



**Locura, enfermedad y Salud Mental:
significaciones y contextos socio-históricos
en los procesos de reformas**

Trabajo final de grado.

Nombre: Soledad Maristán Scayola

Tutor: Nelson de León

Ciudad de Montevideo, Uruguay

Febrero, 2016

INDICE

Resumen	3
1. <u>LA LOCURA EN LA EDAD MEDIA</u>	4
Breve contextualización del pensamiento medieval y Renacentista.....	4
La fabricación de la locura: el loco medieval.....	5
Los personajes de la locura.....	7
Gente de placer o bufones.....	7
La locura de los vicios.....	8
Los predicadores y la herejía.....	9
Los poseídos.....	10
2. <u>EL DISCIPLINAMIENTO DE LA LOCURA</u>	11
El inicio de la Modernidad.....	11
Una nueva perspectiva de locura.....	12
La evolución de los procesos de control de la locura: desde el control familiar al dominio médico.....	15
El panorama en América Latina.....	18
3. <u>HACIA UN PROCESO DE REFORMA EN SALUD MENTAL</u>	19
El momento histórico.....	19
Los tipos de experiencias en reformas psiquiátricas.....	22
Los procesos de reformas en Europa y en EEUU.....	24
4. <u>REFORMAS EN SALUD MENTAL EN URUGUAY Y EN LA REGIÓN</u>	28
Procesos de cambios en América latina e incidencia en el contexto de nuestro país.....	28
Las reformas psiquiátricas en los países de la región.....	30
Construcción de la atención en Salud Mental en Uruguay.....	33
El panorama actual de nuestro país en Salud Mental.....	36
Reflexiones	40
Bibliografía	43

Resumen

¿Como y cuáles han sido las condiciones de significación de la locura y construcción de la enfermedad mental?, ¿Cómo se ha desarrollado la Salud Mental históricamente?. Lo que llamamos locura no es un concepto estático, sino un concepto que fue transformando su significación dependiendo del momento socio-histórico en que se visualice. El siguiente trabajo pretende realizar un recorrido sobre las condiciones de construcción de la locura como tal, a través de un análisis de el rol que fue tomando la figura del “loco” en diferentes períodos, concluyendo con las reformas en Salud Mental que se fueron realizando, en principio en Europa y EEUU, para luego extenderse a Latinoamérica y nuestro país.

La construcción de la locura supone un largo proceso donde se han puesto en juego diferentes formas de poder sobre los cuerpos, que van cambiando y adquiriendo nuevos estados y perspectivas de ver lo “diferente”. De la Edad Media a la actualidad, se ha definido a lo que hoy es considerada enfermedad mental, desde una lógica de exclusión, que fue mutando hacia el encierro y luego tomado por variadas disciplinas científicas como parte de su objeto de estudio.

Se puede inquirir que las formas de significación de la locura mutan , se acomodan y enmarcan adaptándose a los parámetros que cada momento histórico delinea.

Nuestro país, en las últimas décadas, esta viviendo un proceso de modificación de la legislación en Salud Mental, por lo que este trabajo pretende hacer un análisis sobre los acontecimientos que van acompañando dicho proceso.

PALABRAS CLAVE: Locura, proceso histórico , Salud Mental.

Capítulo I – La locura en la Edad Media.

Breve contextualización del pensamiento Medieval y Renacentista

A modo historizante podemos contextualizar la Edad Media como una etapa en la cual se sentaron muchas de las costumbres que definen nuestra contemporaneidad . Muchos historiadores pautan sus límites entre los siglos V y XV, pero no se puede definir un período de tiempo exacto en la que transcurre, ya que los cambios históricos se van dando de forma paulatina y cada época esta contaminada por las cosmovisiones subyacentes.

Este período se caracterizó por el dogmatismo católico en Europa Occidental, cuya verdad de Dios representó una verdad inamovible. La iglesia simbolizó la institución por excelencia, cuya idea de moralidad, concretó las bases sociales de convivencia.

El antiguo régimen esclavista del mundo antiguo, dio lugar al feudalismo, pautando a nivel social tres clases: el clero, la nobleza y los plebeyos.

Dios a creado el pueblo bajo para trabajar, para cultivar el suelo, para asegurar por medio del comercio la sustentación permanente de la sociedad; a creado al clero para los ministerios de la fe, y a creado la nobleza para realzar la virtud y administrar la justicia, para ser con los actos y las costumbres de sus distinguidas personas, el modelo de las diezmas (Huizinga, 2001, p 81)

El medioevo se estructuro a través de jerarquías terrenales, pero sin dejar de tener en cuenta la jerarquía celestial.“El hombre medieval le dio la espalda al mundo observable, lleno de dolor y confusión, para concentrarse en el cielo y en el alma, ambos susceptibles de ser conocidos a través de la introspección” (Leahey, 1998; p 93)

Este pensamiento reinó bajo muchos años en Europa Occidental, hasta el S.XIV aproximadamente donde empieza surgir una crisis del modelo medieval, dando lugar a una transición a lo que se denomina Renacimiento. Esta se debe a un fenómeno multicausal que permitió un cambio de perspectiva social dando paso a la construcción de subjetividades emergentes.

Para esa época la peste negra había exterminado un tercio de la población europea, lo que provocó una tendencia al pesimismo, y la creencia del desamparo del hombre ante Dios, comenzó así un periodo de cuestionamiento hacia el pensamiento dogmático religioso. El crecimiento de las ciudades y el arribo del capitalismo naciente se transformaron en algunos de los factores que determinaron el advenimiento de una nueva cosmovisión, donde la ciencia empieza a tomar un lugar importante.

Es este periodo de transición desde finales de la Edad Media hacia el Renacimiento, el que representa uno de los antecedentes que permitirán un mayor acercamiento a la comprensión de la actualidad en Salud Mental.

La fabricación de la locura: el loco medieval

Se puede encontrar en este momento histórico, concepciones de locura que muchas veces no comparten las mismas características, sin embargo todas ellas de cierta forma, representan una amenaza para el orden social que establecía la Edad Media; adquiriendo mayor relevancia con el advenimiento del Renacimiento, que venía a poner en tela de juicio todas aquellas verdades inquebrantables que reinaban en el panorama social de la época.

Aquí, el loco era comprendido como aquel que se entregaba a los placeres del cuerpo, representando una idea platónica de vivencia en la tierra. Las verdaderas recompensas no se darían en esta vida terrenal, sino después de la muerte, y es el ser sacrificado, que no se deja llevar por estas tentaciones, quien obtendría la salvación. Loco era todo aquel que se entregaba a los vicios y olvido de virtudes cristianas.

Por otro lado también entraban en esta categoría aquellos predicadores, que marcados por lo sobrenatural, son los poseedores de la verdad. “El demente ve lo que otros no pueden ver; sabe decir el futuro y conoce de antemano el destino de los hombres” (Heers, 1988; p123). Este tipo de demente, se estima como habitado por Dios, elegido por él, como consecuencia de un castigo divino, no por acciones que el mismo haya cometido sino que representa una expiación por los pecados de la humanidad.

Los llamados bufones personifican otro estrato en la construcción de la locura; estos tenían a su cargo el oficio de burlas o “gente de placer”, su función trataba de “provocar la risa y ser objeto de pullas de los cortesanos” (Bouza, 1996; p14). Mayormente se desempeñaban en los palacios, pero también servían a otras élites de la sociedad como forma de entretenimiento.

La forma de actuar ante estos personajes era un tanto ambivalente, por un lado generaban una gran curiosidad y fascinación, y por otro lado una profunda angustia y repulsión hacia lo diferente.

“En cuanto al trato dispensado a los locos, resulta igualmente ambiguo y desigual, pues oscila entre la crueldad y la misericordia, entre la burla despiadada y la ternura, entre el escarnio y la admiración respetuosa” (Peñalta, 2008, p.129). En muchas oportunidades se los humilla como una forma de diversión de los habitantes, considerando que estos no sienten dicha humillación.

Que les caiga una teja en la cabeza, eso sí que es desgracia; pero la infamia, la

vergüenza, la deshonra, la calumnia y la injuria ofenden sólo cuando se tiene conciencia de ellas, pero cuando no se tiene no hay tales ofensas. ¿Qué importa a uno que la gente le silbe en tanto que se aplaude a sí mismo? Pues bien: la Sandez es la única que puede dispensar tantos favores. (Erasmus, 1936, p 72).

Llegaron a sufrir insultos por la calle, persecuciones y golpes, suscitando esto, los mayores placeres para los habitantes de la ciudad.

Pero existía otro tipo de locura, con un rasgo que difiere de las anteriores, el loco que entra en los parámetros de peligrosidad, aquel “loco peligroso”, que necesitaba ser apartado de la vida social, ya que podía mostrarse violento. Es aquí donde entran los poseídos o aquellos “locos herejes”. “El peligro que el loco hace planear sobre la comunidad urbana o rural engendran numerosas medidas, muy significativas para la concepción de la locura y las enfermedades mentales” (Heers, 1988, p.124).

A los seres poseídos se los consideraban como habitados por el demonio, una de las primeras medidas a tomar ante estos casos era la de la ayuda de Dios a través de lo sobrenatural, utilizando el exorcismo para liberar a la persona de dicho mal; “el loco poseído por el demonio, a veces víctima del maleficio echado por una bruja, puede ser liberado a fuerza de oraciones, de signos con la cruz, de conjuros” (Heers, 1988, p126).

En el otro extremo, se consideraba hereje a todo aquel que se desvía de la fe, con algún acto de rebelión, y de alguna manera atenta o pone en tela de juicio la ideología cristiana.

Ahora, ¿quién dictamina que una persona pueda ser considerada poseída?, ¿cómo diferenciar a un loco de un hereje?. Aquellos que se pensaba que estaban locos eran examinados por una comisión integrada por miembros de la comunidad a la que pertenecía el presunto enfermo, que incluían, testigos, inquisidores y médicos. En caso de herejía el tribunal se encargaba de evaluar si la persona que cometió el delito se encontraba en uso de sus facultades mentales, o simplemente realizó un acto de locura. “La lectura de los documentos muestra que los dos componentes más utilizados por los testigos, inquisidores y médicos, en un esfuerzo para determinar la existencia de la locura, fueron el comportamiento y el habla” (Ordorika, 2009) .A quienes se consideraban culpables, sufrían la pena de muerte, a quienes no, se los expulsa o aísla de las ciudades.

Algo parecido sucede en el caso de poseídos, la primera acción a realizarse es el exorcismo, en caso de que este no funcione, se procede también a la expulsión o el encierro.

Foucault (1967), realiza un análisis de estas formas de exclusión de la locura. Según el autor el loco hereda los valores que se daban a los leprosos en la época. El leproso era considerado un pecador, y la enfermedad como un castigo divino, el cual hay que apartar como forma de salvación de su alma. Su figura produce gran temor, debido a su relación con la

muerte, por lo que son apartados y abandonados en los leprosarios. Con la desaparición de la peste, muchos de estos lugares de encierro quedaron vacíos, pero es el loco, junto con los pobres, vagabundos y reclusos quien será sucesor de esta estructura de alienación. Los leprosarios se transforman entonces en lugares donde se deriva a esta población, representando el primer antecedente de el modelo manicomial.

Es a comienzos del Renacimiento donde se comienza a jugar otro mecanismo de supresión de la locura que consistía en la costumbre de expulsar a los insensatos de la ciudad a través de barcos a la deriva, como forma de exilio ritual. Esta usanza está dotada de un gran poder simbólico, como forma de conducción de los locos hacia la razón. "Se puede creer que en ciertas ciudades importantes- lugares de paso o de mercado- los locos eran llevados en un número considerable por marineros y mercaderes, y que allí se "perdían", librando así de su presencia a la ciudad de donde venían" (Foucault, p.18,1967).

El Renacimiento aumentó el trato marginal a la locura, la tolerancia a lo diferente se redujo ya que existía una crisis ideológica por lo que se trató de eliminar toda demostración de contrariedad ante la sociedad reinante, produciendo un mayor enajenamiento.

Los personajes de la locura

Gente de placer o bufones

El personaje del bufón representaba un sujeto que provocaba gran fascinación, debido a que se percibía como un ser diferente. Muchos de los hombres de placer tenían la característica de poseer alguna deformación física, lo que constituía que escaparan del orden de la normalidad; estos seres extraordinarios asombraban por su deformidad, "bien por grandeza (gigantes, obesos) o pequeñez (enanos), bien por una apariencia que, sin ser deformidad, fuera contraria a los estereotipos habituales (mujeres barbudas, niñas encrespadas)" (Bouza, 1996, p.20).

Además de estos individuos diversos, podían ocupar el oficio de burlas aquellas personas estimadas sin juicio o inteligencia, siempre y cuando no presenten algún signo de violencia. Por último entraban en esta categoría los denominados truhanes, personas que se asemejan a un actor, que si bien no contaban con ninguna carencia intelectual o deformidad física, provocaban la risa con sus palabras de burla y graciosos gestos.

Todos ellos tenían la característica común: el ser objeto de diversión de la nobleza, a través del estigma "Como en juegos de espejos, estos seres descomunales, faltos o excesivos, afirman en los otros la normalidad que su cuerpo o su mente están negando." (Bouza, 1993, p.20)

En los denominados truhanes, su gracia consistía en hacer burla de las rígidas convenciones sociales, a través de la actuación y charlatanería “ Los locos palaciegos se atrevían, a remedar las voces y los gestos de cualquiera, llegando a fingirse clérigos o aristócratas” (Bouza, 1996.p.29). Esta situación no siempre condujo a gracia de todos, ya que muchos llegaron a sentirse ofendidos por dichas representaciones, provocando como desenlace la muerte por venganza a estas acciones.

Además los cánones de moralidad otorgaban un valor diferente a los truhanes de los “locos verdaderos”, ya que los anteriores representan tan solo a farsantes que se hacen pasar por locos para provecho propio. Los demás cargaban con un cierto prestigio social, ya que no estaban provistos de malas intenciones, “cuya inocencia, a veces inspirada en Dios, los habría hecho inmunes a cualquier tipo de intereses particulares sin que por ello, estuvieran reducidos al estado de los necios, estos si desterrados del palacio.” (Bouza, 1996, p36). De todas maneras esto no impedía que sea víctimas por parte de la comunidad de los mas crueles tratos, en nombre de la risa.

En lo referente a la estética el bufón:

Lleva sobre todo un vestido largo con los faldones recortados en punta y un capuchón, o coqueluchón, con dos largas orejas colgantes. En la mano su masa o su marotte, centro burlesco o parodia de báculo episcopal, largo bastón que termina en una cabeza de mujer pintada con colores vivos y adornada con cascabeles o pequeñas campanillas (Heers, 1988,p. 133)

La locura de los vicios

Este tipo de locura representa a quienes se dejan llevar por los placeres, y no controlan sus humanas pasiones a través de la razón. Estos seres se ven libres de temor de la muerte, no sienten remordimientos, y sobre ellos cae el pecado.

Los vicios, tenían su base en los pecados capitales que eran concebidos como soberbia, avaricia, gula, lujuria, ira, envidia y pereza. De este modo todo aquel que llevara una existencia mundana, quien “anda siempre embriagado, en comilonas, entre danzas, cantos y fiestas y gastando su tiempo en insensateces” (Erasmo, 1936, p.50), quien adula para conseguir su beneficio propio, aquellos que se dejen dominar por la ira cometiendo los actos mas salvajes o movidos por la avaricia se dediquen al juego o a los engaños; quienes se entreguen a “perjurios, orgías, borracheras, camorras, muertes, calumnias, perfidias y traiciones, hasta el extremo de creerse tan rescatados de la culpa que pueden incluso volver a empezar la retahíla de sus fechorías” (Erasmo, 1936, p.86) entrarían en territorio de la locura.

Los predicadores y la herejía

Como se menciono anteriormente, la herejía encarna cualquier actividad que represente una idea contraria a la doctrina católica; acusándose a los que la cometían de atentar contra la institución eclesiástica. Esto incluía tanto la profanación de imágenes o bienes religiosos y el discurso contra sus pensamientos o sus clérigos. De este modo, algunos predicadores que discursaban en contra de la iglesia podían ingresar dentro de los herejes.

El Tribunal de Santo Oficio es el que se encargaba de dictaminar si estas personas podían ser juzgadas o si se encontraban locos, y por lo tanto no podían ser responsabilizados de sus actos.

Cabe destacar que si bien las prácticas de inquisición están arraigadas en la Edad Media surgiendo aproximadamente en el S.XII, este Tribunal se expande como dispositivo institucional con el Renacimiento y continua durante un largo periodo de la Edad Moderna

El jueves santo de 1642, un joven llamado Juan de la Rea lanzó una piedra a la figura de un Cristo que pertenecía a la Iglesia de Antón Martín de Madrid, rompiéndole ambas piernas. No hubo duda de que fue el quien realizó esta acción, ni de que la instancia que debía encargarse de procesarlo por haber atacado una imagen religiosa era el Tribunal del Santo Oficio. Lo que no quedaba claro era el motivo de su comportamiento. ¿Por qué Juan había perpetrado públicamente esta herejía? ¿No se daba cuenta de que sería duramente juzgado y castigado por su comportamiento? ¿Estaba loco o sólo lo fingía? (Ordorika , 2009).

Dictaminar esto suponía un largo proceso en lo que “encontramos plasmadas las creencias de testigos de diferentes niveles socioeconómicos; médicos, inquisidores, autoridades de la prisión, otros reos y los mismos acusados” (Ordorika , 2009)

Helene Trope (2009) describe varios casos de dudosa herejía, que incluye a diferentes predicadores. Para ser considerados herejes no bastaba el simple hecho de predicar, sino que dichas predicciones debían contener un discurso divergente con el sistema político, social o religioso. Los predicadores tenían la capacidad de atrapar el interés de gran parte de la población, muchas veces llegando al punto de organizar eventos especiales, en donde el publico acudía con gran fascinación a escuchar las profecías de aquellos hombres y mujeres, ya que se consideraban reveladores de la verdad divina.

El caso que predicaran augurios sobre el sistema, suponía una inquietud para el orden adquirido, ya que podía llegar a movilizar a grandes masas de personas, quienes eran sus seguidores, lo que explica las formas de represión utilizadas.

Los poseídos

La Edad Media concibió dos tipos de magia, una lícita basada en propiedades ocultas de la astrología y otra ilícita, basada en la invocación de espíritus.

En la Europa latina del siglo XIII se observan dos procesos paralelos y relacionados entre sí: por un lado una eclosión mágico-astrológica provocada por el aumento del interés y conocimiento por parte de las élites del caudal ocultista y, por otro lado, una creciente preocupación por la magia y por la presencia del demonio perceptible en los escritos teológicos y filosóficos (Giralt, 2011, p.16).

Esta última estaba basada en la obtención de algún tipo de poder sobrenatural por medio de pactos con demonios, confundiendo muchas veces con la brujería, que a partir de el siglo XIV es interpretada como antirreligión, acusándose de la misma a personas que se consideran peligrosas para para la doctrina católica o a quienes se consideraban en contra de la iglesia.

Según Heers (1988) ellas son las que se transformaran en las culpables de los maleficios realizados que permitiesen a los demonios habitar el cuerpo de una persona, denominada desde ahora “poseído”(p.126).

Las personas poseídas podían llegar a presentar síntomas físicos anormales de deterioro, proclividad a la maldad, fuerza sobrenatural, conocimientos mas allá de su entendimiento, indiferencia por las ordenanzas sociales, manifestaciones furiosas o crisis violentas.

El primer paso al detectar una persona poseída, es que un sacerdote le practique un exorcismo que logre expulsar el espíritu maligno de su cuerpo, a pesar de que aveces estos demonios podían fingir su salida.

En el caso de los mas peligrosos o aquellos de los que no se les podía arrancar el espíritu de su cuerpo, la ciudad los expulsa fueras de sus murallas o se recurre a lugares de encierro.

“Ciertos médicos, o charlatanes, pretendían extirpar el mal, y así lo recogen, aunque bajo forma distinta, los escritos y luego los artistas que hablan de la piedra de la locura” (Heers, 1988, p.126). Según los registros dichos personajes realizaban una operación a la cabeza del paciente con la finalidad de extraer una piedra productora de su demencia, así lo plasma por ejemplo la pintura de El Bosco (1475,-1480) “La extracción de la piedra de la locura”.

Capítulo II- El disciplinamiento de la locura.

El inicio de la Modernidad.

Muchos fueron los cambios que se generaron desde principios del S XV que permitieron una ruptura de la idea medieval del mundo para dar paso al paradigma de la Modernidad. Los cambios ideológicos no representan un movimiento lineal, sino que se fueron construyendo por un panorama histórico-social que lo hizo posible. Según Villoro (2010) esta ruptura del orden medieval tuvo su inicio en el Renacimiento y fue acompañado por múltiples cambios sociales que propiciaron una modificación paulatina, aunque no total, del modelo de pensamiento medieval.

El movimiento Renacentista promovió nuevos enfoques en los campos artísticos, políticos, filosóficos y científicos. Una de las teorías más relevantes a nivel científico en la época fue la del heliocentrismo de Copérnico (1473-1543), que representó una de las bases más importantes de la astronomía moderna. Su teoría enuncia la pérdida del centro del planeta tierra con respecto al universo y la afirmación de que la tierra no es plana, sino redonda. Sus ideas fueron ampliamente rechazadas por la iglesia, siendo considerado hereje.

El “descubrimiento” de nuevas tierras para los europeos hacia 1492 dio inicio a una etapa de grandes cambios “en que las carabelas recorren grandes distancias y los navegantes hacen la experiencia de que la superficie terrestre es una esfera y que cualquier punto puede ser su centro”. (Villoro, 2010, p.19)

No solo se pierde el centro geográfico, sino también se relativiza el centro cultural, las nuevas culturas de América representan una alternativa a la cultura dominante en Europa posicionando a la civilización cristiana como “una de las civilizaciones posibles, y no el centro de la historia humana”. (Villoro, 2010, p. 19).

Los nuevos descubrimientos propician el auge del comercio, por lo que la pequeña burguesía que se había formado en el medioevo adquiere un gran poder, el poder económico. Esta nueva clase social va ganando de a poco un nuevo lugar privilegiado en la sociedad.

A finales del XV también hubo un crecimiento inusitado de la población, que ocasiono disputas entre la tierra, generando el arrendamiento de tierras, lo cual hizo cada vez más difícil que los campesinos pudieran obtener tierras para poder sobrevivir. Además se aumento la presión de los señores feudales sobre los recursos comunales de la villas y las haciendas, es decir, se expropiaron bosques y pastos comunales en los cuales sembraban los campesinos. También se cobraron más impuestos de guerra, etc. (Prada, 2012, p.105)

Esta situación genera descontento y protesta por parte de la población, por lo que se produce la emigración masiva del campo hacia las ciudades para conformar los burgos, además de gestarse religiones protestantes hacia la religión católica dominante.

La nueva clase emergente burguesa cambia el sistema medieval de trueque por el sistema monetario, dando paso a una nueva cultura capitalista. En esta nueva cosmovisión el valor social ya no estará dado por origen, sino por posición económica. A partir de estos cambios surge una nueva concepción del hombre y del mundo.

Al no ser ya el origen lo que dictaminaba el lugar social sino la función que los hombres cumplan en la sociedad, surge la idea de que a través del esfuerzo, a partir del trabajo y el orden sería posible la movilidad social. La humanidad se concibe a través del progreso constante, pensándose como en continua evolución.

Se le abren al hombre posibilidades para ocupar un lugar en la historia y en la sociedad que él determine. Al elegir mi empresa me determino. La naturaleza del hombre sería posterior a su hacer, a su elección libre y no anterior (Villoro, 2010, p28).

Uno de los rasgos del pensamiento moderno, será entonces, el individualismo. El hombre, como dueño de su destino, pretendía conocer el mundo por medio de la observación de la naturaleza, guiada por la razón y no por un determinismo divino. Esto contribuyó a el gran desarrollo de las ciencias y la razón como métodos de conocimiento por excelencia, entre ellas la medicina.

En base a esto una nueva teoría filosófica, denominada positivismo, es la que va a caracterizar el siglo XIX. Esta se basa en un único conocimiento auténtico y legítimo, el científico, cuyo medio para obtenerlo es través de la observación y experimentación, creencia fundada en la idea de objetividad científica.

Esto se asocia a la "neutralidad del científico". Su personalidad, sus efectos, sus intereses deben mantenerse lo mas alejados posibles de la actividad científica garantizando su asepsia. Pero no solo lo personal queda fuera del alcance científico, sino también sus implicancias sociales, políticas e ideológicas. (Carro, De la Cuesta, 2007, p 41)

Una nueva perspectiva de locura

El cambio de paradigma trajo consigo nuevas formas de subjetividad y por lo tanto nuevas formas de concebir la locura, sin embargo estas estarán muy arraigadas en las concepciones

heredadas de la Edad Media en lo referente al lugar de exclusión que va a ocupar el loco en la sociedad y, aunque haya tomado otra forma, siempre representando un devenir anormal para el sistema instaurado. Si en la Edad Media el devenir inadaptado de la locura fueron los personajes ya descritos como el poseído, el vicioso o el predicador, en esta nueva etapa, la Modernidad se volcara a excluir a aquellos seres improductivos, o que generen gastos económicos, adaptándose a las nuevas exigencias capitalistas.

La nueva clase dominante burguesa impone nuevos modelos de convivencia, donde la producción y el trabajo serán pilares fundamentales, para ello será necesario la serialización de individuos a través de determinados sistemas de sumisión y disciplinamiento en pro de lograr un orden que maximice recursos, “El cuerpo solo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido” (Foucault, 2002, p.33). Un nuevo sistema de disciplinamiento, según describe Foucault (2002) será el que garantice el orden instaurado a través de un castigo mucho más sutil, silencioso, cuya finalidad es el hecho de corregir, reformar o enderezar las conductas consideradas desviadas.

Una nueva sensibilidad formara parte de este periodo histórico, donde ya no serán bien vistos los castigos “bárbaros” en que se pretendía hacer sufrir físicamente al condenado por sus pecados, sino que desde ahora el castigo “ha pasado de un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos” (Foucault, 2002, p.18). Según explica Foucault (2008) este cambio en la sensibilidad se debe a una transformación en los mecanismos de poder que se daban en la Edad Media, mayormente represivos, hacia otros que poseen funciones de control y vigilancia con el motivo de aumentar las fuerzas productivas. En este contexto se busca normativizar y ordenar los cuerpos, más que obstaculizarlos, doblegarlos o destruirlos.

Surge la prisión como mecanismo para corregir las faltas, éstas, “no están destinadas a sancionar la infracción, sino a controlar al individuo a neutralizar su estado peligroso, a modificar sus disposiciones delictuosas, y a no cesar hasta obtener tal cambio” (Foucault, 2002, p. 25). Junto a ésta, diferentes instituciones cuya finalidad es el disciplinamiento, se manifiestan en el panorama de la Modernidad con la misma lógica de control: la escuela, las fábricas, el ejército, la iglesia y los hospitales, todos, caracterizados por una disciplina que incluye el dominio del cuerpo, su encierro, su localización a través de la adjudicación de lugares o rangos específicos dentro de la clausura, el control de su posición, movimiento y productividad y el manejo del tiempo en estos espacios.

Es así que se forman individuos dóciles, sumisos entrenados para acatar ordenes. En un comienzo, este control se realiza a través del disciplinamiento del cuerpo, para luego evolucionar, en una etapa posterior hacia formas más sutiles, donde ya no es necesario las medidas corporales sino que se realiza a través de la autodeterminación del individuo, a través

de la producción subjetiva, se trata de un disciplinar interiorizado que permitirá que las personas por si mismas regulen su comportamiento. La producción de subjetividad en cuanto al deber ser y el sometimiento al poder ser castigado en cualquier momento representan los pilares que dan paso al auto-control.

La vigilancia, según Foucault (2002) pasara a estar en todas partes, donde el guardián puede ver sin ser visto, en lo que el denomina panotismo.

La locura no escapa de estas prácticas disciplinares, ya desde el Renacimiento el loco había heredado el lugar de exclusión que solía atribuirse al leproso; en este nuevo período estas prácticas que se daban muchas veces a través del exilio fueron desplazadas totalmente por las del encierro. "A pesar de estar dominada, la locura conserva todas las apariencias de su reino. Es ahora parte de las medidas de la razón y del trabajo de la verdad" (Foucault, 1967, p.45).

La internación en un primer periodo se daba de manera inespecífica, es decir que los lugares de confinamiento acogían a todas aquellas personas que no tenían medios propios de subsistencia, mendigos, vagabundos, locos, pobres, enfermos, en otras palabras, aquellos seres improductivos. Se buscaba a través de las medidas punitivas y de cautela la regulación de las conductas y su reforma conforme a el orden social dominante. En el caso de el loco, se lo encierra en hospitales, que en su comienzo "no tiene relación ninguna con la idea médica. Es una instancia de orden, del orden monárquico y burgués..." (Foucault, 1967, p.49). Contraria a la idea de curación, el hospital cumple una función que condena la ociosidad, promoviendo hábitos de trabajo, siendo esta una de las medidas mas importantes del internamiento.

Estas personas que serán internadas representan una idea de peligrosidad para el nuevo sistema capitalista, serán reclusos de esta manera por el bien común de toda la sociedad.

Aunque el numero de pobres no cesa de crecer cotidianamente, todas las cosas van de mal en peor en lo referente a aliviar su miseria...; muchas parroquias lanzan a mendigar, estafar o robar para vivir, a los pobres y a los obreros válidos que no quieren trabajar, y de esta manera, el país esta infectado miserablemente (...) pues esta gente vive como salvajes, sin ser casados, ni sepultados, ni bautizados; y es por esta libertad licenciosa por lo que tantos disfrutan siendo vagabundos (Foucault, 1967, pp. 58-59).

El loco es al igual que los vagabundos un ser que ha acometido contra el orden burgués "para enajenarse mas allá de los limites sagrados de la ética" (Foucault, 1967,p.64). El encierro en sí, es una medida económica, muy diferente a el tipo de encierro que solía aplicarse en la Edad Media.

Con la evolución del pensamiento filosófico positivista adquiere fuerza el estatuto científico

de la locura, tomando la medicina como ciencia, el control de la misma, y ésta el estatuto de enfermedad. Es en este momento donde su internamiento va a separarse de los lugares de encierro y castigo de otros confinados instalándose en lugares específicos de reclusión, surgiendo por primera vez el hoy denominado manicomio.

La evolución de los procesos de control de la locura: desde el control familiar al dominio médico.

Se ha instaurado a partir de la Edad Moderna el encierro como método de control moral burgués. En relación a la locura, esta se inscribe en aquellas conductas que provocan vergüenza y deshonor a las familias, por lo tanto el confinamiento representa un derecho de las mismas.

Los que tienen la desgracia de ser atacados por estas enfermedades, deben ser cuidados por sus padres, o a sus expensas, de manera que la tranquilidad pública no se vea alterada por estos infortunados. Cuando las familias no están en posición de pagar una pensión, los encargados de velar por el mantenimiento del orden deben hacer que estas especies de enfermos sean conducidas a los hospitales o a los demás lugares destinados por el gobierno para su ingreso (Castel, 1980, pp 31; 32).

La familia en estos casos adquiere un rol dominante de control social, donde la internación se da en aquellas instancias donde el entorno familiar no logra hacerse cargo del individuo atacado por la locura. El trato que se les brinda no difiere de cualquier otro tipo de represión dentro de las instituciones de encierro, ya que representa un tipo mas de delito social que debe ser dominado. La locura es un problema de orden publico del que se plantea una represión privada con el fin de acotar recursos, repartiéndose la responsabilidad de los confinados entre ambas entidades.

Es a partir del S.XIX que se manifiesta un nuevo tipo de política que evoluciona en beneficio de intereses burgueses y el paradigma capitalista. El biopoder descrito por Foucault (2008) caracterizado por una estatización de la vida en términos biológicos, es decir, el desarrollo de técnicas a través del estado para aumentar la fuerza útil de los cuerpos por medio del trabajo , el control y la vigilancia es el que caracterizó esta etapa, para luego evolucionar hacia lo que el autor denomino biopolítica.

La biopolítica, parafraseando a Foucault (1996) es un mecanismo de poder disciplinar que complementa al control individual de los cuerpos (anatomopolítica) y va a interferir sobre la vida de los hombres en un sentido masivo. "Los primeros objetivos de control de la biopolítica,

fueron esos procesos -como la proporción de los nacimientos y los decesos, la tasa de reproducción, la fecundidad de la población- que, en la segunda mitad del siglo XVIII, estaban, como es notorio, en conexión con todo un conjunto de problemas económicos y políticos” (Foucault, 1996, p.196).

La función de la biopolítica entonces será la de el control sobre las enfermedades, la vida y la muerte de todos los ciudadanos, ya que el cuidado de la vida y de la salud, representan una mayor producción y trabajo para toda la sociedad. Es aquí donde la medicina pasará a tomar un papel más que importante como regulador.

A partir de este momento se comienza a cuestionar el hecho de el loco ocupe el mismo lugar en el confinamiento que los criminales, ya que este es considerado como no responsable de sus acciones, por lo que representa un problema distinto “Ningún vínculo racional une directamente la transgresión que ejecuta y la represión que sufre. No se le podrá sancionar pero deberá ser tratado” (Castel, 1980, p.45).

La locura ingresa en esta instancia en el rango de enfermedad y será la medicina la responsable de su control, recortando enormemente la tutela familiar. Incluso la intervención médica se incorporará a estos ámbitos privados a través de la tutela y dirección de conductas a favor de la salud, tomando el médico decisiones que anteriormente dependían de la familia.

La locura aun representa una amenaza social tendente a ser juzgada, ya que no ha perdido la percepción de peligrosidad. “A fines del S XVIII, la locura es objeto de una doble percepción contradictoria. El loco es la figura generalizada de la asociabilidad. No transgrede una ley determinada como el criminal, puede violarlas a todas” (Castel, 1980, p.52).

Esta situación provoca la necesidad de represión, ya que el loco es introducido dentro de los parámetros de animalidad, pues es quien no respeta ninguna ley por su falta de juicio. Es el médico el responsable de someterlo y controlar el peligro que representa y el asilo el lugar específico de confinamiento.

“La medicalización no significa la simple confiscación de la locura por un enfoque médico, sino que la institución médica implica la definición de un nuevo estatuto jurídico, social y civil del loco: el alienado” (Castel, 1980, p.45). Se transforma a la hospitalización en un modelo más de disciplinamiento, sin embargo no es éste el único medio que toma la medicina para dicho fin, pues se encuentran tendencias destinadas a un control más sutil, que no incluye el confinamiento, pero sí la medicalización del individuo. Se trata de la asistencia domiciliaria, de acuerdo con la normativa médica, logrando esta última, continuar con el control disciplinar fuera del espacio hospitalario.

Es importante destacar en este período los aportes del médico francés Philippe Pinel (1745-1826), sus ideas representaron uno de los primeros pasos hacia la reforma de la asistencia a las enfermedades mentales desde la perspectiva médica. Este propuso una clasificación de las

enfermedades mentales concordante con la ideología dominante burguesa, adaptándose a las concepciones de orden y progreso preconizada por ellos.

Una distribución metódica de los alienados en diversos departamentos permite ver de una ojeada las respectivas medidas a tomar para su alimentación, su limpieza, y su régimen moral y físico. Entonces se calculan y prevén las necesidades de cada uno de ellos, son captadas en sus caracteres distintivos las distintas lesiones del entendimiento, los hechos observados, comparados y agrupados con otros hechos análogos, o más bien convertidos en sólidos resultados de la experiencia; es de esa misma fuente de donde el médico observador puede extraer las reglas fundamentales del tratamiento, aprender a discernir entre las especies de alienación que ceden más o menos pronto al tiempo y al régimen, las que oponen mayores trabas en la curación, o que se pueden considerar incurables, y finalmente aquellas que exigen imperiosamente el uso de determinados medicamentos (Castel, 1980, pp. 94, 95).

De acuerdo a este principio, Pinel propone una reforma administrativa de los hospitales, partiendo de las siguientes premisas: el aislamiento del mundo exterior del internado, ya que de esta manera se mantendría el orden de influencias no controladas; la construcción de un orden asilar de acuerdo con los mayores parámetros disciplinares y la aplicación de un orden de jerarquía y autoridad que liga al médico y sus auxiliares con el enfermo, representando un ejercicio de poder alienante constante. Sus ideas encarnan el nacimiento de un orden manicomial, que siguen arraigados en algunos aspectos actuales del tratamiento a la locura.

Pinel logró sacar al loco de las prisiones para ubicarlo en otro sistema de alienación, el manicomio. Su discípulo Esquirol (1772- 1840) fue el que continuó desarrollando sus ideas en Francia. De forma independiente, éste realizó hacia 1818 una gira de inspección de establecimientos de atención psiquiátrica a otras ciudades francesas, más allá de París, dando como resultado la visualización de enormes deficiencias asistenciales, lo que comenzó a plantear la necesidad de una ley que organizara la asistencia al loco (Huertas, 1990, p. 396). Esto representó uno de los antecedentes de la ley de 1838 que organiza la internación contra la voluntad del paciente.

Por último cabe destacar la aparición naciente en esta etapa, de los tratamientos psicofarmacológicos a los individuos afectados por enfermedades mentales, la cual concuerda con el auge de la medicina. Esta industria nace dentro de un panorama social que la precede, en los márgenes de una cultura capitalista. En el correr de los años, fue evolucionando enormemente ya que representa, además de un disciplinamiento químico para sus usuarios, una industria que mueve grandes intereses económicos.

El panorama en América Latina

Para concluir con el capítulo, es importante destacar, el avance de la Modernidad en lo que respecta a América Latina, donde se vivió de forma muy diferente en relación a los cambios que se estaban produciendo en Europa.

Luego de que los europeos invadan el continente americano representó para éstos la apertura hacia “nuevos mundos”, nuevo destinos comerciales de donde extraer materias primas y mayor desarrollo comercial, en otras palabras el inicio de la globalización capitalista. Sin embargo para los habitantes de estas tierras significó el inicio de la decadencia de las culturas originarias.

En Europa se estaban produciendo cambios significativos con respecto a la cosmovisión dominante de la Edad Media, sin embargo se impuso en América un modelo de cultura mucho más cercano al pensamiento medieval que a la ideología de la Modernidad, en lo referente a lo religioso. Como forma de freno al movimiento histórico de reforma protestante se instauró un catolicismo ortodoxo que, además de exterminar cualquier tipo de desviación, intento eliminar todo tipo de religiones y creencias propias de los pueblos originarios.

Para frenar el movimiento histórico de la reforma protestante, el Papa y su fiel aliado, Carlos V de Alemania y I de España, comisiona a Ignacio de Loyola y la Compañía de Jesús para que, de acuerdo a lo dicho en el Concilio de Trento, cuide el continente americano de esta herejía. Hay que impedir a toda costa que el protestantismo entre a América, motivo por el cual se escriben largos índices de libros prohibidos. Su lectura será castigada férreamente por la santa inquisición (Prada, 2012, p.102)

La idea de herejía se instala con una gran fuerza, representando esta la única manera de dominación indígena. La comunidad indígena pasa en este momento a formar parte de un régimen esclavista, donde la calidad de sujeto y de ser humano, se dictaminaba por el origen étnico.

Los nativos americanos eran estimados inferiores, y de una naturaleza animal, por lo tanto, era legítimo tratarlos igual que animales, en cierta forma, similar a el trato que se le da a la locura. Según Heers (1996) estos seres eran considerados con falta de razón, salvajes, bárbaros por sus costumbres, tomándose como un derecho privarlos de sus bienes y de su libertad y un deber de los europeos “civilizarlos”. Incluso, a inicios de la Modernidad, se llegó a referirse a ellos con igual término de al que se referían a los locos (p.137).

Ambos, tanto locos como nativos americanos, iban contra los cánones de normalidad instaurados, y ambos fueron focos de constantes formas de exclusión y represión. Cuando el

indígena quiere defender lo que los europeos vinieron a usurpar, es considerado un animal violento, agresivo, lo que amerita “Matar al agresor y cobrarle por el dinero invertido en ese castigo, expropiándole la tierra” (Prada, 2011, p.114).

Según Merixell Tous i Mata (2002) las primeras décadas del S. XVI representaron para América el saqueo y la explotación irracional, ya a finales de siglo, se produjo un reordenamiento del territorio americano y su colonización (p. 24), dicha situación dio paso a una nueva sociedad colonial de acuerdo con la organización y gobierno característico de Europa.

América, en lo relativo a cosmovisiones, luego de la invasión europea, fue tomando modelos ideológicos de Europa, pero en un momento cronológico más tardío. En una primera instancia se toma un modelo esclavista y mucho más represivo del que poseía Europa. Se toman modelos de disciplinamiento violentos para el control social, a pesar de que Europa iba desarrollando métodos de control mucho más sutiles, desde una perspectiva no “barbara” y más “civilizada”. Estos modelos se incluirán en América posteriormente.

Esta situación se puede visualizar también en nuestra actualidad, en el sentido de que América continúa importando modelos de Europa, políticos, económicos, pedagógicos, entre otros; que incluyen a la legislación y los modelos de atención en Salud Mental.

Capítulo III – Hacia un proceso de reforma en Salud Mental.

El momento histórico

Fueron muchos los años en que continuó en auge el modelo manicomial dominado por la medicina, sin embargo este modelo llega a un momento de crisis principalmente luego de la Segunda Guerra Mundial (1939–1945), donde se vive un profundo cuestionamiento de los valores, artes, ciencias e ideologías de la sociedad, culminando con la rebelión de Mayo del 68.

Para entender mejor los cambios que propiciaron las nuevas perspectivas en Salud Mental, es necesario realizar un repaso por los acontecimientos sociales que lo hicieron posible.

Las dos grandes Guerras Mundiales hicieron que la sociedad pasara a reflexionar sobre la naturaleza humana, tanto sobre la crueldad como sobre la solidaridad existente entre los hombres (...) Después de la Segunda Guerra Mundial, la sociedad dirigió su mirada hacia los hospicios y descubrió que las condiciones de vida ofrecidas a los pacientes en nada se distinguían de los campos de concentración: lo que se podía constatar era la absoluta ausencia de dignidad humana (Amarante, 2009, p.42)

La guerra dejó como consecuencia catastróficas pérdidas tanto económicas, como de vidas humanas. La burguesía capitalista adquirió un mayor poder y se produjo un aumento del número de obreros, con esto un resurgimiento de las luchas sindicales y movimientos libertarios. Una nueva sensibilidad se comenzó a gestar a partir de este momento.

Tras esta situación, surge una “organización supranacional dedicada a la promoción de la paz, la cooperación y los Derechos Humanos. En 1945 los aliados, determinados a mantener una paz tan costosa de ganar, fundaron la Organización de las Naciones Unidas (ONU)” (Ziegler, 2011). La creación de la ONU da paso a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948, la cual garantiza una serie de derechos que pretenden ser inherentes a todo ser humano. Este representa un antecedente importante en la “humanización” de la locura y los manicomios, ya que a partir de este momento, el enfermo mental posee una serie de derechos básicos, como cualquier otro ser humano el cual el Estado debe hacer cumplir.

Galende (2008) afirma que por primera vez en la historia, en 1953, un organismo de las Naciones Unidas, la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, propuso una “Política de Salud Mental” que dio un giro a la atención en los servicios psiquiátricos. Más adelante este modelo será tomado como base para alguno de los procesos de reforma psiquiátrica. (p.27)

La posguerra representa un momento propicio en cuanto a ideas revolucionarias, dando paso a un cuestionamiento de la realidad social, el sistema capitalista burgués y su moralidad. Estos movimientos encontraron su punto de inflexión en lo que se denomina Mayo del 68.

En primer lugar, conviene tener en cuenta que en los sesenta rebasa la adolescencia la generación nacida en los cinco años siguientes al fin de la Segunda Guerra Mundial (entre 1945 y 1950). En 1968, esa generación ronda los veinte años, más o menos. Su llegada a la edad adulta coincide con una bonanza económica sin precedentes. No sólo se han superado las consecuencias catastróficas de la contienda, sino todo el ciclo depresivo iniciado en 1929. No conocerá, por tanto, la penuria que sufrió la generación de sus padres. Esta bonanza recibirá diversos nombres: neocapitalismo, sociedad de consumo, sociedad afluente, etc. (Juaristi, 2008, p.71)

El acceso general a la enseñanza facilita el acceso a la universidad de hijos de clases asalariadas, los jóvenes adquieren una gran autonomía y nace lo que se denomina “cultura juvenil”, lo que llamaba a romper con valores culturales heredados del mundo adulto. El gran crecimiento de la universidades hace perceptible la inadaptación de las mismas a la llegada masiva de los estudiantes. Por otra parte el sector obrero enfrenta un modelo de sociedad de consumo, donde las exigencias son cada vez mayores. (Laurent, 2009,p 31).

Francia como muchos otros países de la región sugiere ser una sociedad conservadora

signada por la idea positivista de orden y progreso. "En un entorno mundial propenso a la agitación social –y estudiantil–, este abismo francés entre modernización económica y rigidez de los vínculos de convivencia contribuye al desencadenamiento sorpresivo de Mayo del 68." (Laurent, 2009, p.32).

Con ello explota en Francia una serie de huelgas y protestas estudiantiles y obreras en reclamo al poder capitalista burgués.

La irrupción del feminismo, del homosexualismo anticulpabilizante, de la ecología naturista, del movimiento comunitario, antiautoritario, biopolítico, el resquebrajamiento del estalinismo internacional, el surgimiento de nuevas alternativas, de nuevas necesidades, de nuevas capas sociales, son los efectos, las ondas de ese inmenso oleaje del mayo del 68 (Tellez, 1990, p. 29)

La revuelta francesa no se puede reducir a un solo país, ya que esta esta inserta en un marco de un movimiento mas general que afecto a muchos países europeos e incluso a EEUU en donde se manifestó el movimiento hippie, cuyas motivaciones revolucionarias eran muy similares a las francesas.

Tanto la Segunda Guerra Mundial, como la Declaración Universal de los DDHH y los movimientos revolucionarios que se dieron en la década del 60, permitieron el cuestionamiento y aumento de la opinión pública en lo referente a las condiciones de los enfermos mentales y los manicomios, dando lugar a los primeros procesos de reforma en la atención en Salud Mental.

Cabe destacar también en este punto la influencia del psicoanálisis, teoría que había nacido con Sigmund Freud a inicios del novecientos y que adquirió una gran relevancia, a pesar de que en un inicio estaba totalmente desvinculado con la psiquiatría; no fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial, que consiguió una integración a la psiquiatría académica, lo que iniciará un giro en la práctica psiquiátrica hacia un modelo de atención más integral.

Por ultimo resulta importante hacer hincapié en el auge de la psicofarmacología, que tuvo su auge aproximadamente en la década del 60, lo que representa un factor fundamental para que el enfermo mental saliera del manicomio, a través de los fármacos, se encuentra una nueva forma de control químico del paciente, sin necesidad de un mayor disciplinamiento.

Esta forma de proceder se encarna dentro de los marcos de una sociedad de consumo y lo que ya se puede definir, como un sistema inserto en la Posmodernidad. El medicamento representa la rápida solución al problema psíquico, "a favor de la velocidad de la existencia, la inmediatez de toda experiencia , el dominio de la imagen y la sensación sobre el pensamiento y la palabra, que desembocan en la figura del consumidor" (Galende, 2008, p.11)

Los tipos de experiencias en reformas psiquiátricas

Como ya se ha dicho, los acontecimientos que golpearon al mundo durante el S. XX propiciaron una sensibilidad diferente en cuanto al abordaje a la locura dando inicio a movimientos que pretendían suprimir los tratos y condiciones inhumanas que se vivían en los manicomios.

Fueron variadas las experiencias de reformas que se presentaron en varios países, sin embargo, según Amarante (2009) se pueden dividir en tres grandes grupos: el de la Comunidad Terapéutica y Psicoterapia Institucional, el de la Psiquiatría de Sector y la Psiquiatría Preventiva y el de la denominada Antipsiquiatría y la Psiquiatría Democrática

En el primer grupo se hace énfasis en la transformación del hospital psiquiátrico a partir de un cambio en su gestión, su base estaba en que se debían cambiar los enfoques terapéuticos dentro del hospital para lograr un tratamiento efectivo y digno para sus pacientes.

La Psicoterapia Institucional nace en el período de posguerra como un movimiento de cuestionamiento y análisis de la institución psiquiátrica. Según Manero (2013) su proceso de surgimiento se puede dividir en tres fases: la primera, precedida por las condiciones de vida en la ocupación nazi deja la necesidad de sacar el énfasis de la atención en aspectos puramente terapéuticos para tomar como punto de mayor importancia las condiciones de vida de los internos dentro del manicomio. Surge la necesidad de establecer junto con los pacientes las condiciones básicas de subsistencia digna dentro de la institución, muy escasas en situación de guerra y desocupación.

Una segunda etapa esta basada en la socialización de los internos, tomando como punto de referencia el surgimiento de “Clubes Terapéuticos”, basados en actividades auto-administradas por los pacientes, apuntando a una organización interna de la dinámica psíquica. “Esto descentra la posición del médico, inserto en un cuestionamiento más o menos permanente de su lugar de poder. La autogestión de los pacientes y del hospital tenía una eficacia terapéutica (Manero, 2013 p.10).

La tercera etapa se basa en la introducción del psicoanálisis al análisis institucional donde “el agente terapéutico ya no es la actividad misma paciente, sino el análisis realizado sobre dichas actividades” (Manero, 2013, p10).

Por otro lado las Comunidades Terapéuticas inscriptas dentro de este modelo, refieren a “un proceso de reformas institucionales que contienen en si mismas una lucha contra la jerarquización o verticalidad de los roles sociales” (Amarante, 2009, p.44), estas se basan en la participación del paciente en la vida comunitaria como punto esencial para su recuperación.

Un segundo grupo conocido como Salud Mental Comunitaria está representado por la Psiquiatría de Sector y la Psiquiatría Preventiva, estas apuntaban a una mayor

desinstitucionalización.

La Psiquiatría de Sector apunta a la necesidad de un trabajo externo al manicomio luego del alta hospitalaria, basado en organizar la asistencia a la Salud Mental en sectores geográficamente determinados que permitan acercar la atención a la población, estos se denominan Centros de Salud Mental. (Amarante, 2009, p.47)

La Psiquiatría de Sector había nacido, la responsabilidad de la Salud Mental era asumida por sectores (áreas geográficas correspondientes a una población de unos setenta mil habitantes aproximadamente) en cada uno de los cuales desarrolla su trabajo un equipo psiquiátrico completo y diversificado dotado no solo de un lugar de hospitalización sino también de una gama muy ágil de nuevas instituciones: dispensarios de higiene mental, hospitales de día, hogares de post-cura, talleres protegidos, etc. (Huertas, 1991, p.76)

La Psiquiatría Preventiva, por su lado tiene su desarrollo en EEUU por es quien es considerado su fundador Gerard Caplan, este consideraba que todas la enfermedades mentales podían ser prevenidas si eran detectadas precozmente, por lo que el concepto de intervención preventiva paso a ser central en esta doctrina.

Para Caplan, una persona sospechosa de una enfermedad mental debía ser derivada a un psiquiatra para su investigación diagnóstica, sea por iniciativa de la propia persona, de su familia o amigos, de un profesional de asistencia comunitaria, de un juez o de un superior administrativo en el trabajo. Se creo una verdadera caza a todo tipo de sospechosos de desórdenes mentales. (Amarante, 2009, p.49)

Surge el concepto de desinstitucionalización como política de Salud Mental creándose varios centros alternativos al hospital. Se logra de esta manera disminuir las internaciones a través de las acciones preventivas. La Psiquiatría Preventiva representó la expansión de los preceptos médicos sociales para toda las sociedad estadounidense.

El último grupo al que se refiere Amarante (2009) incluye a la Antipsiquiatría, definida como “una idea de antítesis a la teoría psiquiátrica, proponiendo comprender que la experiencia patológica ocurre no sólo en el individuo, cuando su cuerpo y su mente enferma, sino también, y especialmente, en las relaciones establecidas entre él y la sociedad” (p.53).

Según Desviat (2006) este movimiento representa una critica a la idea psiquiátrica y su proceder, llegando a proclamar la inexistencia de la enfermedad mental. Esta noción va más allá de las Comunidades Terapéuticas, cuestionando la institución hospital y promoviendo un clima de libertad sin restricciones a los pacientes, donde se pretende modificar su aceptación

social, lugar donde realmente hay que intervenir.

Se trata de “vaciar los manicomios, crear alternativas en la propia comunidad: la desinstitucionalización, que en una propuesta radical, que ponga entre paréntesis la enfermedad mental y la psiquiatría” (Desviat, 2006, p.12).

La Psiquiatría Democrática se manifiesta con mayor intensidad en Italia, cuyo referente es Franco Basaglia, esta discursa sobre la transformación de la institución psiquiátrica “entendido no solo como la estructura física del hospicio, sino como el conjunto de saberes y prácticas, científicas, sociales, legislativas y jurídicas, que fundamentan un lugar de aislamiento, segregamiento y patologización de la experiencia humana” (Amarante, 2009, p.56)

Los procesos de reformas en Europa y EEUU

Los procesos de reforma emergen en un periodo histórico adyacente en muchos países de Europa y en EEUU. A pesar de que los cambios en cada uno de ellos tienen características similares, cada país tuvo un proceso único en lo que refiere a reformas en Salud Mental, por lo que se pretende en este apartado hacer una breve descripción de dichos procesos en los países más influyentes en reformas psiquiátricas.

Resulta relevante comenzar evaluando la reforma francesa en donde tuvo un rol muy importante el psiquiatra catalán Francesc Tosquelles Llauredó (1912 – 1994), quien se considera fundador de la Psicoterapia Institucional.

Tosquelles consideraba que la Segunda Guerra Mundial y las consecuencias negativas que provocó el nazismo influyó en los hospitales, que habían sido enormemente damnificados, en especial el manicomio, por lo que dicha institución había perdido totalmente su capacidad terapéutica.

En 1952, tras ser exiliado de España por la dictadura de Franco, toma poder como jefe del hospital Saint-Alban en Francia donde inició una de las más exitosas experiencias de reforma psiquiátrica, dando venida a la primera etapa de la Psicoterapia Institucional. “La noción de trabajo terapéutico fue rescatada como una importante actividad que ofrecía a los internados las posibilidades de participación y de asumir responsabilidades.” (Amarante, 2009, p.45). La experiencia en dicho hospital fue tan exitosa que logró reproducirse en otros hospitales de Francia.

En un segundo período la experiencia de Psicoterapia Institucional recibe la influencia del psicoanálisis lacaniano, iniciado en los años 60, fundando una nueva etapa de la doctrina. (Huertas 1991, p.74)

Posteriormente se advierte que “las limitaciones provenientes de la Psicoterapia Institucional, que pasaron a ser más evidentes a partir de finales de los años 50 e inicios de los

60, apuntaban a la necesidad de un trabajo externo al manicomio” (Amarante, 2009, p.46). Esto se debe a que los manicomios seguían existiendo con muchas medidas represivas como en su génesis, a pesar de la nueva perspectiva, continuaban prácticas como el electroshok, la saturación farmacológica, entre otras. (Basalgia, 2008, p.104)

En este contexto surge la Psiquiatra de Sector en Francia, como método de intervención terapéutica y medida a aplicar después del alta hospitalaria. Esta sin embargo continua trasladando la lógica hospitalaria al exterior de la institución y representa una forma de “control social , y no un modo para afrontar la crisis del enfermo” (Basaglia, 2009, p.105).

A pesar de ello, a partir de este momento se inicia: “un modelo de atención en Salud Mental que trasciende la asistencia centrada en el sujeto enfermo- portador individual de patología- para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en sus instituciones” (Huertas, 2009, p.76).

Fue a partir de la revolución de Mayo del 68 que se comienza a tomar en cuenta las minorías ignoradas y se toma partido con un mayor énfasis a favor del enfermo, el preso, el indígena, la mujeres, etc; lo que propicia un movimiento crítico hacia la psiquiatría que culmina con la ley de 1968.

El 3 de enero de 1968, el Parlamento había votado una ley sobre los grandes deficientes, derogando ciertas disposiciones de la ley del 30 de junio de 1838 sobre alienados relativas a la gestión de los bienes y derechos civiles de los enfermos mentales (Castel, 1984, p.36).

Por su lado Inglaterra también realizó cambios importantes en atención en Salud Mental, quien a pesar del triunfo de la Segunda Guerra Mundial, no había retenido sus colonias y tenía la necesidad de una reestructura social.

Según Basaglia (2009) tras ganar el partido laborista las elecciones en 1959 se inicia una etapa de reforma sanitaria, ya que su cuestión principal en agenda política refiere a la salud pública, transformándose Inglaterra, en el primer país en acentuar el aspecto social del manicomio.

Es con esta lógica que nace en Inglaterra la experiencia de apertura del manicomio y el primer principio de comunidad terapéutica. Una comunidad se vuelve terapéutica porque funciona sobre principios compartidos, que no pertenecen sólo al vértice de la institución y que lleva a todos a trabajar juntos: de esta manera el grupo logra curarse a sí mismo y la enfermedad pierde alguna de sus características esenciales porque hasta el enfermo más grave, el más delirante, empieza a ser parte activa de la comunidad (Basaglia, 2009, p.100).

Parafraseando a Amarante (2009) se puede afirmar que en el periodo de los años 60 se

comienza a percibir que los cambios propuestos en lo referente a Comunidades Terapéuticas o Psicoterapia Institucional eran transformaciones que no tenían futuro, ya que en cierto sentido continúan reproduciendo de forma más sutil las lógicas manicomiales. Estos movimientos reciclan la gestión del modelo manicomial, de forma un poco menos violenta, pero aun así reproduciendo una forma de segregación de la locura.

Para el caso de Inglaterra, a diferencia de Francia, el movimiento contestatario que surgió al percibir la poca perspectiva de cambio en la atención sanitaria en Salud Mental a través de estos modelos, fue el de la Antipsiquiatría. Esta surge como lucha a las formas de opresión institucionales de la locura, se pone en énfasis que las medidas de atención utilizadas hasta ese momento tenía como función el control del internado y no su recuperación.

En el otro continente, otro de los aliados en la Segunda Guerra Mundial también inicia un proceso de reforma psiquiátrica importante. En EEUU las reformas se inician en un contexto de revolución social, de los cual uno de sus rasgos fundamentales fue el movimiento hippie.

EEUU no escapó de los interrogantes a las estructuras sociales que se dieron pasada la Segunda Guerra Mundial por lo que se vivía un clima proclive a los cambios; además la Guerra de Vietnam contribuyó en este proceso ya que provocaba un descontento importante en la población, especialmente de los jóvenes, de quienes se habían perdido muchas vidas en ese enfrentamiento. Comenzaron así las manifestaciones sociales a favor de la no violencia y en contra de un sistema de consumo acomodado y burgués.

En este contexto de revolución en 1955 un censo realizado sobre las condiciones de asistencia de los hospitales, dio visibilidad a las condiciones de violencia ejercida en las instituciones psiquiátricas.

El impacto fue tan grande que desencadenó un histórico discurso y un decreto del presidente Kennedy, en febrero de 1963, convocando al país a los cambios en el área de Salud Mental. El decreto dio nueva dirección a la política de asistencia psiquiátrica de los Estados Unidos que pasó a tener por objetivo reducir a las enfermedades mentales en las comunidades y, más que eso, promover el estado de Salud Mental de las mismas.

(Almarante, 2009, p.49)

Este acontecimiento, según Amarante (2009) da paso a el nacimiento de la Psiquiatría Preventiva, cuyo desarrollo según su iniciador -Caplan-, se realizaría en tres niveles de atención a la población: Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, competentes a las formas de complejidad y avance de la posible patología psiquiátrica.

En ultima instancia es necesario definir la situación de reforma en Italia, la cual resulta una de las más importantes en cuanto a influencia en lo que respecta a las reformas

latinoamericanas. Esta se inscribe dentro de los parámetros de la llamada Psiquiatría Democrática.

“La experiencia italiana comenzó con los años 60, en Gorizia, una pequeña ciudad al norte de Italia cuando Franco Basaglia, acompañado de Antonio Slavich y otros jóvenes psiquiatras, se propusieron reformar el hospital psiquiátrico allí existente” (Amarante, 2009, p. 55).

En un contexto donde se venían realizando diversas experiencias de reforma en Salud Mental en países de la región, existía en Italia un clima propenso a cambios en la estructuras de atención psiquiátricas. Basaglia fue el primero en tomar acciones para comenzar los procesos de reformas en este país, con el objetivo de potenciar una perspectiva de intervención social humanitaria. Fue en 1961 cuando comenzó a trabajar como director en el hospital de Gorizia, donde pudo tomar conciencia de los tratos a los que los pacientes eran sometidos durante la internación en el manicomio. Fue así que decidió comenzar un proceso de transformación de los hospitales psiquiátricos donde la atención tomara en cuenta las necesidades y derechos de las personas internadas de manera de garantizar un tratamiento adecuado y digno.

Según relata el propio Basaglia en una conferencia realizada en Rio de Janeiro en 1979 (Basaglia, 2009, p.103) se comenzó este proceso de reforma en un principio tomando como técnica de atención a la comunidad terapéutica, pero con el tiempo los técnicos que allí trabajaban, se dieron cuenta que este tipo de intervención representaba igualmente un medio de control social, concluyendo que la única manera de enfrentar la enfermedad mental, era la eliminación del manicomio, donde la lucha debería ser de otro orden: una lucha ideológica.

Esta cuestión da inicio a un proceso de desinstitucionalización que opera desde el interior de los hospitales. Muchos psiquiatras del grupo de Gorizia fueron a dirigir otros hospitales, mientras que Basaglia comenzó su labor en el hospital de Trieste. “Los actores principales del proceso de desinstitucionalización son, sobre todo, los técnicos que trabajan en el interior de las instituciones, los cuales transforman la organización, las relaciones y las reglas de juego, ejerciendo activamente su rol terapéutico de psiquiatras, psicólogos, enfermeros, etc.” (Rotelli, Leonardis, Mauri, 1987, p.173).

En Trieste se crearon variados servicios de atención sustitutos al modelo manicomial, que no pretendían ser un modelo complementario a la institución manicomio, sino reemplazarlo por completo desde una lógica de atención totalmente diferente.

Comenzó así un proceso de lucha contra esta lógica represiva que incluyó un trabajo de la comunidad toda, ya que fue necesario derribar el imaginario social que tomaba al loco únicamente desde una perspectiva de peligrosidad, que necesitaba ser reprimido. La reforma abarcó un proceso de entendimiento social que tomó en cuenta a todos los actores involucrados, inclusive dando voz a los internados, lo que permitió la participación conjunta

para la superación del manicomio.

En palabras de Basaglia se puede decir que la reforma Italiana, se diferencia de los demás países de Europa, donde los cambios se realizaron únicamente desde la élite intelectual, fue tomada en manos de la totalidad de la sociedad.

Nuestra tendencia fue en cambio poner a la asistencia psiquiátrica en relación con las organizaciones políticas que quieren la emancipación del pueblo. De esta manera hemos obtenido éxitos porque, luego de haber desmantelado el manicomio en algunos lugares, en colaboración con la población, los sindicatos y los partidos políticos, fue llevada al Parlamento una propuesta de ley que modificaba la vieja ley represiva y violenta sobre la enfermedad mental (Basaglia, 2009, p.105).

Capítulo IV – Reformas en Salud Mental en Uruguay y en la región.

Procesos de cambios sociales en América Latina e incidencia en el contexto de nuestro país.

A fines del S. XVIII y principios del S. XIX comienza en América Latina un proceso de independencia política de las colonias europeas. En ese momento se vivía una situación de diferencias políticas que antepone los intereses de Europa al de sus colonias y grandes diferencias sociales de origen étnico y económico que promovían la exclusión y el sometimiento de importantes partes de la población priorizando la supremacía del hombre blanco. (De la Cruz, 2011, p.4)

Los criollos, hijos de europeos, fueron quienes mayor incidencia tuvieron en este proceso, ya que fueron importadores de las ideas progresistas de la revolución francesa, logrando movilizar minorías excluidas y explotadas.

A partir de este momento las antiguas colonias pasaron a formar estados independientes. A nivel social se abolieron las diferencias de base racial, para pasar a formar una sociedad de clases sociales. A pesar de esto, la independencia lograda no es completa, ya que Latinoamérica no logró desprenderse de la importación de modelos de accionar social, de los que aún en el presente reproduce de la ideología europea, incluyendo los modelos de atención en Salud Mental.

En este periodo ingresa en el continente un proceso de conversión total a la sensibilidad capitalista, proceso que en Europa, se había iniciado ya hace muchos años. Esta nueva perspectiva subjetiva que se impone en los habitantes acarrea un cambio importante en las

maneras que estos se ven piensan y sienten a sí mismos.

Barrán (2011) describe el caso específico de Uruguay en la transición hacia un cambio de sensibilidad considerado propio de la barbarie, a uno más adecuado a los estereotipos europeos o civilizados. Este autor, afirma que en un período anterior a que las ideas positivistas y disciplinares propias de Europa accedieran a Latinoamérica, reinaba en nuestro país un sentir colectivo que difiere mucho de la que hoy estamos acostumbrados. Esta forma de percepción del mundo, característica del periodo colonial, manifestaba la irrupción explícita de la violencia en el medio social, donde el cuerpo no era controlado como una máquina productiva, y el trabajo no representaba la actividad esencial del hombre. La actividad lúdica ocupaba un lugar privilegiado en la vida de las personas, y tanto la muerte como las sexualidad no simbolizaban un prejuicio.

Este período se vio modificado con la irrupción positivista en nuestro país y en toda América Latina. Las ideas propias de Europa reproducidas por inmigrantes y caudillos lograron cambiar subjetividades de los habitantes de la región. La nueva sensibilidad, acorde con el sistema capitalista, promovió el disciplinamiento de los cuerpos y costumbres. Esta irrupción de los hábitos modernos en nuestro continente se caracterizó por una nueva moralidad burguesa.

En Uruguay se hizo efectivo el alambramiento de los campos emergiendo con mucha fuerza el derecho a propiedad privada. La represión de la sexualidad y la promoción del trabajo como norma social eran valores acordes a la nueva ética capitalista. Más adelante la reforma en la educación de la mano de José Pedro Varela propició la aprensión de hábitos civilizados y el disciplinamiento temprano de los niños.

Posteriormente a la independencia de los pueblos latinos, el modelo liberal que se imponía a nivel económico y político fue reemplazado por un modelo autoritario, con el surgimiento de dictaduras en múltiples estados de la región.

Su origen responde a diversas causas que se enmarcan en un contexto internacional de grandes cambios. “Desde 1945 en adelante se modifican de manera importante las relaciones políticas, económicas, militares, geográficas, educativas, etc, en el mundo y estos cambios tienen efectos concretos en nuestro país” (Irrazabal, 1999).

La guerra había permitido a Uruguay el auge económico favoreciendo las exportaciones y afianzando el desarrollo del comercio. El fin de la misma trajo como consecuencia un deterioro de las ventas a el exterior y el comienzo de futuras penurias económicas.

El mundo había quedado dividido en dos ideologías, la comunista y la capitalista, que se disputaban su poder a través de dos grandes bloques políticos representados por la URSS y EEUU respectivamente, dando comienzo a lo que se conoce como la Guerra Fría. Cada una de estas potencias se disputaba territorios del mundo instalando políticas intervencionistas.

Los movimientos sociales revolucionarios que se desarrollaban en Europa y EEUU en la

década del 60 no escaparon de América Latina, sin embargo la lucha se enfocó a intereses diferentes.

La población se encontraba en enorme descontento hacia políticas que impulsaban la utilización de los sectores trabajadores en beneficio del crecimiento del primer mundo. Frente a esto explota a fines de la década del 60 y principios de los 70 un movimiento de luchas sociales que trae consigo la represión policial y el inicio de golpes de estados en varios países latinoamericanos.

La locura en este contexto se encontraba en una posición crítica, un analizador de esta situación en Uruguay es el informe de P.Chanoit, consultor de la OPS; quien a fines de la década del 60 establecía en éste las carencias que presentaba la atención en Salud Mental y promulgaba la necesidad de avanzar a un modelo de atención no asilar. Dicho informe inicia movimientos para un proceso de cambio que es truncado con el inicio de la dictadura.

Los gobiernos de facto en Latinoamérica trajeron consecuencias sociales, económicas y políticas que paralizaron a estos países por más de una década. La atención a la locura en este contexto, sufrió un estancamiento en lo que refiere a la perspectiva social y de Derechos Humanos

Con el retorno de la democracia se instaura una perspectiva de Derechos Humanos que pretende contrarrestar las violaciones a los mismos que se dieron durante el período dictatorial.

Surgen diferentes movimientos de reforma en lo referente a Salud Mental que buscan cambiar la atención hacia una perspectiva humanitaria. Desde este momento se abre el real inicio de proceso de cambio que había sido interrumpido por los gobiernos de facto, al momento que se intentaban reproducir las perspectivas emergentes europeas de Salud Mental en el continente.

Las reformas psiquiátricas en los países de la región.

Para contextualizar la situación actual de nuestro país resulta apto evaluar los proyectos reformadores que se fueron produciendo en países de la región, a modo de contar con un panorama amplio de los procesos que se han llevado a cabo.

Brasil inició su proceso en el periodo pos-dictadura, tomando como modelo la reforma italiana con la influencia de Franco Basaglia y el empeño de los militantes en pro de una lucha anti manicomial.

Las condiciones de los hospitales, sus altos costos y la situación de los profesionales trabajadores en Salud Mental provocaron una gran indignación en la población, “el ultraje a los derechos mas elementales de los internados generaron un movimiento de protesta que se consolidó en torno del deseo existente en el país, por sí mismo complejo, de ciudadanía y de

justicia social.” (Amarante, 2006, p.10).

El inicio de la reforma brasilera se remonta según Amarante (2006) a 1978, con una huelga de profesionales de la salud que explota en la División Nacional de Salud Mental, quienes aseguraban trabajar bajo condiciones de violencia para ellos y los pacientes, por parte de la institución. Esta denuncia consigue una movilización de todo el sector médico profesional del país dando visibilidad a las carencias e irregularidades del sector hospitalario.

“Así, nace el MTSM (Movimiento de Trabajadores de Salud Mental), cuyo objetivo es constituirse en el espacio de lucha no institucional, en locus de debate y donde se encaminan las propuestas de transformación de la asistencia psiquiátrica” .(Amarante, 2006, p. 60)

Tras la celebración de una serie de encuentros a través de Congresos de psiquiatría ese mismo año, en los que participó el MTSM, se posibilitó la llegada a Brasil de exponentes claves en movimientos alternativos al manicomio, entre los que se encontraban Basaglia, Guattari, Castel y Goffman, entre otros. Esto desencadenó muchos debates que propiciaron el pensamiento crítico hacia las instituciones psiquiátricas activando una mayor participación de técnicos y estudiantes para la fijación en políticas de Estado para la Salud Mental. A través de estas instancias comienza un proceso de crítica al modelo de asistencia manicomial y propuestas de trabajo “alternativas” de atención de acuerdo con una perspectiva de Derechos Humanos para sus usuarios.

Según Amarante (2006) el MTSM se transformó en un movimiento que no solo incluyó a técnicos y trabajadores de la Salud Mental, sino que abarcó un movimiento mucho más amplio identificándose como una verdadera lucha popular a favor de la Salud Mental.

En consecuencia del carácter múltiple y plural, el MTSM encamina propuestas de transformaciones de unidades psiquiátricas públicas(...) y ocupa espacios en instancias consultivas y decisorias de los gobiernos federal, estaduais y municipales, y busca influenciar en la formulación de las políticas públicas de la salud en el país. (Amarante, 2006, p. 68)

En inicio de los 80' y sobre todo desde 1985, dentro de proceso de democratización de Brasil, se produjo el nacimiento de un movimiento considerable de múltiples actores políticos llamado Movimiento de la Reforma de Salud. (Odorico, Soares, Martins, 2000).

Este movimiento obtiene sus frutos en la Octava Conferencia Nacional de Salud, celebrada en 1987, en la que se propone la reformulación de los principios de atención en salud, lo que implica la reforma de sus instituciones y la acción desde una perspectiva de Derechos Humanos, dando inicio un año más tarde al SUS (Sistema Único de Salud), legislado en la Constitución de 1988 como política pública en salud, vigente hasta la actualidad. “El SUS

presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados” (Becerril, Medina, Aquino, 2011, p.120).

Garantizados los derechos a través de la Constitución fue necesario la creación de leyes para la atención en Salud Mental. En Brasil se promulga la Ley de Reforma Psiquiátrica en abril de 2001, asegurando los derechos del usuario y sus familiares, la integración social y la posibilidad de una atención extra hospitalaria de corte comunitario.

Además de los servicios, fue necesario crear derechos que aseguren la condición de ciudadanos para los usuarios sin familia y con condiciones desfavorables para ser reincorporados al sistema social, debido a largos períodos de reclusión.

Por esta razón se instrumentaron diferentes y variadas modalidades de atención, en las que se encuentran el Hospital de día, los Talleres Terapéuticos y los CAPS (Centros de atención psicosocial), puerta de entrada a la atención pública en Salud Mental desde su legislación en 2002.

Por otro lado Argentina poseía, según Galende (2011), hasta los 60' un modelo de asistencia asilar basado en colonias y hospitales psiquiátricos distribuidos en varias partes del país. En 1957 llegan al país las corrientes críticas hacia este tipo de forma de atención en Salud Mental provenientes de Europa y EEUU.

Siguiendo el modelo de Estados Unidos, el gobierno creó en 1957 mediante el Decreto Ley N° 12.628, el Instituto Nacional de Salud Mental como organismo descentralizado, entre cuyos fines figuraban: prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas; prestar asistencia integral a los enfermos que padecen afecciones neuropsiquiátricas y contribuir a la recuperación y rehabilitación social de estos enfermos (Chiarvetti, 2008, p.174)

Por esos años también se crean las primeras carreras de psicología en el país y uno de los primeros servicios de psicopatología en un Hospital General (Lanús). Durante la dictadura de Juan Carlos Onganía (1966 – 1970) se promueve el Plan Nacional de Salud Mental de 1967 incorporando las Comunidades Terapéuticas en los asilos, sin embargo estas resultaban poco compatibles con el autoritarismo del gobierno de facto (Chiarvetti, 2008, p.175).

La dictadura militar de 1976 cortó con los procesos de reforma que se venían gestando en años anteriores para ser retomados en el período de reapertura democrática en 1983.

El Instituto Nacional de Salud Mental había desaparecido y el gobierno creó la Dirección Nacional de Salud Mental (...). Esta nueva dirección nacional logró fundar en casi todas las provincias Direcciones de Salud Mental provinciales y se implementó una Residencia

Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM). (Galende, 2011, p.9).

Chiarvetti (2008) afirma que este cambio permitió que muchas provincias crearan sus propios hospitales con énfasis en la rehabilitación de pacientes y encararan importantes cambios legislativos, como Río Negro, Santa Fe y Entre Ríos.

“Estos intentos, luego de la sufrida dictadura, permitieron algunos avances, sembraron nuevos compromisos de profesionales con la reforma y en varios de los hospitales psiquiátricos y Colonias se implementaron exitosos programas de externación de pacientes” (Galende, 2011, p. 10)

La declaración Caracas celebrada en 1990, donde se acordaba entre un gran número de países la promoción de modelos alternativos de Salud Mental centrados en la comunidad, dentro de las redes sociales desde una perspectiva de Derechos Humanos, supuso para Argentina, como para muchos países de Latinoamérica la creación de mejores estrategias en pro de garantizar una atención humanitaria en Salud Mental.

Así se llega a la reciente decisión del gobierno de crear en el año 2010, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que “reordena de manera profunda la relación represiva y discriminatoria del enfermo mental con el sistema judicial del Estado” (Galende, 2011, p. 10).

Esta ley entre otras cosas reconoce la autonomía de las personas con padecimiento mental y su capacidad para elegir sobre lo que desean, la internación se considera un recurso terapéutico que se debe utilizar en circunstancias excepcionales y en hospitales generales, desarrollando la atención desde una perspectiva de Derechos Humanos.

La antedicha declaración tuvo su impacto en la modificación de políticas de atención en Salud Mental en muchos otros países latinoamericanos que firmaron el acuerdo. Entre ellos se encuentra Chile, que a fines de los sesenta inicia “ un proceso de rectificación de las modalidades discriminatorias y estigmatizantes, pero fue recién en la década del 90 con la reapertura democrática que se profundizan los cambios, construyéndose recién en 1993 el primer Plan de Salud Mental” (De León, 2013, p.90), reformulado en el año 2000 con importante participación de asociaciones no gubernamentales de la sociedad civil.

Construcción de la atención en Salud Mental en Uruguay

En Uruguay los inicios de la atención en Salud Mental desde una perspectiva médica remontan a las primeras internaciones que se dieron por 1778 en el Hospital de Caridad de Montevideo (Techera ,Apud, Borges, 2010, p. 107). Este período coincide con un cambio de sensibilidad en la población -descrito por Barrán- de una perspectiva barbara a civilizada. Para la sensibilidad “civilizada” resulta necesario el control de los individuos y su disciplinamiento,

incluyendo al enfermo mental; para ello son las instituciones el mecanismo represivo por excelencia a modo de asegurar la tranquilidad social.

El primer establecimiento de reclusión asilar exclusivo para personas consideradas afectadas por una enfermedad mental se remonta al año 1860, en lo que se llamaba el “Asilo de dementes”, que funcionaba en la Quinta de Don Miguel Vilardebó, sustituido en 1880 por el Manicomio Nacional. En cuanto a las condiciones de la Quinta Vilardebó, Andrés Crovetto, quien trabajó allí como practicante interno relataba:

Casos de tratamientos brutales del capataz y de los sirvientes, que aun siendo de conocimiento de las autoridades no eran reprimidos; la arbitrariedad imperante llevaba a las hermanas y a los sirvientes a rechazar las indicaciones del médico o del practicante y a aplicar por su cuenta medidas punitivas. (Ginés, M; 2003 p.176)

La población albergada en el nuevo Manicomio Nacional, fue creciendo enormemente, fundándose así en 1912 la Colonia Etchepare, ubicada a 79 Km. de Montevideo, en el departamento de San José.

De 1933 a 1936 el Uruguay pasó por un período de quiebre institucional, durante el cual fueron aprobadas medidas legales relacionadas con los enfermos mentales, que aún están vigentes. Por un lado el artículo 30 de código penal que reconoce la inimputabilidad por la patología mental y por otro lado la ley N° 9581 sobre la organización de la atención psiquiátrica y la regulación de la hospitalización de los pacientes. (Casarotti, 2007, p. 155)

Hasta este período se puede considerar que Uruguay vivía una etapa pre -farmacológica, es decir que aún no había impactado en el país, el tratamiento psiquiátrico en base a fármacos, ni la enorme industria que estos conllevan. El tratamiento a la locura se basaba en la explotación de loco como mano de obra, utilizando talleres de trabajo como forma de rehabilitación, de este modo las instituciones lograrían ser productivas y autosuficientes. (Techera et al., 2010, p 108)

En 1948 se crea el “patronato del psicópata” con marco legal en la ley N° 11.139, es decir, un centro nacional de rehabilitación psíquica como dependencia del patronato, perpetuando un modelo de atención en Salud Mental predominantemente manicomial.

Para 1966 “el crítico informe de Pierre Chanoit capta la atención de las autoridades, y a partir del mismo surge la iniciativa de el nuevo Plan nacional de Salud Mental en 1972. La dictadura frenó el proceso de transformación, propuesto.” (Techera et al., 2010, p. 108). El informe presentado hacía énfasis en las pésimas condiciones de vida y atención en que vivían los internos de los manicomios, lo que logró un primer empujón para el planteo de un nuevo

modelo de atención en Salud Mental, retomado en el periodo pos-dictadura.

En las estimulantes condiciones de la apertura democrática en los 80, un amplio movimiento en Salud Mental genera la esperanza de modificar las condiciones de existencia, el destino y los derechos de decenas de miles de orientales marginados a lo largo del siglo, por su condición de padecer trastornos mentales que los volvían seres indefensos, exiliados de la sociedad y la cultura. En 1986 ese movimiento democrático en Salud Mental logró plasmar sus utopías originarias en el PNSM (Plan Nacional de Salud Mental), aprobado por el MSP. (Arduino, Ginés, Porciúncula., 2005, p.129)

Este tiene como objetivo la atención a los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación; y la creación de una red de servicios en Salud Mental integrada con el sistema de atención en salud en general.

La ley N° 16.095, de 26 de octubre de 1989, llamada Equiparación de oportunidades para las personas discapacitadas, dispone la creación de la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado. A fin de brindar cobertura nacional en el área de la rehabilitación psicosocial, crea también las Comisiones Departamentales Honorarias del Discapacitado, y prevé la existencia de Comisiones Regionales y Subcomisiones locales, para hacer efectiva la aplicación de los programas formulados por la Comisión Nacional y evaluar la ejecución de los mismos

En 1983, se inaugura el Hospital Psiquiátrico Musto, el cual cierra en 1996 por las pésimas condiciones en los que se albergaban sus pacientes, y tras constatar varios casos de muerte por hipotermia. Esto derivó en la reestructuración del Hospital Vilardebó “como hospital para el tratamiento de enfermos agudos y redistribuye los recursos humanos en centros de salud de la comunidad” (Techera et al., 2010, p 108). A partir de esto se crearon varios centros de rehabilitación tales como el Centro Diurno del Hospital Vilardebó, Centro Sayago, entre otros.

Uruguay no escapa de el impacto que logró la Declaración de Caracas en el inicio de procesos de reforma de las instituciones psiquiátricas, esta abre camino hacia la movilización en pro de la desmanicomialización, a pesar de ellos las medidas tomadas no son suficientes para afrontar un cambio para un modelo de atención sumamente represivo.

En 1995, la ONG Mental Disability Rights International (MDRI) presenta un informe sobre el estado de situación en nuestro país, en el que se constata el maltrato general de los internados, el exclusivo uso de psicofármacos y electroshock, la falta de personal especializado y se recomienda profundizar en estrategias alternativas y comunitarias.

(Techera et al., 2010 p.111).

Esta crisis en la Salud Mental uruguaya, se agrava durante la crisis económica del 2002. Con la asunción en 2005 del gobierno de izquierda se “promovió la participación a través de la Comisión Asesora Técnica Permanente (C.A.P.T) del programa de Salud Mental, a los efectos de conseguir lineamientos participativos dirigidos la Salud Mental ” (De León, 2013, p.22). En el plano jurídico, por otro lado se aprueba la ley N° 18.418 (2008) sobre la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad. A la vez el CAPT promueve el anteproyecto de ley de Salud Mental en Uruguay, el cual representa un elemento muy importante a lo que refiere a Derechos Humanos en Salud Mental y vida digna, que fue redactado en 2009. Este se encuentra sustentado en las ratificaciones y suscripciones que Uruguay a realizado a nivel internacional.

Por último cabe destacar la implementación en el SNIS implementado en 2005 prevé un plan de prestaciones en Salud Mental, que tiene como objetivos principales abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etarias , integración de las prestaciones en Salud Mental, priorizar el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables, poner el acento en los colectivos que pueden ser multiplicadores de salud como docentes, y personal de la salud.

En lo referente a dispositivos alternativos de atención en Salud Mental actualmente Uruguay cuenta con talleres dentro del Hospital Vilardebó y el Centro Diurno, ofreciendo propuestas diferentes a los usuarios internados y aquellos que fueron dados de alta, en un plan de acompañamiento. Por otro lado se cuenta con instituciones tales como, el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP), Centro Sayago y Cipres. Todas ellas existen con el objetivo de brindar propuestas de rehabilitación a los usuarios, estimulando sus capacidades, y promoviendo una mayor integración al medio social, en un mecanismo alterno al hospital.

El panorama actual de nuestro país en la Atención a la Salud Mental.

Nuestro país, no ha estado ajeno a la inclusión de la perspectiva de derechos en el campo de la Salud Mental, que se ha impulsado en América Latina y el Caribe. De León y Kakuk (2013) afirman que los Derechos Humanos

Para su respeto y ejercicio pleno, (...) requieren de la ratificación de instrumentos internacionales en la materia, así como su adecuada incorporación en el orden jurídico de cada país, lo cual pasa también por políticas públicas eficaces que garanticen su cumplimiento y aseguren la consonancia con las obligaciones internacionales contraídas.

(pp. 66-67)

Uruguay ha ratificado diferentes tratados y normativas internacionales que son concordantes con esta perspectiva, entre ellas se encuentran según Kakuk (2013): Declaración Universal de Derechos Humanos, Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos y Pacto internacional sobre los Derechos Económicos, Culturales y Sociales, ambos aprobados en 1966 y ratificados por la ley N°13751, Convención Americana de Derechos Humanos, ratificada por la ley N°15737, Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, ratificada con la ley N°18418 y N°18651, Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, Principios para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento de la atención es Salud Mental, Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, Conferencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina en Caracas, Conferencia regional para la reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas, Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con discapacidad mental. (p. 74)

A pesar de las ratificaciones que ha realizado Uruguay ante los tratados internacionales, los mismos no garantizaron un cambio total en el modelo de atención hacia las personas con padecimiento mental.

Si bien existe una tendencia a asociar los DDHH con el campo jurídico, el análisis de su historia muestra que si bien se consolidan a través de instrumentos de Derecho Internacional, su origen se encuentra en las luchas sociales y su ejercicio pleno involucra a sujetos y colectivos integralmente concebidos como actores sociales. (Conde, Giorgi, Russo, 2015, p.19)

La última década representó un ambiente alentador para propuestas de cambios, ya que el gobierno de impronta progresista centró la atención en los grupos minoritarios, procurando la equidad de oportunidades. Este panorama parecía resultar propicio para hacer énfasis en la modificación del modelo de atención manicomial, donde el enfermo mental se encuentra estigmatizado e invisibilizado socialmente en su problemática.

Sin embargo la Salud Mental ha sido relegada y demorada con respecto a otras problemáticas sociales. “Es que las garantías de los ddhh de las personas internadas por “motivos mentales” históricamente han sido vulnerados y el trato en ocasiones degradante y violento” (De León, Kakuk, 2013, p.67)

Con este panorama y con participación de la sociedad civil se logra la convocatoria del PNSM desde la CATPP para la propuesta de un primer Anteproyecto de Ley de Salud Mental generado en 2009. Este enuncia la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a la Salud Mental de todas la personas, procurando una atención integral de promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción comunitaria asegurando una atención transdisciplinaria, eliminando prácticas que estén unidas al control social. Se promueve el acceso a los usuarios, cuando no pudieran procurárselo por sí mismos a vivienda, salud, educación, capacitación laboral, derechos y beneficios a la seguridad social, así como que la internación solo se realice en los casos donde se hayan agotado completamente otros recursos. “La declaración de incapacidad civil solamente procederá cuando las personas tengan graves limitaciones para dirigirse a si mismo o administrar sus bienes, en grado tal que pongan en riesgo su salud, su patrimonio o su vida en forma clara.” (Anteproyecto de ley de Salud Mental, 2009, Capítulo I, Artículo 4º)

Este proceso continuó junto con el proyecto, en suspenso y sin respuesta por parte del Estado hasta 2015 donde se retoma la discusión y la convocatoria de la CATPP del PNSM.

Sin embargo en este lapso las asociaciones de la sociedad civil no dejaron de movilizarse en favor a un cambio. En este período se crea la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, organismo fundado en 2012, integrada por organizaciones sociales, colectivos académicos, universitarios, trabajadores, usuarios y familiares vinculados al campo de la salud mental, cuyo objetivo es actuar y lograr la visibilidad sobre las condiciones de vulnerabilidad de Derechos Humanos de personas con padecimiento mental.

Radio Vilardevoz, entre otras organizaciones, también ha contribuido mucho en el proceso de implementación de nuevas prácticas para una Salud Mental más humanizadora. Esta surgió en 1997 y promueve la construcción de un proceso de rehabilitación del paciente psiquiátrico desde una perspectiva de salud comunitaria, combatiendo las lógicas de exclusión generadas que impiden que “el discurso de los locos sea parte de la construcción del espacio público democrático” (Jimenez, Baroni, Giordano, Cresci, Planchesteiner, 2013, p. 169).

Además se ha organizado desde el año 2012 ,desde estas y otras organizaciones, la Marcha por Salud Mental y Vida digna, que se repite anualmente hasta la actualidad como forma de dar visibilidad a las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas y por un cambio en el modelo de atención manicomial.

A pesar de esto, el Anteproyecto también encontró resistencias tales como las de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU) que se pronunció en su contra, ya que la antigua ley a su entender, (Asistencia a Psicópatas de 1936) “brinda un contexto legal que cubre adecuadamente a los psiquiatras” (Pardo, 2009, p. 5).

Su retorno en agenda pública, tras un impasse de casi 6 años, tuvo mucho que ver con la

visibilidad que dieron los medios de comunicación a las condiciones de asistencia psiquiátrica, tras la muerte de un interno en la Colonia Etchepare al ser atacado por una jauría de perros. Esta situación de asistencia no era nueva, sin embargo el incidente logró captar la atención de la opinión pública a través de los medios de comunicación, lo que evidencia el gran poder de influencia mediático sobre el accionar social.

Por iniciativa de la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna se retoma el Anteproyecto de Ley ya presentado años atrás, modificando algunos de sus aspectos. Este logra ser tomado en cuenta para ingresar al parlamento como proyecto de ley en diciembre de 2015, no cumpliendo totalmente con las expectativas del sector, pronunciándose éste públicamente sobre diferentes puntos en los que se tenían divergencias:

Desde el discurso y la exposición de motivos del Anteproyecto, se declara que se apunta a un cambio del modelo de atención desde un nuevo paradigma en Salud Mental. Sin embargo el articulado no menciona disposiciones fundamentales para concretar el cambio de modelo, o en algunos casos las presenta de modo tal que su carácter de obligatoriedad y universalidad queda reducido a una expresión de deseo, de promoción y/o de fomento. (Asamblea Instituyente, 2015, párrafo 5).

El nuevo proyecto de ley entre otras cosas prevé las internaciones involuntarias cuando la persona represente un riesgo para sí mismo o para terceros o cuando sea considerado con falta de juicio, y el hecho de no ser internada pueda devenir en un deterioro de su salud; lo que incluye a personas con consumo problemático de drogas.

El proyecto, a pesar de poseer un lenguaje inclusivo e intentar la promoción de la no estigmatización del enfermo mental, continúa perpetuando algunos aspectos de una lógica de atención manicomial.

Por otra parte, la utilización de los términos “trastorno mental” o “trastorno mental severo” reafirma un concepto por demás controvertido, estigmatizante y patologizante, propio de un paradigma que se quiere superar. Entendemos que se contrapone a la concepción social de la discapacidad, presente en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por nuestro país. (Asamblea instituyente, 2015, párrafo 6).

El futuro de la atención en Salud Mental en nuestro país se encuentra hoy en pleno debate, por lo que es importante replantearse la utilidad y los beneficios del proyecto de ley en cuestión y a que paradigma e intereses responde.

Reflexiones

El recorrido histórico realizado en el presente trabajo se plantea hacer visible los antecedentes y modalidades de acción que van dando paso al sistema de atención en nuestro país en Salud Mental. Resulta difícil comprender, sin antes analizar el contexto, los motivos por los cuales es tan arduo la reformulación hacia un nuevo modelo de asistencia. La herencia de un sistema de tipo represivo y de control viene desde un tiempo muy largo en la historia occidental, que ha logrado mantenerse adaptando diferentes formas. Como se ha visto en un comienzo, este control adopta medidas puramente represivas y violentas del tipo físico, y de exclusión de las ciudades, mutando luego a un modelo disciplinar de encierro y control de los cuerpos, un disciplinamiento químico a través de los psicofármacos, hasta su punto más evolucionado que representa al control subjetivo deseante de deber ser en sociedad.

Se hace evidente que unos de los motivos recurrentes que hacen posible a la exclusión y marginalidad de la locura, es la construcción social de la peligrosidad de quienes quedan bajo “los desordenes mentales”. En base a ésta se han legitimado acciones represivas sobre las personas, y se ha ido creando un imaginario social que lo valida.

Cabe preguntarse, ¿peligrosidad para quién o qué? La percepción de lo peligroso se fue transformando de acuerdo a cada momento histórico, por lo que los considerados locos no fueron los mismos personajes en cada uno de estos momentos. Lo considerado “anormal” va cambiando y lo seguirá haciendo, ya que las sociedades también lo hacen.

En resumen, el loco siempre fue aquella persona discordante con la sensibilidad dominante de la época. En la Edad Media se incluían disidentes con el sistema religioso y con sus valores; en la Modernidad el loco se transforma en un ser improductivo equiparado por la ideología capitalista del mundo y controlado a través de la medicina; finalmente, a través de la inclusión de la perspectiva de Derechos Humanos, se logra un trato más humanitario, pero. ¿podría tratarse de una línea de control más sutil?. Pareciera que el disidente necesita ser siempre controlado, sino podría convertirse en una amenaza.

Actualmente nuestro país esta rindiendo una lucha para cambiar las perspectivas de atención en Salud Mental. Para poder hacer un análisis más completo de las resistencias propuestas es necesario preguntarse sobre la legislación en proceso, ¿cómo ubica la peligrosidad? ¿quién es el nuevo peligroso en nuestro sistema actual?.

¿Los nuevos peligrosos son aquellos seres marginados, el delincuente, el drogadicto, aquel loco que no tiene los medios suficientes para subsistir, por lo que se hace necesario su reclusión para el “bien” de la comunidad toda?.

En relación a esto, las posiciones difieren; la perspectiva de derechos adoptada por las organizaciones de la sociedad civil propone un cambio en el paradigma de peligrosidad

tomando a la persona con padecimiento mental de como sujeto de derechos, heterogéneo en su padecer. Sin embargo evaluando la perspectiva del Estado ¿parecería mantener la idea de control social a través de la peligrosidad?

En base a esto ¿Qué intereses interceden al momento de plantear un cambio en el modelo de atención manicomial? ¿Por qué se continúa con esta lógica de control?.

Según define Guattari (2013) los individuos son el resultado de una producción en masa modelizando diferentes formas de relaciones humanas según un sistema capitalístico, todo lo diferente tendrá un encasillamiento dentro de un devenir anormal, lo que sucede en el caso de la locura y los hospitales psiquiátricos. Esta homogenización pautara categorías en que “la expresión de la diversidad se construye socialmente muchas veces como peligroso” (De León, Kakuk, 2013, p.67), logrando la aniquilación de toda diferencia.

De esta manera la locura queda encasillada y modelizada de acuerdo a la subjetividad dominante, normalizada a través de las instituciones psiquiátricas. Salir de esta forma de producción subjetiva resulta muy difícil ya que el sistema en el que nos encontramos insertos necesita de estos mecanismos regulativos y de control para perpetuarse, para ello la sensación de peligrosidad se transforma en el mecanismo que legitima la intervención sobre los cuerpos y su represión.

Además de la difícil tarea de promover este cambio ideológico de la masa social existen variados intereses que hacen peso y logran instaurar resistencias para el cambio de modelo.

Entre ellos se encuentran en juego la incidencia y la cuota de poder que poseen actualmente la industria farmacéutica y el poder médico hegemónico en el modelo de asistencia de tipo manicomial. Así por ejemplo lo demostró la SPU cuando a su entender el primer Anteproyecto de ley presentado amenazaba el lugar de poder dominante que poseía la psiquiatría en la atención en Salud Mental.

Este grupo social, por su condición de peligrosidad sera progresivamente des- humanizado. “Cualquier acción será posible, incluida la tortura y la desaparición en los casos extremos (...), o el encierro, en una cárcel o en un manicomio” (Cano, 2013, p.117).

Por lo tanto, ¿es suficiente el hecho de tomar medidas para la desinstitucionalización de la locura, solo con propuestas de cierre manicomial? El manicomio no abarca solo los lugares de reclusión, sino que representa una relación social, interiorizado en los procesos subjetivos de estigmatización.

La responsabilidad profesional en este caso tiene un rol muy importante ya que los trabajadores de “lo mental” son capaces de legitimar o no el paradigma de peligrosidad, dictaminado desde su lugar de saber-poder, si una persona se encuentra apta para desarrollarse en sociedad o si es lo suficientemente peligrosa para encontrarse en una institución que lo controle. La peligrosidad no pasa de ser un mito social que justifica la

represión como tratamiento y los médicos actuantes desempeñan el papel de legitimadores.

Parafraseando a De León (2009) se puede afirmar que existe un poder que se encuentra en juego en función del encierro y un saber que se construye en base al mismo, ya que cuando la locura es institucionalizada los que pasan a hablar de enfermedad mental ya no son las personas que la padecen, sino los técnicos que la controlan, por lo que su voz queda silenciada. (p. 366- 367).

Es importante señalar que Uruguay se ve en desventaja en cuanto a modificaciones en los modelos de atención en Salud Mental que se vienen realizando en el resto de Latinoamérica en el plano legislativo, a pesar de que ha logrado avances significativos en otra áreas de intervención en sectores minoritarios y excluidos.

En el análisis de la influencia de la medicalización social y de la psiquiatrización del sufrimiento mental en el campo de producción de la política sanitaria referida a los procesos de salud-enfermedad, es sustancial a la hora de comprender con cabalidad a partir de qué tomas de posición los agentes de ese campo desarrollan sus estrategias y ponen en juego la disputa por el logro de sus intereses. Los efectos de la medicalización social afectan individual y colectivamente, en mayor o menor medida a todos los integrantes de la sociedad uruguaya. Por tanto también tienen eco los efectos de la subjetividad medicalizada, desde quienes se ven involucrados en la disputa y conquista de la política pública. (Silva, 2013. p.31).

Resulta fundamental en este sentido la posición profesional a tomar al respecto, y el análisis de las lógicas de atención a que responden en el campo de la Salud Mental para hacer posible el quiebre al cambio de paradigma que se propone llegar.

Referencias

AAVV (2009). *Propuesta de Anteproyecto de ley de Salud Mental*. Montevideo

AAVV (2015). *Propuesta de Anteproyecto de ley de Salud Mental*. Montevideo

AAVV (2015) *Proyecto de Ley en Salud Mental*. Montevideo Uruguay.

Amarante, P.

(2006). *Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires, Argentina: Madres de Plaza de Mayo.

(2009). *Superar el manicomio : salud mental y atención psicosocial..* Buenos Aires, Argentina: Topía

Arduino, M; Ginés, A; Porciúncula, H. (2005, Diciembre) El Plan de Salud Mental, veinte años después. Evolución perspectivas y prioridades *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 69 (2) pp 129-150. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf

Asamblea Instituyente por Salud Mental y Vida Digna (2015, diciembre) . *Declaración sobre el proyecto de ley en Salud Mental enviado por el Poder Ejecutivo al Poder Legislativo*. Recuperado de <http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/>

Basaglia, F. (2009). *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires, Argentina: Topía

Barrán, J. (2011). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay :La cultura "bárbara" (1800-1860) : El disciplinamiento (1860-1920)*. Montevideo, Uruguay : Ediciones de la Banda Oriental.

Becerril, V , Medina, G & Aquino, R . (2011). *Sistema de Salud de Brasil*. Salud Publica de México, 53 (2) pp. 120-131. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf>

Bouza, F. (1996). *Locos, enanos y hombres de placer en la corte de las austrias: oficio de burlas*. Madrid, España: Temas de hoy.

Cano, A (2013). Algunos desafíos para la desmanicomialización en Uruguay. En Nelsón de León (coord), *Abrazos: Experiencia y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 107-

123). Uruguay, Montevideo: Levy

Carro, S. & de la Cuesta, P. (2007). *Introducción a las Teorías Psicológicas*. Montevideo, Uruguay: Trapiche.

Casarotti, H (2007, Diciembre) Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en Uruguay. *Revista de psiquiatría del Uruguay*. 71 (2) pp. 153-163. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/07_asm.pdf

Castel, R.

(1980). *El orden psiquiátrico : la edad de oro del alienismo*. Madrid, España: La Piqueta

(1984). *La gestión de los riesgos : de la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona, España: Anagrama.

Chiarvetti, S. (2008, Agosto). La reforma en Salud Mental en Argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de clínica psicológica*, XVIII (2) , pp. 173 - 182. Recuperado de http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/642/racp_xvii_2_pp173_182.pdf

Conde, G, Giorgi, V & Russo, G (octubre, 2015), Derechos Humanos en la formación de psicólogos. *Revista de CPU +psicolog@s*. 275, pp 19-21. Recuperado de http://www.psicologos.org.uy/revistas/275_revista2015_octubre.pdf

De León, N (coord) (2013) *Salud Mental en debate*. Uruguay, Montevideo: Psicolibros Waslala

De León, N & Kakuk, M. (2013) Una disyunción política necesaria: “derechos humanos y salud mental”. En De León (coord), *Abrazos: Experiencia y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. (pp. 65-67) Uruguay, Montevideo: Levy

De León, N (2009), La intervención psicológica desde la Psicología Social: análisis y perspectivas con relación a la locura y la enfermedad mental. En Etcheverry, G & Protesoni, A (coord). *Derivas de la Psicología Social Universitaria*, (pp. 351- 368) Uruguay, Montevideo: Levy

De la Cruz, F. (2011, noviembre 18). El proceso de independencia de América Latina Recuperado de <http://clio.rediris.es/n37/oposiciones2/tema52.pdf>

Desviat, M. (2006, abril 10). *La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica*. Norte de Salud Mental, 6 (25), 8-14. Recuperado de <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-25/008-la-antipsiquiatria--critica-a-la-razon-psiquiatrica.pdf>

Erasmus, D. (1936). *Elogio de la locura*. Madrid, España: Librería Bergua

Foucault, M.

(1967). *Historia de la locura en la época clásica*. D.F., México: Fondo de la cultura económica

(1996) *Del poder de la soberanía al poder de la vida*. En *Genealogía del Racismo* (pp. 193-214). La Plata, Argentina: Altamira.

(2002). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires, Argentina : Siglo XXI Argentina.

(2008). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber*. 2da. Edición. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.

Galende, E.

(2008). *Psicofármacos y Salud Mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires, Argentina: Lugar

(2011, Diciembre), Editorial. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1 (1) pp. 6-12.

Gines, A (2003, Diciembre) La Honda de Murguía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 67 (2) pp. 172-180. Recuperado de http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/mar2004/09_com.pdf

Giralt, S. (2011). Magia y ciencia en la Baja Edad Media: la construcción de los límites entre la magia natural y la nigromancia. *Clío & Crimen*, 8, pp. 14-72.

Guattari, F.& Rolnik, S. (2013). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta limón.

Heers, J. (1988). *Carnavales y fiestas de locos*. Barcelona, España: Península

Huertas, R.

(1991). Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría.

Asociación Española de Neuropsiquiatría, 11, pp. 73-79

(1990). Medicina mental y revolución burguesa: Sobre los orígenes de la asistencia psiquiátrica. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*., 10, pp. 389-399

Huizinga, J. (2001). *El otoño de la Edad Media : estudios sobre la forma de la vida y del espíritu durante los siglos XIV y XV en Francia y en los Países Bajos*. Madrid, España: Alianza.

Irrazábal, E. (1999) *La dictadura uruguaya de 1973 a 1985 y la intervención de la Universidad de la República*. Universidad e Historia de la Psicología en Uruguay (equipo docente) Universidad. Montevideo: Ediciones Multiplicidades/ Depto. de Publicaciones CEUP.

Jimenez, A, Baroni, C, Giordano, M, Cresci, L & Planchesteiner, D (2013) , Locos por la Radio...15 años de comunicación participativa. En De León, N (coord) *Abrazos: Experiencia y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. (pp. 165-179) Uruguay, Montevideo: Levy

Juaristi. (2008, Julio- Setiembre). Mayo del 68: el camino al terrorismo. *Cuadernos de pensamiento político*, 19, pp. 71- 82. Recuperado de:
http://www.fundacionfaes.org/file_upload/publication/pdf/20130423184745mayo-del-68-el-camino-al-terrorismo.pdf

Kakuk, J (2013) Aspectos jurídicos en el transito de la salud mental, Derechos Humanos, un tránsito necesario en De León (coord), *Salud Mental en debate*. (pp 71-84) Uruguay, Montevideo: Psicolibros Waslala

Laurent, V. (2009, agosto). Mayo del 68, 40 años después. Entre herencias y controversias. *Revista de Estudios Sociales*, 33, pp. 29-42. Recuperado de
<http://res.uniandes.edu.co/view.php/593/index.php?id=593>

Leahey, T, (1998) *Historia de la psicología: principales corrientes en el pensamiento psicológico*. Madrid, España : Prentice Hall Iberia

Ley de Equiparación de oportunidades para las personas discapacitadas. N° 16095, Uruguay 26 de octubre de 1989.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, Buenos Aires, Argentina, 25 de noviembre de 2010.

Manero, R. (2013, abril). Introducción a los conceptos básicos del análisis institucional. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 5, pp. 6-20. Recuperado de
<http://psicologia.uarcis.cl/revista/index.php/RSSCN1/article/view/106/91>

Meritxell, T. (2002). El conflicto en un mundo en cambio. En Dalla, G, García, P, Izard, M, Laviña, J, Piqueras, R, Meritxell, T & Zubiri, T(Eds) *Conflicto y violencia en América: Encuentro*

- *Debate, América Latina ayer y hoy* (pp. 11- 22). Barcelona, España: Publicaciones de la Universidad de Barcelona.

Odorico, L, Soares, R & Martins, T. (2000, Julio- Agosto). A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8, 85- 91

Ordorika, T. ¿Herejes o locos?. *Cuicuilco*, México , 16(45), pp. 137-161,. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100007&lng=es&nrm=iso>

Pardo, V. (2009, julio) Editorial, Boletín de la SPU. Recuperado de http://www.spu.org.uy/boletin/jul2009/Boletin_julio.pdf

Peñalta R. (2008, 25 de abril) Locos y locura a finales de la Edad Media: representaciones literarias y artísticas. *Revista de Filología Románica*, 25, pp. 127-138. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RFRM/article/view/RFRM0808110127A/9548>

Prada, M. (2012). Relación de contraste entre pensamiento andino y la modernidad. *Dialéctica libertadora*, 5, pp. 101-120. Recuperado de <http://publicaciones.libertadores.edu.co/index.php/DialecticaLibertadora/article/view/208>

Rotelli, F, De Leonardis, O & Mauri, D. (1987). Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los "países avanzados"). *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, VII (21), pp. 165- 187. Recuperado de [http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1987/revista-21/02-desinstitucionalizacion-otra-via-\(reforma-psiquiatrica-italiana-en-el-contexto-de-la-europa-occidental-y-de-los-paises-avanzados\).pdf](http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1987/revista-21/02-desinstitucionalizacion-otra-via-(reforma-psiquiatrica-italiana-en-el-contexto-de-la-europa-occidental-y-de-los-paises-avanzados).pdf)

Silva, C. (setiembre, 2015), Entre la apariencia de discursos coincidentes y la esencia de contenidos irreconciliables. *Revista CPU +psicolog@s*. 274, pp 27-33 Recuperado de http://www.psicologos.org.uy/revistas/274_revista2015_setiembre.pdf

Techera, A, Apud, I & Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido: un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Uruguay: CSIC Universidad de la República

Tellez, F. (1990, Enero - Marzo). Revoluciones sin Revolución o el Mayo Francés del 68.

Historia y Psicoanálisis, VI (23), pp. 29- 32 . Recuperado de
<http://www.bdigital.unal.edu.co/40674/1/12124-30743-1-PB.pdf>

Trope, H. (2010, junio) La Inquisición frente a la locura en la España de los siglos XVI y XVII (I): Manifestaciones, tratamientos y hospitales. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (2), Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000200007&lng=es&nrm=iso

Villoro, L. (2010). *El pensamiento moderno: Filosofía del Renacimiento*. Mexico, D.F: Centzontle

Ziegler, H. (2011). *Consecuencias de la Segunda Guerra Mundial*. Historia para todos. Recuperado de <http://historiaparatodos-vico.blogspot.com.uy/2011/03/consecuencias-de-la-segunda-guerra.html>