foucault (1967) señala:

Lo que durará más tiempo que la lepra, y que se mantendrá en una época en la cual, desde muchos años atrás, los leprosarios están vacíos, son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se aparta sin haber trazado alrededor de ella un círculo sagrado. (p. 14)

Esto permite pensar cómo a pesar de los cambios de paradigmas que se han venido generando a lo largo de la historia, hablar de locura, de enfermedad mental y de la institucionalización de la misma,

conlleva a pensar en la estigmatización y en la exclusión social. Techera & Apud (2009) plantean al respecto:

Existe una tendencia general de parte de nuestra sociedad de excluir y encerrar la locura, es decir a las personas con diagnóstico psiquiátrico severo. Esto lo podemos vincular a varios aspectos, por un lado lo enigmático de las enfermedades mentales, el miedo que provoca el estigma de “peligrosos”. Por otro lado, también existe cierta responsabilidad de las cuales se siguen reproduciendo determinadas lógicas de poder, de encierro, de cosificación del paciente. (De León, 2013, p.26)

Ahora ¿Qué es un estigma? Según Campo-Arias, Oviedo, Herazo (2014) la palabra estigma deriva de una etiqueta o encasillamiento de una persona o un grupo, por reunir determinados criterios que los colocan en un lugar que marca lo diferente. Remitiéndonos a la locura en particular, estas personas son etiquetadas como indeseables. “Calificación que se hace de forma desfavorable, llevando a los portadores a juicios, posiciones o situaciones de desprestigio, condicionando una mirada negativa” (Campo-Arias, et al, p.163).

La estigmatización y la exclusión social, suponen una barrera sociocultural para quien es víctima de las mismas. En relación a la estigmatización Goffman (2003) realiza un abordaje de dicha noción, a partir del cual establece que el termino estigma fue creado por los griegos. Quienes lo utilizaron para determinar signos de carácter corporal, con la finalidad de poner a la vista algo poco habitual y malo dentro del status moral del sujeto que lo presentaba. Sin embargo, el autor alude al sentido con el que la palabra es utilizada en la actualidad, que si bien se asemeja a su sentido original, no hace hincapié en sus manifestaciones corporales sino en el mal en sí mismo.

Al respecto Del Pino (2015) expresa:

La percepción social de la enfermedad mental está sesgada por el desconocimiento y la desinformación, e influye en el aislamiento de quienes la padecen. El estigma de la enfermedad mental, sustentado en prejuicios y causante de discriminación social, se debe combatir por injusto, cruel y por no tener base científica. Este debate debe extenderse al ámbito de la propia sociedad, donde el escenario educativo toma una especial relevancia”. (p.344)

Como consecuencia de dichos prejuicios, se produce una violación de los derechos fundamentales de estas personas. Negación esta que es justificada, y que se ve materializada a partir de prácticas y comportamientos de marginación o exclusión, términos que dan cuenta de la presencia de la discriminación. (Goffman, 2003)

El término Estigma es posible pensarlo desde dos perspectivas, ya que en su utilización y práctica involucra dos participantes. Por un lado se encuentra la persona o colectivo que se encarga de imponer dicho estigma, o sea el perpetrador. Por otro lado se encuentra aquella persona o grupos de personas que son las denominadas víctimas, es decir que son el blanco de la práctica estigmatizante. Este

fenómeno incide directamente no solo en la persona que tiene una enfermedad mental sino que además posee una gran incidencia en el ámbito familiar, laboral, que rodea a quien es víctima de él.

En tal sentido Campo-Arias, et al (2014) señalan que:

Estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación son una carga adicional que deben llevar personas que reúnen criterios de trastorno mental, las familias, cuidadoras y las personas e instituciones que les brindan cuidados en salud. La magnitud del impacto guarda relación con el contexto sociocultural". (p.164)

Hay determinadas actitudes que los aparentemente normales, tienen hacia aquellas personas que se encuentran enmarcados por un estigma, que suelen ser justificadas. En relación a lo cual Goffman (2003) plantea:

Creemos por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias, como por ejemplo, lo de clase social. En nuestro discurso cotidiano utilizamos como fuente de metáforas e imágenes términos específicamente referidas al estigma, tales como inválido, bastardo y tarado, sin acordarnos, por lo general, de su significado real. (p.15)

Dentro de lo que es el entramado social, la persona que es víctima del estigma, debe atravesar un proceso de sociabilización, que será determinante en su interrelacionamiento con el mundo circundante. Una de las etapas de dicho proceso, es aquella en la que el estigmatizado aprende a incorporar el punto de vista de los "normales", adquiriendo así las creencias relativas a la identidad propia del resto de la sociedad, y una idea de lo que significa poseer un estigma. Otra etapa es aquella en donde aprende que tiene un estigma particular y las consecuencias de tenerlo. La sincronización e interjuego de estas dos etapas de la carrera moral, crean pautas, que establecen la base del ulterior desarrollo, proporcionando un medio para diferenciar entre las carreras morales accesibles a los estigmatizados

La identidad del yo a la que Goffman (2003) refiere, da cuenta del sentido que la persona estigmatizada tiene, y experimenta respecto a su propia situación. Identidad que en el exterior se pone en discusión. Por su parte la identidad social y personal a la que alude el autor, forman parte de las distintas definiciones y expectativas que los otros tienen respecto al sujeto cuya identidad se pone en cuestión.

Según Goffman (2003):

El concepto de identidad social nos permitió considerar la estigmatización, el concepto de identidad personal, el papel del control de la información en el manejo del estigma. La idea de identidad del yo nos permite considerar qué siente el individuo con relación al estigma y a su manejo, y nos lleva a prestar una atención especial a la información que recibe con respecto a estas cuestiones. (p. 127)

El estigma da cuenta de un proceso social, en el que se encuentra un estigmatizado y un normal. Estos no son sujetos sino que son perspectivas, que se producen y generan bajo distintas situaciones sociales, a partir de contactos mixtos, en virtud de normas no verificadas que tienen un gran peso en el encuentro

A partir de que la locura comienza a tener un sentido que la liga a la enfermedad mental, surge la necesidad de marcar aquello que es diferente, que se escapa de lo esperado, que rompe con la aparente “normalidad”, que genera miedo y angustia en el entramado social. Como plantea Gines (2013) “el paciente mental es un estorbo para la sociedad” (p. 42). Por su parte Goffman (2003) establece que es la sociedad quien establece los medios para categorizar a las personas, así como los distintos atributos que se visualizan como naturales en dichas categorías. “La categoría, y los atributos que, de hecho según puede demostrarse, le pertenecen, se denominarán su identidad social real” (p.12)

Además plantea el autor que para que dicho atributo sea visto como un estigma, debe generar en el otro, supuestamente normal, una sensación y sentimiento de descrédito. Percibido como una falla, desventaja o defecto (Goffman, 2003). Sin embargo, no todos los atributos caracterizados como indeseables, son discutidos, sino solo aquellos que a la sociedad le parecen incongruentes con un estereotipo respecto a cómo debe ser determinado individuo. O sea que el estigma genera un descrédito en una persona mientras en otra puede llegar a confirmar la “normalidad”.

Como marca negativa, el estigma produce consecuencias que terminan siendo más devastadoras que la enfermedad misma. Dentro de las cuales es común ver como estas personas ocultan los síntomas con la intención de no quedar expuesto; no buscan ayuda; rehacen el diagnóstico clínico, e inducen el incumplimiento del tratamiento. El estigma produce además consecuencias que se relacionan directamente con la disminución de la autoestima, el favorecimiento del aislamiento, la dificultad para pedir ayuda, funcionando como una barrera de acceso a los servicios de salud. “El estigma en salud mental se perpetra mediante el olvido y la negligencia...” (Campo-Arias, 2014, p.163)

El estigma en salud mental, percibido y perpetrado, se configura de varias maneras, como barrera de acceso a la salud integral e integrada. Por un lado, las personas que reúnen trastornos mentales interiorizan la culpa y la vergüenza por los síntomas, y por el otro, carecen de poder político, y en consecuencia no abogan por sí... (p. 165)

Según Pérez (2013) empiezan a perder tanto sus habilidades como sus destrezas, adquiriendo de forma paralela distintos comportamientos que se caracterizan por ser bizarros, atribuyéndoselos a los trastornos mentales. Sin embargo no son dichos trastornos los que generan pacientes desnudos que deambulan por los pasillos sin rumbo alguno, sino que es el ambiente insalubre de las instituciones el que produce dichos comportamientos de carácter regresivos.

Dentro del proceso de institucionalización de la locura en los hospitales psiquiátricos, se desprende otro efecto que simultáneamente con la exclusión y estigmatización, hace a la pérdida de identidad del sujeto que se encuentra aislado y en una situación de abandono. La iatrogenia, hace alusión al conjunto de hechos que acarrear al paciente a un deterioro de carácter progresivo de las capacidades sociales y cognitivas de los sujetos internados. Consecuencia del encierro, se los aleja de todo vínculo y contacto con el medio exterior. Quedando aislados y bajo un nuevo estilo de vida que se caracteriza por ser sedentario y pasivo, al que deben adaptarse, perdiendo la posibilidad de salir adelante (Techera, et al, 2009).

Es importante destacar, la incidencia que los efectos antes mencionados producen en lo que se da en llamar la degradación del sujeto. Degradación que se desarrolla de forma gradual, donde las funciones que hacen a la vida de aquel, comienzan a desaparecer, generando esto una pérdida de identidad del mismo, al que se lo marca y estereotipa como “el loco”. Al respecto Pérez (2013) plantea que el deterioro generado dentro de las instituciones asilares, se da producto de una deshumanización, que conjuntamente con otros factores como el aislamiento, tanto de la comunidad como del ámbito familiar, producen un síndrome de deterioro social. Además de la incidencia que adquiere en la involución del estado de salud, que en tanto no mejora, por el contrario se cronifica. Aspecto este que será abordado en el segundo ítem, del presente capítulo.

La estigmatización social al decir de Techera, Apud, & Borges (2009) es usada por la sociedad, como un mecanismo que cumple la función de marcar de manera negativa a aquellos sujetos que no se ajustan a sus preceptos. O sea que es una de las formas con las que la sociedad trata a quienes escapan con lo pautado.

Moldes, estereotipos, etiquetas, que tienen como objetivo encasillar a determinados sujetos por poseer un atributo que lo separa de lo aceptado como normal. Ahora es preciso cuestionarse ¿Qué es la normalidad, quien la determina? ¿En base a qué supuestos fue construido este concepto que pretende separar los aparentemente normales de aquellos que no lo son? Separación que se ve reflejada a partir del estigma y la exclusión. Frente a lo cual Barùa (2013) respecto a la estigmatización plantea a la misma “como descalificación de la diferencia, se entiende la locura como una posición incomprensible, invalidada y subordinada a una racionalidad única” (p. 108). Cabe además preguntarse: ¿Será que la sociedad necesita depositar allí en el cuerpo del loco, lo incomprensible, lo incontrolable, como manera de alejarlo de sí?

En tal sentido, Goffman (2003) afirma:

Creemos por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin

pensarlo, sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias, como, por ejemplo, la de clase social. (p. 15)

Por su parte, Techera et al. (2009) expresan: “Lo normal y lo anormal no depende de un patrón universal, sino que está en relación con la sociedad dada que delimita zonas y establece conductas correctas de actuar y pensar en el mundo” (p. 30).

De igual forma acontece con la exclusión social, ya que la misma surge producto de una conjunción de determinantes que hacen a su producción. Siendo la sociedad quien en el cotidiano vivir la pone en práctica, ya como algo natural. Donde lo que se considera fuera del parámetro de lo normal queda depositado como lo irracional, como aquello que debe ser marcado, estereotipado, para de esta manera no incidir en lo aparentemente normal o racional. Al respecto Moffat (1974) lo describe como “...Modelo de pensamiento que dicta las pautas y que determina el pensar y actuar “normal”, y que, luego justifica medir y castigar la desviación” (p. 27).

En relación con la normalidad antes mencionada, Moffat (1974) manifiesta que a partir del miedo que representa la desviación de la misma, esto afecta psicológica y negativamente a los enfermos mentales. Entonces estos prejuicios son determinantes e inciden en el momento de tener que ver a un otro, con sus atributos y características que lo hacen un sujeto singular. Al respecto son diversos los autores que han estudiado e investigado acerca de dichos efectos que son causados como consecuencia de la institucionalización dada en hospitales psiquiátricos. Ingreso que se encuentra dado producto de una dificultad de la persona, de continuar y llevar adelante su vida cotidiana de forma normal (Techera, et al, 2009).

En tanto efectos, inciden de forma directa sobre el cuerpo del loco, perjudicando y haciendo imposible que el enfermo mental pueda integrarse en la sociedad. Y por otra parte también incide en la sociedad, ya que influye en la forma en que esta asume y comprende a la enfermedad mental.

En una sociedad que margina, estigmatiza y excluye, que lugar queda para aquella persona vulnerable que queda colocado de lado de la enfermedad mental, donde su identidad se encuentra perturbada y modificada (Goffman, 2003). Identidad que es definida de acuerdo a la imagen de otro.

Desde una perspectiva que tenga presente la inclusión, el respeto y cumplimiento de los derechos humanos de aquellas personas que son depositados del lado de la locura, es fundamental comenzar a cuestionar el posicionamiento que la sociedad adquiere ante una problemática que a pesar de considerarla ajena, nos compete a todos. Al decir de Moffat (1974): “...que cada uno de nosotros se haga cargo de sus temores y fantasmas, sin depositarlos en chivos emisarios y fabricar con esto”profesionales de la locura” para segregarlos luego, internándolos en manicomios” (p. 2)

En relación a lo cual Campo- Arias (2014) afirma:

Es incuestionable que el desconocimiento sobre las características, el tratamiento, el curso, y el pronóstico de los trastornos mentales es la principal causa del estigma, el estereotipo, el prejuicio y la discriminación. Se necesita comenzar un proceso estructurado de sensibilización y educación de los distintos colectivos y comunidades para promover el conocimiento sobre los trastornos y así reducir el estigma, favorecer la rehabilitación psicosocial en la comunidad y la reinserción de la vida social y laboral del país. (p.165)

Es preciso sensibilizar y concientizar a la sociedad, sobre esta problemática. Ya que no es la persona estigmatizada, quien debe ocultarse para que no se entrevea eso que, precisamente lo deposita del lado de la estigmatización. Es la sociedad, la que debe aceptar aquello que es marcado como diferente. No se debe cambiar para ser aceptado. “Puesto que su mal no significa nada en sí mismo, no debe avergonzarse de él o de otros que lo poseen, ni tampoco comprometerse tratando de ocultarlo” (Goffman, 2003, p. 137)

La visibilidad de la relación entre estigmatización y exclusión social anteriormente planteada, ha llevado a ser tomada por organismos internacionales OPS/ OMS, en el desarrollo de la perspectiva de derechos. Tal como acontece con la Declaración de Caracas, donde se proclama: superar el modelo de asistencia psiquiátrica, sostenido en los dispositivos asilares, ya que dicho modelo no permitirá poner en práctica e implementar aquellos objetivos que se han planteado como fundamentales. Objetivos que se enfocan en la atención comunitaria, que se caracterice por ser descentralizada, integral, participativa, preventiva, continua, y principalmente establezca una lucha para eliminar los problemas relacionados con el abuso, estigma, exclusión y discriminación que sufren los sujetos que poseen problemas de salud mental.

Como establece la OMS (mencionado en Techera et al. 2013) la internación de estas personas, tiene como consecuencia, la separación y el aislamiento de la persona de su medio, situación esta que genera altos niveles de discapacidad social, estableciendo condiciones de carácter desfavorable, que violan los derechos humanos y civiles de los usuarios de la salud mental.

2.2. Estigmatización, exclusión y desafiliación: Efectos sobre el cuerpo del loco

“...Para una comunidad de “sanos” es muy cómodo tener un “tacho de basura psicológico” donde proyectar las partes locas y sentirse más sanos todos; pero esta solución para resolver las ansiedades psicóticas es muy injusta, pues condena al papel de locos a una parte de su sociedad, y además, no es del todo eficiente pues la locura que se coloca imaginariamente en un hospicio no desaparece de la

sociedad y , al negarla, se evita enfrentarla y tal vez, elaborarla o convertirla en energía creadora” (Moffat, 1974)

Hablar del encierro que se produce dentro de la institución asilar y del surgimiento de la locura como enfermedad mental conlleva a pensar en aquellas cosas que se van a ver modificadas en lo que concierne a la vida del llamado enfermo mental. Persona, que antes de ser categorizado como tal, desempeñaba una serie de funciones, lazos, vínculos y formas de relacionarse que al ingresar en la institución asilar se ven coartados. En tal sentido Penino, Perdomo (2013) manifiestan:

Este traslado afecta al individuo en múltiples sentidos. Este de alguna manera era quien era en su medio, barrio, con sus vecinos, familia, etc..., en sus formas y sentidos vinculares que lo caracterizan. Esto se quiebra abruptamente. Se modificó su Mundanidad, hay un quiebre existencial en el sujeto. Se ve obligado el sujeto en la institución a una re conexión consigo mismo, en otro entorno (lo institucional, los otros, las normas, sus funcionamientos, etc., etc.). (p.225)

Enumerando más detenidamente los efectos, las consecuencias que genera el encierro y el abandono, la incidencia que posee la internación en el proceso de cronificación de la enfermedad mental, que de acuerdo a los dichos de Moffat (1974) “la internación es vivida como acciones violentas impuestas por la institución que luego son aceptadas” (p.) es posible remitirse a ellos: pérdida de roles y potencialidades, ruptura que se da en cuanto a los nexos familiares, laborales y sociales, pérdida de la autonomía, abandono, sentimiento de soledad, entre otros. Factores que se ven potenciados por el aislamiento, que lo separa del mundo exterior, siendo notoria la dificultad que representa reinsertarse en la sociedad. ”Se denomina proceso de cronificación a los efectos que produce el padecimiento psiquiátrico en el desempeño social de la persona” (De León, Bagnato y Luzardo, 2016, p.108).

En una investigación realizada, dichos autores determinan un Índice de Cronicidad, es decir una escala ponderada que contiene cuatro dimensiones. Dentro de las que plantean: la dimensión familiar, recreativa, laboral y del relacionamiento institucional. Teniendo estas dimensiones diferentes indicadores y variables.

La primera dimensión, es decir la familiar, está compuesta por el nivel de autonomía que la persona ha logrado, en función de la responsabilidad tomada en la familia. Que incluye además la realización de actividades que forman parte del cuidado personal. La dimensión recreativa son las actividades que la persona lleva a cabo en su tiempo libre, sea fuera como dentro del hogar. En lo que a la dimensión laboral concierne, se tiene en cuenta la situación actual que la persona tiene respecto a una ocupación, además de la disposición, interés y búsqueda en el desarrollo de actividades de carácter laboral. Finalmente en la dimensión de relacionamiento institucional se observan los vínculos y relaciones que la persona tiene, así como su evolución a partir que comienza la consulta en el Sistema de Atención en

Salud Mental. Dimensión esta última que es afectada por procesos de estigmatización y discriminación. Dados por las carencias que existen tanto en los procesos de inclusión, como en los diferentes dispositivos comunitarios (De León, et al. 2016)

Moffat (1974) al respecto realiza una descripción de la situación que conlleva el encierro y aislamiento:

El aburrimiento y el sentimiento de soledad y abandono dan una vida sin proyecto de futuro, pues no es dueño de su porvenir quien no es dueño de sí. Creo que aquí es necesario comenzar aclarar un estereotipo, un prejuicio colectivo de nuestra sociedad respecto a los hospicios, los manicomios: la idea compartida es que adentro están los que “perdieron la razón” y se encuentran en otro mundo mental, una especie de pesadilla continua que va desde un nirvana placentero a un terror de pesadilla”. (p.6)

Colocarse por un momento del lado de la locura, que debe ser encerrada bajo dispositivos asilares, quizás permita pensar-se y pensar a ese otro que vive una situación que no nos es ajena, sino que por el contrario nos puede golpear la puerta cuando menos lo esperemos. Palabras, discursos, mitos, prejuicios que descalifican a una persona por el simple hecho de poseer algo que se encuentra bajo los efectos de la llamada racionalización. Descalificación o descrédito que produce en ese otro un sentimiento de inferioridad, de inseguridad. Bajo el ejercicio de la discriminación es que se marca la diferencia, aquello que provoca miedo, temor, angustia. Pero que desde nuestra implicación no es abordada de la forma que convendría sino por el contrario en muchas ocasiones es relegada al olvido y al silencio.

Efectos que se dan a partir de una mirada, de un gesto, de una palabra. Efectos sobre el cuerpo de la persona que posee el estigma, que incluso puede hasta llegar a sentir un sentimiento de odio hacia sí mismo, por no poder ser lo que los “normales” pretenden que sea. Así como también llegan a evitar aquellas relaciones que le son cercanas, por temor a que dicho estigma se difunda sobre las mismas (Goffman, 2003). Se entrevé aquí, el poder que la palabra y mirada del otro ejerce sobre el cuerpo del estigmatizado.

“El pasado queda “congelado” y no puede usarse como trampolín para proyectar un futuro, una visión prospectiva (...) en el hospicio existe un pasado, que no constituye un pasado elaborado, sino un pasado idealizado, un pasado mítico; es el tiempo en el que se estaba sano y “se estaba fuera”, que ocurre también en un espacio mítico inalcanzable, “el afuera”. (Moffat p.25-26).

Para comprender el término exclusión es preciso realizar un abordaje que englobe la visión y perspectivas de distintos autores. Dentro del mismo Robert Castel (2010) realiza un abordaje a partir del cual propone reemplazar el término de exclusión por el de desafiliación social. El cual lo aborda de forma conjunta con el de vulnerabilidad social.

En sus distintas obras Castel trabaja temáticas que conciernen a la locura y a sus espacios de tratamiento, o sea al asilo psiquiátrico, y además aquellas instituciones que se encargan de atender los denominados problemas de vulnerabilidad social.

Según Arteaga (2008), Castel realiza un planeamiento que trata acerca de los juegos de constitución de los individuos, a través del trazo de la emergencia y la metamorfosis de lo que da en llamar campos de problemática y dispositivos. Los cuales definen soportes a la individualidad del hombre moderno.

El autor plantea, que la obra de Castel se encuentra ligada al pensamiento de Durkheim que entiende de que el individuo moderno es una producción social, por lo que para comprenderlo es necesario entender su posibilidad y fragilidad dentro de un contexto social y de una institución particular.

En tal sentido el autor expresa:

La mirada se dirige, al punto donde los soportes se encuentran fragilizados, es decir, a los procesos de desafiliación y zonas de vulnerabilidad: aquellos espacios donde el individuo comienza a ver socavadas las instancias que le permiten constituirse precisamente como individuos. (p.158)

La desafiliación responde a una debilidad en los soportes que hacen al hombre moderno, quien se encuentra vinculado directamente con el lugar que este ocupa en las redes de la sociabilidad, así como también en la división social del trabajo. El lugar que cada sujeto ocupa en el entramado social además determina espacios de vulnerabilidad.

Castel refiere a la importancia que adquiere el trabajo como soporte del individuo, de inserción en la denominada estructura social, por tal motivo trabaja dicha relación o la ausencia de ella y su incidencia en el individuo. En tal sentido cabe destacar que para el autor una inserción sólida, ubica al individuo en una zona de integración. Mientras que una inserción en redes laborales de carácter débil, produce un proceso de vulnerabilidad social.

Como se menciona anteriormente Castel realiza una crítica al término de exclusión, ya que el mismo pareciera dar cuenta de una sociedad que se encuentra dividida en dos partes, donde por un lado se encuentran los excluidos colocados en el afuera y por otro lado quienes se encuentran dentro, es decir los incluidos. “Como si no existieran matices de afiliación en función de los distintos niveles y escalas del orden y de la estructura social” (Arteaga, 2008, p.165)

Para Castel (2010) “Los individuos y los grupos inscriptos en las redes productoras de la riqueza y el reconocimiento social están “integrados”. Estarían “excluidos” o desafiliados aquellos que no participasen de ninguna manera en esos intercambios regulados” (p.245)

La reserva planteada por el autor respecto al término exclusión se da primeramente por el carácter heterogéneo que posee el mismo. Ya que describe y nombra diversas situaciones que se caracterizan por ser diferentes, borrando así su especificidad. “Hablar en términos de exclusión es trasplantar una calificación puramente negativa que nombra la falta sin decir en qué consiste ni de donde proviene” (Castel, 2010, p.258)

La exclusión en la sociedad se ha impuesto hace poco tiempo, como una palabra común, que se utiliza para designar aquellas variedades que a la miseria del mundo pertenecen, dentro de las cuales se puede encontrar al desocupado de larga duración, el loco, el joven de suburbio, por mencionar solo algunos. Es decir que además tomo diversas formas, visualizándose la erradicación a través de la ejecución; la expulsión de la sociedad, la atribución de marcas, el encierro. Quitándoles de esta forma el derecho a las personas, de ejercer libremente determinadas funciones. Actos llevados a cabo a partir de prácticas y rituales

Teniendo en cuenta el pensamiento que propone Castel, el excluido es una desafiliado, donde su trayectoria se encuentra hecha de desconexiones en relación a determinados estados de equilibrios, que anteriormente se hallaban más o menos estables o inestables. Respondiendo además a situaciones que visualizan y traducen una degradación en relación a un estado anterior.

Castel (como se cito en Arteaga, 2008) define la desafiliación como “un proceso mediante el cual un individuo se encuentra disociado de las redes sociales y societales que permiten su protección de los imponderables de la vida.”

Por su parte y en relación al concepto de desafiliación, Goffman lo describe como la toma de posición del estigmatizado que rechaza de forma voluntaria y abierta el lugar social que se le concede, lo cual favorece su identidad de estigmatizado. Es notorio destacar que Castel toma la perspectiva de Goffman para realizar sus trabajos. Siendo este último quien introduce la cuestión que refiere a los soportes sociales e institucionales. Los cuales posibilitan la configuración de la individualidad de lo que es el hombre moderno.

Desafiliación y vulnerabilidad, son conceptos que dibujan los vínculos de carácter intermediario e inestable que conjugan la precariedad del trabajo así como la fragilidad existente en los soportes de proximidad. Lo que produce en el sujeto una reducción y disminución de sus interacciones y relaciones institucionales (Arteaga, 2008)

Según Castel, la marginación es un proceso de desocialización, que genera distintas dinámicas de exclusión. (De León, et al, p.111)

Capítulo III:

“Los procesos de reforma en el campo de la salud mental”

En el presente capítulo, se expondrán algunos procesos de reformas que se han venido desarrollando en las últimas décadas en el campo de la Salud Mental desde la perspectiva de derecho, en Europa, Latinoamérica, el Caribe y la Región. Teniendo en cuenta como plantea Pérez (2013):

...Desde ya hace varios años se viene desarrollando un movimiento de reforma a nivel mundial, con el objetivo de cambiar las condiciones y modalidades de atención a los trastornos mentales, buscando reintegrar y atender a los pacientes en la comunidad y en el respeto de los Derechos Humanos. (p.156)

3.1. Procesos de Reforma en Europa

Los protagonistas en comenzar con los procesos de reforma, fueron Europa y EEUU, en los años 1970, 1960 respectivamente. Modificando las estructuras de la atención y fomentando la eliminación y el cierre del manicomio y de los hospitales psiquiátricos.

En relación con lo cual De León (2013) plantea:

Estos procesos, a partir de la década del 60-70, tuvieron un impacto reducido y escasa información en nuestro país, dada la censura proveniente de la dictadura cívico-militar que vivimos en esos años, ya que estos movimientos y reformas, estaban vinculadas a fuertes críticas a las instituciones de encierro y a la vulneración de los derechos humanos. (p.87)

Las distintas propuestas de Salud que comienzan a surgir en Europa, donde se comienzan a dar los primeros intentos en proponer, la descentralización de la atención en los hospitales psiquiátricos, o en los manicomios, para establecer una nueva perspectiva que tenga como finalidad la reestructura de la atención en el campo de la salud mental, que abandone la modalidad de los manicomios y los hospitales psiquiátricos. (De León, 2013)

Según el autor antes mencionado, se comienzan a generar prácticas en países como Francia, Italia e Inglaterra, que autores como Basaglia, Castel, Foucault, por mencionar algunos, se han encargado de sistematizar. Desencadenándose en “procesos de deinstitucionalización, con diversa expresión en la construcción de políticas públicas y transformaciones institucionales en las estructuras de atención en Europa” (De León, 20013, p. 87-88)

Hacia 1957 se crea en Inglaterra la primera comunidad terapéutica, con la que se pretende comenzar a pensar desde un punto de vista comunitario, que posibilite la creación de unidades de asistencia en los hospitales generales. Enfatizando la descentralización y su proyección hacia la comunidad. (Techera et al, 2009)

En lo que a reforma respecta, un participante muy importante en Italia, será Basaglia, Director del hospital psiquiátrico de Trieste. Ya que intenta eliminar las terapias relacionadas al electroshock, así como aquellas modalidades de coacción física. Es Basaglia (Como se menciona en Techera et. al, 2009) quien deja de tomar a la enfermedad mental dentro de los parámetros de la normalidad o anormalidad. Los hospitales abren sus puertas para brindar eventos de carácter recreativo y cultural, así como talleres de teatro, pintura y escritura. Se realizan asambleas de las cuales participan funcionarios y los pacientes, quienes comienzan a tomar decisiones acerca del hospital. Al decir de Techera et.al (2010) “la población del hospital fue estimulada a salir a la ciudad, participar de sus actividades recreativas, visitar sus centros culturales y lugares de esparcimiento” (p. 104).

Estos acontecimientos, hacen que hacia 1977 tengan origen los primeros centros territoriales, donde se da apoyo a pacientes fuera del hospital, lo que desencadena en una disminución en lo que respecta a la atención en los hospitales psiquiátricos. Ahora los centros de salud mental comienzan a asumir y a desempeñar funciones del hospital. Los internados empiezan de esta forma a encontrar una salida a lo que es la institución hospitalaria.

Techera et al. (2009) al respecto afirman:

El centro de salud mental asume todas las funciones del hospital: comedores, asistencia domiciliaria, ambulatoria, atención de casos agudos, entre otras (...) El 13 de mayo de 1978 se aprueba la ley 180 que sustituye el modelo hospitalario por el de asistencia territorial (p.105)

En 1980 el hospital psiquiátrico de Trieste se convierte en hospital general, contando con servicio psiquiátrico de diagnóstico y curación, actuando en distintos casos, tales como interconsulta, urgencia, derivación a centros de salud mental. (Techera, et al. 2009)

En España se dan una serie de movimientos y cambios, dentro de los que se puede mencionar: el II Plan Integral de Salud Mental en Andalucía (PISMA). Se crea un grupo Intersectorial de derechos humanos y salud mental, con el fin de analizar y proponer medidas de mejora que viabilicen y garanticen los derechos de aquellas personas que son atendidos en el Sistema Sanitario Público Andaluz, siendo respetados y protegidos, como se exige en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Del Pino, 2015)

Entre los años 2006-2010 se da el llamado Plan de Calidad. La fundación pública Andaluza para la Integración Social de las personas con enfermedad mental. La misma plantea y propone: la atención al usuario basada en las necesidades globales; Orientada a la igualdad y al respeto de la intimidad; Teniendo en cuenta aspectos como la privacidad, la confidencialidad, la individualidad, la autonomía y la normalización.

En 1975 la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, lleva adelante la Declaración sobre los derechos de las personas impedidas, posteriormente se elabora una documentación que proteja y promueva los derechos de las personas con discapacidad.

En 1982 se realiza el Programa de Acción mundial para personas impedidas. En 1993 los estándares sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Sobre la década del 90 la ONU, propone los principios para la protección de las personas con enfermedades mentales y la mejora de la atención de la salud mental. La OMS, por su parte desarrolla las directrices sobre los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y principios básicos.

El consejo de Europa en 2004, según Del Pino (2015) "...Consagra los principios de restricción mínima y establece criterios para la aplicación del internamiento y del tratamiento involuntario, exige el control médico de medidas coercitivas (aislamiento y contención) e introduce la importancia de la valoración ética" (p.346).

En diciembre de 2006 se gestiona la convención de la organización de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. Convención basada en: principio de participación; respeto por la diferencia y la no discriminación; obligaciones del estado sobre la necesidad de formar profesionales y sensibilizar a los distintos implicados, sobre el respeto a los derechos, así como a la dignidad de las personas que padecen una discapacidad. Enfoque que supone el arribo de la problemática que presenta la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos y los factores de exclusión desde lo social.

En fin, tal como lo plantea Del Pino (2015) se pretende:

El diseño de un Plan Integral de Salud Mental que contenga como ejes transversales estos tres principios: derechos de las personas- lucha contra el estigma- enfoque de recuperación, podrá considerarse en todos sus términos un Plan Integral, Integrado, Intersectorial y con auténtica vocación de salud pública. (p.351)

Teniendo en cuenta la perspectiva del respeto a los derechos de las personas que sufren un trastorno mental, es que se puede llegar a luchar contra el estigma, interviniendo a partir de un enfoque que se caracterice por ser asistencial y de cuidados basados en la recuperación.

Procesos de Reforma en Latinoamérica y el Caribe:

Rodríguez (como es citado en De León, 2013) plantea como los trastornos mentales prevalecen tanto en América Latina como en el Caribe, contribuyendo con la discapacidad y la mortalidad prematura. Aún no se ha llegado a lograr que los distintos servicios de salud y recursos humanos que son destinados

para la atención en salud mental, sean suficientes. Lo que aun produce, conjuntamente con otros factores, procesos de exclusión y estigmatización; vulneración de los derechos humanos de aquellas personas con enfermedad mental u otro tipo de padecimiento.

Algunos de los acontecimientos importantes destacados en Latinoamérica están dados por: en 1978 se produce la Declaración de Alma Ata, siendo esta una conferencia internacional que trato acerca de la Atención Primaria de Salud, mostrando la importante desigualdad que existía entre la población dentro del ámbito de la salud. En esta Declaración se hizo manifiesto el derecho que poseen todas las personas para planificar el sistema de salud.

Posteriormente en 1990 se realizo la Declaración de Caracas, que fue una iniciativa para comenzar a dejar de utilizar las lógicas manicomiales. Para así desarrollar una atención que se caracterizase por ser comunitaria, abordada desde una perspectiva de los derechos humanos. La Declaración de Caracas fue una conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica. Los objetivos de esta fueron entonces: la promoción de nuevos modelos de atención, basados en una perspectiva comunitaria; protección de los derechos y la dignidad de las personas; fomentar la internación psiquiátrica en hospitales generales.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) viene impulsando desde el año 1990 una política de reforma de la atención en Salud Mental, que abarque la perspectiva de los Derechos Humanos. De esta forma es como en dicho año se lleva a cabo la denominada “Declaración de Caracas”, realizada la misma en el marco de la conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Declaración en la cual se exhorta a los distintos gobiernos a que adapten su legislación para de esta forma garantizar y asegurar el respeto de los derechos humanos y civiles de las personas con trastornos mentales. Pretendiendo además promover la organización de servicios comunitarios de Salud Mental que garanticen su cumplimiento.

En el año 2005 se definen “los principios rectores para el desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas” en la Declaración de Brasilia. Exhortándose aquí a impulsar principios de carácter ético, jurídico, técnico y político de la Declaración de Caracas, ya que se habían cumplido tal como se había predicho.

En 2009 la OPS aprueba la “Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental”, donde se elabora un análisis acerca de la situación de la Salud Mental en la región. Definiéndose cinco áreas de estrategias: formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental; Promoción de esta última y prevención de trastornos psíquicos, enfatizando el desarrollo psicosocial en la niñez; Prestación de servicios basados en la atención primaria y definición de condiciones prioritarias y de ejecución de

las intervenciones; Y por última el fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información respecto a la salud mental. (Del Pino, 2015)

Lo antedicho será resaltado en el año 2011 como un hito en la historia de la región, ya que coloca a la salud mental como aspecto importante a tratar para los gobiernos, que tiene la finalidad de impulsar procesos de cambios que se consideran de carácter necesario dentro del campo de la salud mental. Año en que se lleva adelante el “marco de referencia para la implementación de la estrategia regional en salud mental”, que pretende ofrecer pautas que sean claras en el momento de tener que ser adoptadas en distintos contextos. Sin embargo la consumación de las áreas de referencia es un proceso que avanza muy lentamente. Siendo importante destacar la voluntad de los diferentes organismos internacionales, para que dicha reforma en el campo de la salud mental sea llevada a cabo, basándose en una perspectiva que garantice el cumplimiento de los derechos humanos (Pérez, 2013).

Si se piensa acerca del motivo por el cual, dicha reforma ha implicado un proceso muy lento, Pérez (2013), se lo atribuye a “... la persistencia de un estigma social sobre la enfermedad mental, la falta de capacitación de los equipos de salud en estos temas y la organización de servicios especializados como única opción” (s/p)

Distintos organismos internacionales han manifestado su preocupación acerca de las condiciones en el tratamiento de personas que requieren atención dentro del campo de la salud mental. Lo que puede deberse al costo, como también al peso humano, social y económico que los sujetos con padecimiento psiquiátrico implican.

De acuerdo con lo que determina la OPS, se establece que existen en América Latina y el Caribe dificultades al momento de acceder a tratamientos y servicios que sean adecuados para las personas que son usuarios/as de Salud Mental. Problemática que se conecta además con los procesos sociales de discriminación, exclusión y estigmatización social, dado hacia aquellas personas con padecimientos psiquiátricos. (De León, et al. 2016)

Las reformas de la atención en salud mental, en América Latina y el Caribe, con la inclusión de la perspectiva de derechos, desde la Declaración de Caracas (OPS, 1990), y los Principios para la protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la atención en salud (ONU, 1991), demandan la producción de conocimientos en salud mental con pertinencia social. Las recomendaciones internacionales propician el apoyo a investigaciones que arrojen una mayor comprensión de las condiciones de producción del sufrimiento mental y que permitan desarrollar los propósitos de transformación en los modelos de atención. El propósito es conocer las especificidades y singularidades de las comunidades, para poder entender mejor los resultados producidos por la multicausalidad de los procesos de salud-enfermedad. (De León, 2016, p. 109)

Proceso de Reforma en la Región:

Con la creación del primer asilo psiquiátrico en Francia y del Hospicio de Pedro II en Río de Janeiro, Brasil, se comienzan a entrecruzar distintos movimientos críticos, en lo que a su funcionamiento respecta.

Sobre fines de 1960, es decir en la década del setenta, se comienza a gestionar un proceso de reforma en Brasil, a partir de movimientos de los trabajadores de la salud mental de este país.

Luego de la segunda guerra mundial se comienzan a dar las primeras experiencias de carácter socio terapéuticas en el mundo. Desarrollándose, comunidades terapéuticas, como la psiquiatría de sector y la psicoterapia institucional. A partir de este momento el objetivo fundamental pasará a ser la salud mental, no como hasta ese entonces donde se apuntaba a la prevención y terapia de las enfermedades mentales. (Techera, et al, 2009)

Brasil es uno de los países pioneros en lo que respecta a la construcción de la salud mental. País en el que comienzan a suceder una serie de cambios dentro de los que se puede destacar la transformación dada en el Servicio Nacional de Enfermedades Mentales en la División Nacional de Salud Mental. Creándose además nuevos planes en San Pablo y Rio Grande del Sur. Su proceso de reforma es posible dividirlo en tres momentos: el primero corresponde a la Trayectoria Alternativa, donde se realizaban denuncias y acusaciones al gobierno militar acerca del sistema nacional de asistencia psiquiátrica. El segundo momento se encuentra dado por la Trayectoria Sanitaria en la década del 80. Los movimientos de reforma comenzaran a ser incorporados por el Estado. En este momento se visualiza la influencia de la OPS, en la implementación de la medicina comunitaria, la atención primaria, preventiva, la regionalización y la universalización. El último momento dado en 1985, se encuentra dado por la creación por parte de la Trayectoria de Desinstitucionalización o Deconstrucción/Invención, del Sistema único de salud, en el que se pretende implementar el centro de Atención Psicosocial y los Núcleos de Atención Psiquiátrica. (Techera, et al. 2009)

Como consecuencia de lo antedicho, se produce una descentralización del sistema de atención psiquiátrico, la regularización por el Ministerio de Salud, y servicios de atención dentro de un régimen ambulatorio y de interacción hospitalaria. Donde se pretende que en forma conjunta el usuario con el equipo de profesionales elaboren estrategias para el seguimiento desde una mirada que tenga presente lo que es pertinente para esa persona particular.

En 1999 se crea la Ley de Salud Mental en Brasil, que permite desarrollar distintos programas, que funcionen en servicios comunitarios, como apoyo psicosocial, para pacientes. (De León, 2013).

Según Tosta (Como se menciona en De León, 2013) señala:

La reforma brasileña ha realizado una transformación importante en la atención a la salud mental cambiando la dirección del modelo, reglamentando el cuidado especial a usuarias/os, previendo la posibilidad de sanciones para la internación involuntaria o innecesaria; impulsando la Desinstitucionalización de pacientes con largo tiempo de permanencia en hospitales psiquiátricos y las intervenciones de rehabilitación psicosocial e inclusión en programas de atención extrahospitalaria. (p. 89)

Por su parte, la reforma que se da en Argentina en los 80`` comienza en Río Negro. El proceso de reforma que implicaba un proceso de desmanicomialización, se inicia a partir de un programa de inclusión laboral destinado a personas con “padecimiento mental”, pretendiendo además lograr que se cierren los neuropsiquiátricos, se eliminen las terapias que se caracterizaban por ser invasivas, fomentando la implementación del tratamiento comunitario. (Techera et al, 2009) En el año 1991, se crea la Ley 2440 “Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental” que tiene como finalidad hacer énfasis en la identidad, la dignidad y el respeto hacia las personas con enfermedad mental. Focalizándose también en lo que respecta a la reinserción comunitaria. Por otra parte se encargo de prohibir terapias como el electroshock, el abseso de fijación y el shock insulínico. Hacia 1993, se da una reformulación de la Atención en Salud Mental dentro del Sistema Público de San Luis.

Como plantea De León (2013) en el año 2000, la Legislatura Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires, sanciona la ley mencionada anteriormente, bajo el impulso dado por el movimiento social de desmanicomialización y transformación institucional. Motivo por el cual en el 2011 se lleva adelante la votación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. En la misma se pretende reconocer a la salud mental como un proceso que es determinado por componentes históricos, culturales, socioeconómicos, psicológicos y biológicos. Donde la preservación y el mejoramiento, esta dado por una dinámica de construcción social, que se vincula con la garantía y respeto de los derechos humanos y sociales de las personas.

Por su parte en Chile a fines de los sesenta se llevaba a cabo un proceso que pretendía rectificar las diversas modalidades discriminativas y estigmatizante, sin embargo este proceso se vio coartado por la dictadura militar, la que incidió en el respeto a la humanización, democratización y mejoramiento de los servicios y en las condiciones de atención. Esta situación no se modificó hasta la década del 90 cuando se dio la reapertura democrática. Siendo en 1993 cuando se consume la construcción del primer Plan de Salud Mental. Plan que se ve reformulado en 2000, teniendo gran participación la sociedad civil. Asentando sus bases en una perspectiva integral, y con intervenciones preventivas, es decir atención primaria, secundaria y terciaria, orientada al diagnóstico y tratamiento de la persona con enfermedad mental. (De León, 2013)

Capítulo IV:

“Uruguay por una ley de salud mental”

4.1. Pasado, Presente y Futuro

“Si nos hundimos antes de nadar, no soñarán los peces con anzuelos, si nos rendimos para no llorar, declarará el amor huelga de celo” Joaquín Sabina

Para comenzar a indagar respecto al campo jurídico y político de la salud mental, es preciso primeramente, contextualizar el concepto de salud mental. Bastide (como se cito en Techera & Apud, 2013) concibe la salud mental:

Desde una visión amplia, que permita incluir dimensiones históricas, culturales y sociales. Esta perspectiva sitúa al fenómeno de la “locura” de forma diferente al modelo tradicional, de corte biologicista y universalizante, lo cual no implica necesariamente negar el lugar de lo biológico o hereditario en la constitución caracterológica del sujeto, sino problematizar las múltiples causas- biológicas, ambientales, culturales, vinculares, etc.,- que pueden incidir en el desarrollo psicológico, así como también determinar qué tipos de caracterologías se producen, normalizan y repudian en distintas sociedades y culturas. Lo normal y lo anormal no depende de ningún patrón universal, sino que obedece a ciertos criterios sociales de valoración en torno a qué modos de estar en el mundo son correctos para vivir en una sociedad determinada. (p. 27)

Respondiendo de esta forma a prácticas sociales, pautadas para marcar aquello diferente que no se ajusta a lo pautado por la sociedad, sean estas conductas u acciones que colocan al sujeto catalogado como distinto, del lado de la enfermedad mental.

Desde otro punto de vista Ottonelli (2013) la aborda como:

(...) un proceso dinámico de las personas y grupos sociales, resultantes de fenómenos de interacción dialéctica de los diferentes componentes, que le permiten la adaptación adecuada y ajuste en función de las diferentes circunstancias por las que atraviesa como individuo y ser social en un lugar y momento dado. El estado de salud aspirado, es aquel en que las personas dispongan de mejor capacidad y habilidad de supervivencia, representación de sí mismo y de lo externo tal, que puedan vivir, convivir y generar bienestar y desarrollo. (p.59)

Contextualizando el campo de la salud mental en nuestro país, se conocen distintos hechos y acontecimientos que determinaron el campo jurídico. Según plantea Techera et al. (2009) diversas han sido las investigaciones que se han desarrollado, y que dan cuenta de la construcción del campo de la salud mental. Principalmente desde la sanitización y la medicalización, que se ha llevado adelante sobre fines del S. XIX y principios del S.XX.

Durante años se ha desplegado un modelo de atención manicomial, que tiene sustento a partir de la Ley N° 9581 denominada “Asistencia a Psicópatas” en el año 1936. Ley que organiza la asistencia psiquiátrica, rigiendo hasta fines de la década del 60.

Con la llegada de la dictadura cívico-militar a Uruguay (1973-1985), se pone fin al modelo de atención a la salud mental. Sin embargo, a partir de la reapertura democrática, se comienzan a dar distintas políticas públicas, que serán dirigidas al campo de la salud mental. Aspecto que se entrevé con la creación de la Comisión Nacional de Salud Mental. En la que participan más de 20 organizaciones, que se encuentran vinculadas a la problemática de la salud mental. (Techera et. al, 2009)

Sobre la ley N° 9581, que organiza la asistencia de Psicópatas, se han establecido una serie de críticas ya que la misma en primer término no toma en cuenta los derechos de aquellos que poseen una enfermedad mental. Considerándose además una ley que teniendo en cuenta los avances que se han venido gestionando tanto a nivel internacional como regional y nacional, sobre la salud mental, esta desactualizada y no posee un abordaje, que englobe el tratamiento de la persona de forma interdisciplinaria e intersectorial.

Crítica que se realiza debido a que la ley que organiza la asistencia de psicópatas, plantea la necesidad que cada establecimiento psiquiátrico, esté a cargo de un médico psiquiatra, que debe ser autorizado por el MSP. Creando de esta forma un organismo que controle la Inspección General de Psicópatas. Ley que por otra parte solicita la presunción de certificados y constancias que habiliten la internación y pongan en funcionamiento una comisión asesora de la Asistencia a Psicópatas, con la finalidad que la misma resuelva irregularidades. (Ottonelli, 2013)

Hacia 1948, se crea el Patronato del Psicópata, que tiene como objetivo principal, el reintegro del enfermo en la sociedad, capacitándolo para que de esta forma pueda trabajar.

En 1986 nace el llamado Programa Nacional de Salud Mental, como consecuencia de la necesidad de generar un cambio que renueve la atención de la salud mental. Dicho programa surge entonces producto de una resolución del M.S.P, y a pesar de no contar con un respaldo y estructura económica, fue el documento básico con el que trabajaron aquellos que pretendieron crear una renovación dentro de la salud mental. Dentro de las actividades planteadas se abrieron salas en hospitales generales y se implemento la capacitación de las familias de los pacientes internados, desarrollándose para estos últimos talleres de rehabilitación. (Ottonelli, 2013)

Al respecto Techera et al. (2009) plantean:

En 1986 se emprendió un nuevo plan que buscaba retomar las líneas planteadas en 1972. El Ministerio de Salud Pública aprobó el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), cuyas directrices son la Atención Primaria en salud inserta en la

comunidad, la creación de unidades de salud mental en los hospitales generales y la promoción de nuevos modelos de asistencia. El programa se asentó en buena medida en el sector público de salud, pero no pudo hacerlo en la población general, lo cual es de gran importancia si se quiere revertir los procesos de estigmatización, segregación e incompreensión. De todos modos se realizan diversas transformaciones como la creación del Área de Salud Mental, la Residencia Médica Hospitalaria en Psiquiatría, la descentralización del servicio y el desarrollo de la atención psiquiátrica en el interior del país. (p.108)

Sin embargo determinadas circunstancias dentro de las que se puede resaltar la falta de recursos económicos y humanos, hacen que lo antes dicho no se lleve a cabo. Pero la creación del plan fue un puntapié en la transformación del Sistema Nacional de Salud Mental, respecto a su descentralización, así como en la creación y surgimiento de nuevos dispositivos basados en un plan de carácter integral, apoyado en la comunidad, y que tenga como finalidad la resolución de aquellos problemas que se generan en torno a la estigmatización social y al encierro. (Techera et al, 2009)

En 1990 la Declaración de Caracas proclama la superación del actual modelo de atención, basado en los dispositivos asilares, disputa contra la discriminación y estigmatización que sufre quien posee problemas que conciernen a la salud mental. Pretende hacer a un lado el papel hegemónico que cumple el hospital psiquiátrico, eliminando su centralización, pensando en un modelo centrado en la comunidad, donde la dignidad singular de cada paciente, así como sus derechos humanos sean protegidos.

Consecutivamente a los acontecimientos hasta el momento mencionados, le prosiguen en 1991 la creación de Principios sobre la protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental; en el año 2007 la Convención internacional de NN.UU sobre los derechos de las personas con discapacidad que incluye a los enfermos mentales; en el año 2010, la creación de la Ley Nacional: Protección integral a los derechos de las personas con discapacidad, N° 18.651; Y finalmente la Instauración del Sistema Nacional Integrado de Salud, regido bajo la ley N°: 18.211 (Ottonelli, 2013).

La Convención internacional de NNUU sobre los derechos de las personas con discapacidad que incluye a los enfermos mentales, y que rige bajo la Ley 18.408 fue aprobada en el año 2008. La misma fomenta la instalación de bienes y servicios contra la discriminación, que contribuyan con la superación de la discapacidad, luchando a favor del derecho a la inclusión social, así como a consolidar una familia y a acceder a una educación que sea inclusiva. Fomentando principalmente una protección a los derechos de quienes poseen alguna dificultad, que de manera explícita comprende también a los enfermos mentales (Ottonelli, 2013).

Por otra parte, el Plan de implementación de Prestaciones de Salud Mental en el SNIS del 2008 y 2011. Por los decretos 465/08 y 305/11, procura prevenir, promover y detectar de forma precoz las patologías. Haciendo especial énfasis en la rehabilitación, integrando a los pacientes al medio original. Al decir de Ottonelli (2013):

Indica 6 (seis) prioridades: desde la integralidad de la salud en las franjas etáreas, la atención psicológica y priorizar el primer nivel de atención, hasta el desarrollo saludable de niños y adolescentes, situaciones de prevención y violencia y poner el acento en los colectivos que pueden ser multiplicadores de salud (p.66).

La Ley Nacional 18.651 de 2010: Protección Integral a los derechos de las personas con discapacidad mencionada más arriba, hace alusión a personas que poseen una alteración funcional física o mental, intelectual y/o psíquica. “Aplica, completa y amplia los derechos consagrados en la Convención y es en beneficio de los enfermos mentales en la medida en que tienen imposibilidad o dificultad para defenderlos o ejercerlos directamente” (Ottonelli, 2013, p. 65).

En el año 2007, la comisión asesora técnica permanente del Ministerio de Salud Pública, redactó un anteproyecto de ley sobre salud mental, que quedó paralizado en el año 2009. Sin embargo años más tarde, para ser exacto cinco, la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del pueblo conformo un grupo de personas, profesionales, organizaciones sociales, el Estado que de manera conjunta trabajan en una nueva ley de salud mental, que tiene su sustento en el anteproyecto dado en los años 2007-2009.

Teniendo presente entonces que en Uruguay no existe una ley de Salud Mental que garantice los derechos humanos de las personas con padecimientos psiquiátricos, es que se viene gestionando la creación de la misma. La que posee como objetivo fundamental, basándose esto en el Anteproyecto de Ley de Salud Mental y Derechos Humanos de la República Oriental del Uruguay, presentado por la Asamblea Instituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna (2015) el siguiente: “Declárense de interés Nacional y de orden público las actividades orientadas a la promoción, prevención y atención de la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos” (p2). Descripto por la misma de forma más detallada en el artículo 1, donde alude a dichos objetivos:

La presente Ley tiene por objeto garantizar en la República Oriental del Uruguay el derecho humano a la salud mental de todas las personas sin distinción, exclusión o restricción por motivo de raza, color, edad, sexo, orientación sexual, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, de origen nacional, social, condición económica o cualquier otra circunstancia. (p.3)

Es preciso destacar que la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna funciona desde el año 2012 y está compuesta por psicólogos, usuarios de la salud mental, familiares, vecinos, que trabajan para que la misma se haga efectiva, siendo una problemática compleja que incumbe a toda la sociedad.

Este proceso que en el 2009 se vio interrumpido, es retomado en el año 2014, como consecuencia de un hecho que conmocionó a la sociedad, y que implicó el fallecimiento de un paciente.

El MSP presentó en el parlamento una propuesta de Ley de Salud Mental, la cual se realizó en base a los aportes que han brindado distintas organizaciones sociales. Sin embargo la misma requiere de

algunos ajustes de carácter necesario, para que sea coherente con el nuevo paradigma de salud mental que se propone y pretende alcanzar.

Actualmente puede decirse que existen en el parlamento dos anteproyectos de ley. Uno de ellos fue elaborado por el MSP, mientras que el otro lo elaboró la Asamblea Constituyente.

Teniendo presente como se mencionó anteriormente, que la Ley vigente (N° 9581) es inadecuada, el objetivo de los distintos organismos participantes, es establecer una ley que sea justa, inclusiva y humanizadora. Estas dos propuestas comparten el cierre de los hospitales psiquiátricos monovalentes. No obstante esto, existen diferencias entre las dos propuestas.

Recientemente se creó La Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental. En la que destacan once puntos relevantes, que pretenden ser implementados en dicha ley. Dentro de dichos puntos cabe destacar: el respeto a los derechos humanos, la dignidad y el buen trato hacia personas con problemáticas en salud mental; la creación de un órgano de revisión y supervisión independiente y autónoma, que vele y garantice los derechos humanos; promover políticas activas de educación, comunicación y cultura que promuevan procesos de desestigmatización y despatologización; el acceso y goce efectivo de los derechos universales, civiles, políticos, económicos y culturales de las personas con padecimiento psíquico. Participación de usuarios y familiares en el diseño, aplicación y seguimiento de las políticas en salud mental y del nuevo Plan Nacional de salud mental. Y promover la formación en derechos humanos de todos los operadores en salud mental y en todos los niveles de la educación, así como su inclusión en el contenido y cuidado de las prácticas.

Son éstos solo alguno de los once puntos que se pretende implementar, con la creación de una Ley de Salud Mental. Los mismos se centran en la problemática que a lo largo del presente trabajo se ha desarrollado. Problemática que sufren los usuarios de los servicios de salud mental. Siendo los procesos de estigmatización y exclusión social, procesos que se han producido en la sociedad, es importante que se comience a sensibilizar a esta última respecto a la misma.

Conclusión

Arribando a lo que es el cierre del presente trabajo, luego de haber realizado un recorrido bibliográfico por diversos autores, sobre una problemática que tan cercana a gran parte de la sociedad es, análogamente rechazada e ignorada por otra parte, es que se desprenden algunas conclusiones sobre la misma.

Dentro de la sociedad es posible destacar la diferencia, que se da a partir de la singularidad de cada persona. Singularidad que la caracteriza, y que se encuentra determinada por una historia de vida, con experiencias, vínculos, formas de pensar, vivir, sentir y ser en el mundo. Ahora ¿Qué delgada es la línea que nos separa de la diferencia?, en tanto si es vivida con naturalidad, ya que en lo que todas las personas se parecen, es en que todas son diferentes. O si el atributo que hace a dicha diferencia, es marcado de forma negativa, produciendo en el otro, una vivencia de inferioridad, de inhibición y de extrañeza.

Lo antedicho es lo que acontece con la locura, tal como se abordó en el presente trabajo. La locura ha sido y continúa siendo víctima de procesos de estigmatización y exclusión social, que se dan producto de un entramado social. Conjuntamente con estos procesos se han generado diversas significaciones respecto a la misma, que han variado de acuerdo a una época en particular. Intentando estas atribuir un sentido a una problemática social.

Significaciones en torno a la locura y al cuerpo del loco o enfermo mental que generaron en el mismo una marca. La idea que de loco se tenía en la época clásica, ya no es la misma que se tiene actualmente. Siendo hoy relacionada directamente con la enfermedad mental. El término de locura es un término que como plantea De León (2000) es muy transversalista. Es decir que hoy día hay diversas formas de estar loco. Hay quienes están locos de amor, locos de ira, locos de vergüenza, incluso es común escuchar la frase ¡estoy loco de sueño!

El cuerpo del loco, así como su palabra y discurso, han quedado relegadas al silencio y al olvido. Lugar del cual, cada uno desde la implicación como persona que conforma la sociedad, debería comenzar a cuestionar-se, para de esta forma llegar a corregir y modificar.

Dicha situación es muy compleja, debido a los distintos mitos y prejuicios que se han depositado sobre el cuerpo de quien es considerado loco o enfermo mental. Siendo estas categorías estigmatizante, ya que cumplen la función de estereotipar y encasillar, generando efectos que inciden en la vida de las

personas que poseen un sufrimiento psíquico. Efectos que además del estigma y la exclusión, se pueden vislumbrar a partir de la degradación y cronificación que se produce en estas personas.

Marcas negativas que causan angustia, tristeza y malestar, solo por el hecho de no cumplir con algo establecido como aparentemente normal. Normalidad que según la perspectiva desde la que se la mire, se caracteriza por ser relativa. Termino que también se da como respuesta a una construcción socio-histórica. Palabras y discursos que poseen un peso y una marca que muchas veces es difícil derribar. Difícil pero no imposible.

Distintas interrogantes se presentaron en la realización del presente trabajo. Interrogantes que por momentos se acercaron a una respuesta, y por momentos generaron sentimientos como enojo, incertidumbre, impotencia. Sentimientos que me dieron la posibilidad de pensar-me en el mundo, y en relación al entorno en el que me encuentro inmersa. En cuanto a un lugar, un espacio, una función, un ser. Un ser que es, un ser conmigo misma y un ser con el otro, y a partir de otro. Posibilidad que se genera gracias a un encuentro y a la potencialidad del mismo y de los cuerpos.

La Institucionalización de la enfermedad mental con sus respectivas lógicas manicomiales regidas bajo el modelo de la institución asilar, deja vislumbrar distintos hechos y conductas que establecen el lugar, al que el cuerpo del loco ha sido relegado. En tal sentido puede decirse que entre estos cuerpos y la sociedad se produce un desencuentro; Desencuentro que desde la perspectiva Spinoziana, en tanto no fomenta, por el contrario inhibe la potencialidad.

Spinoza (como se cito en Deleuze, 2013) ve al cuerpo de acuerdo a dos criterios: por un lado, lo ve compuesto por una inmensidad de partículas, se refiere el autor aquí a lo que llama relaciones de reposo y movimiento, así como de velocidad y lentitud. Plantea también la influencia que ejerce un cuerpo sobre el otro destacando una segunda posición respecto de la definición de los mismos: el poder de afectar y ser afectado.

En relación con la noción de cuerpo, Moffat (1974) en sus escritos manifiesta que “el cuerpo es una manera de ser-en-el-mundo” (p.10). Haciendo hincapié en la utilidad que se le da al mismo en el hospicio o institución asilar, donde es utilizado como “un vehículo para mandar mensajes” (p.12). El cuerpo es lo único que no se le puede quitar, es el canal de expresión en su relación con el mundo. Es a partir del diálogo que establece en función del cuerpo, que con el transcurso del tiempo, lo transforma en una estrategia de vida que le permite sobrevivir o supervivir en el ambiente dado a partir del encierro.

Pensando a partir de la perspectiva de Spinoza, el cuerpo del loco queda disminuido a una despotencia que en el encuentro con el otro es afectada, siendo además causante de una afectación sobre ese otro, en quien despierta distintas sensaciones.

El momento que el campo de la salud mental se encuentra atravesando es fundamental, teniendo en cuenta que se está luchando por lograr establecer un cambio de paradigma. Llegar a un modelo de atención que garantice y viabilice el respeto y el conocimiento hacia los derechos humanos de las personas que son usuarias del sistema de salud. Pretendiendo eliminar los dispositivos asilares, que con sus respectivas lógicas manicomiales, han fundado la institucionalización de la enfermedad mental, sobre la que recae una historia que ha sido olvidada. Siendo fundamental en la vida de cada persona, ya que la denominada locura es una enfermedad de la que nadie se encuentra libre.

En este nuevo modelo de asistencia, de atención, de promoción y prevención de la salud que se pretende alcanzar es fundamental, que exista un lugar para insertar a los usuarios. Espacios que les permitan construir una identidad e historización como sujetos, sentirse un ser autónomo, que pueda plantearse un proyecto a futuro, que lo estimule, y se sepa acompañado, incluido y no sea aislado, abandonado, estigmatizado o excluido. Espacio en el que pueda expresar libremente lo que siente, como mecanismo y herramienta de trabajo en lo que será su tratamiento, que lo habilite a una recuperación. En tal sentido, tuve la posibilidad como estudiante en mi proceso de formación Universitaria, de acercarme y conocer los espacios que a nivel académico y de la extensión (radio vilar de voz) se generan y acompañan este proceso de reforma, que se viene gestando desde hace varias décadas. Espacios estos que, considero deberíamos seguir produciéndolos.

Como modo de cierre considero fundamental y pertinente a la presente producción, destacar la importancia que adquiere siendo profesionales del campo de la salud, trabajar desde la implicación y desde el análisis de la misma, de modo de que la intervención sea dada y construida con otro, y para ese otro con sus singularidad, que espera recibir algo en este intercambio. A su vez, este modelo de intervención que se viene gestando y construyendo, supone visualizar a la persona desde su condición de participación activa, y toma de decisiones respecto de los procesos que conciernen a su propia vida. Se destaca aquí, la capacidad de mirar y escuchar al otro, no desde una clasificación sintomatología, sino en su potencia de ser. Es en esa mirada y escucha, que tiene lugar en un encuentro, donde se desprenderán las potencialidades de los cuerpos que hacen tal encuentro.

Arribando al cierre y finalización de esta instancia de trabajo, me planteo como emergente del recorrido teórico y bibliográfico la siguiente interrogante ¿Será posible modificar el paradigma y la mirada producida en torno a la locura y de la enfermedad mental? Interrogante que posibilita continuar investigando y conociendo sobre la problemática, a la vez que entiendo necesaria formular, dado que los paradigmas y las concepciones sociales preceden a las políticas, instituciones, organizaciones y prácticas que se desarrollan para cada campo de saber-hacer en el que las personas estamos involucrados.

Bibliografía

- Arteaga, N. (2008). *Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel*. Recuperado de: <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/6806.pdf>
- Asamblea Instituyente. *Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna*. Recuperado de: <http://asambleainstituyente.blogspot.com/>.
- Baroni, C., Cresci, L., Giordano, M. (2000). Vilardervoz: La historia oficial. *En V jornada de psicología universitaria (psicólogos y psicologías entre dos siglos consultas, demandas e intervenciones)*. Montevideo, Uruguay: Tock Ltda.
- Baroni, C., Jiménez A., Itza B., y Giordano, M. (2013). Locura en movimiento. En N. De León. (Ed.) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. (pp. 169-188). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.
- Barrán, J. P. (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: El poder de curar*. Tomo 1. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1994). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: La ortopedia de los pobres*. Tomo 2. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos: La invención del cuerpo*. Tomo 3. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.
- Basaglia, F. (2008). *La Condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires, Argentina: Topia Editorial.
- Campo-Arias, A., Oviedo, C., y Herazo, E (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de Psiquiatría*. 43(3), 162-167. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/rcp>
- Castel, R. (1984) *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al postanálisis*. Barcelona, España: Editorial Anagrama.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico: La edad de oro del alienismo*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

- Coordinadora de psicólogos del Uruguay (CPU) (Septiembre de 2015). *Hacia un nuevo paradigma en salud mental segunda parte.* (274) Recuperado de: http://www.psicólogos.org.uy/revista/274_revista2015_septiembre.pdf.
- De León, N. (1996). Locura y Cronificación II. En Scherzer, A., *Revista Universitaria de Psicología* N° 5. Montevideo, Uruguay: Editorial Multiplicidades.
- De León, N. Fernández, J. (1996). La locura y sus instituciones. *En Historia, violencia y subjetividad.* III Jornadas de Psicología Universitaria. (pp. 157-162) Montevideo, Uruguay: Ediciones Multiplicidades.
- De León, N. (2000). ¿Por qué no hablar con la locura? *En V Jornadas de Psicología Universitaria. Psicólogos y psicologías entre dos siglos, consultas, demandas e intervenciones*". Montevideo, Uruguay: Tock Ltda.
- De León, N. Fernández, J. (1998). Institucionalización de la locura: la enfermedad mental. *En IV jornadas de psicología universitaria.* Montevideo, Uruguay: Tock Ltda.
- De León, N. (2013). Procesos de Reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario. En N. De León. (Ed.) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental.* (pp. 87-93). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.
- De León, N. (2016). Proceso de Cronificación en el campo de Salud Mental: Índice de Cronicidad, concepto y medición. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 1(11) ,108-118. Recuperado de: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/187/182>
- Deleuze, G. (2008). *En medio de Spinoza.* Buenos Aires, Argentina: Cactus
- Deleuze, G. (2013). *Spinoza, Filosofía práctica.* Buenos Aires, Argentina: Tusquets Editores.
- Del Pino López, R (2015). Estrategia de Bioética en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. *Revista.Asoc.Esp.Neuropsiq,(126),341-353.doi:10.4321/S0211-57352015000200008*
- Fernández, A. (2015). Cambio en la noción de la locura. El hospital de los Inocentes de Valencia. *Cultura de los Cuidados*, (41), 106-113. Recuperado de: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=9be02da0-eefe-4a45-aad6-2ab53b173775%40sessionmgr110&hid=108>

- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. D.F, México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo II. D.F, México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar*. Recuperado de: <http://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>.
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona, España: Paidós.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. D.F, México: Ediciones AKAL.
- Ginés, A. (2013). Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud. En N. De León. (Ed.), *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (pp.37-50). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.
- Goffman, E. (2003). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores
- Goncalvez, L. (1999). *Arqueología del cuerpo. Ensayo para una clínica de la multiplicidad*. Montevideo, Uruguay: Lapsus Ltda...
- Kakuk, M. (2013). Aspectos jurídicos en el campo de la salud mental, Derechos Humanos: un tránsito necesario. En N. De León. (Ed.) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. (pp. 71- 84). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.
- La Diaria (Mayo de 2015) *De mente abierta. La salud mental hacia un cambio de paradigma (40)* Montevideo, Uruguay. Recuperado de: http://ladiaria.com.uy/media/editions/20150529/la_diaria-20150520-día_de_futuro_40_13A33ko.pdf
- Moffat, A. (1974). *Psicoterapia del oprimido*. Buenos Aires, Argentina: Librería Ecro.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2001) *Por la salud mental en el mundo: Sí a la atención, No a la exclusión: Mensaje del día Mundial de la Salud*. Recuperado de: URL: <http://www.who.int/docstore/world/health-day/whd2001/others/brochure.es.doc>
- Organización Panamericana de la Salud – OPS (1990) *Declaración de Caracas, 14 de Noviembre de 1990*. Recuperado de: <http://asambleainstituyente.blogspot.com/>

- Ottonelli, F. (2013). Marco jurídico: Salud Mental y Derechos Humano. En N. De León (Ed.) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. (pp. 59-70). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.
- Pérez, R. (2013). *Salud Mental, Demencias y Políticas Públicas en América Latina: deconstruyendo viejos y nuevos paradigmas*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Robert_Perez_Fernandez/publication/259470883_Salud_Mental_Demencias_y_Politiclas_Publicas_en_America_Latina_deconstruyendo_viejos_y_nuevos_paradigmas_Mental_Health_Dementias_and_Public_Policies_en_Latin_America_deconstruing_old_and_new_paradigm/links/0deec52bf136d89a77000000.pdf
- Pérez, R. (2013). Demencias, salud mental y exclusión social. En N. De León. (Ed.) *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las políticas en Salud Mental*. (pp. 151- 166). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.
- Rebellato, J. (1996). Desde el olvido a la construcción de una ética de la dignidad. *En III jornada de psicología universitaria. Historia, violencia y subjetividad*. Montevideo, Uruguay: Multiplicidades.
- Rivière, P. (s/f) *Diccionario de psicología social (Pichon Riviere)* Recuperado de: http://www.academia.edu/6406643/DICCIONARIO_DE_PSICOLOG%C3%8DA_SOCIAL_PICHON_RIVIERE
- Rudolf, S. (1996). A diez años del programa nacional de salud mental. *En III jornada de psicología universitaria. Historia, violencia y subjetividad*. Montevideo, Uruguay: Multiplicidades.
- Salud pública (2010) *Ley 26.657 Derecho a la protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derogase la ley n°22.914*. Argentina. Recuperado de: <http://www.infoleg.gov.ar/infoleginternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Techera, A. Apud, I. y Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo, Uruguay: CSIC, Universidad de la República.
- Techera, A., De León, N. Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J. (...) Sánchez, C. (2013). Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. En N. De León (Ed.) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. (pp. 15-24) Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.

- Techera, A; Apud, I (2013). Políticas de salud Mental en Uruguay. En N. De León (Ed.) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (pp.25-35) Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.
- Tosta, M. (2009). *La Reforma Psiquiátrica Brasileña: Perspectivas y problemas*. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252009000400001
- Tropé, H. (2010). *Inquisición y locura en la España de los siglos XVI y XVII*. Recuperado de: <http://proxy.timbo.org.uy:443/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=55598119&lang=es&site=eds-live>.
- Venier, A., Van-Rompaey, M., Perdomo, A. (1998). Abriendo puertas hacia la comprensión de la locura. *En IV jornada de psicología universitaria a diez años del plan de estudios*. Montevideo, Uruguay. Multiplicidades.