UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Locos y no tan locos en Uruguay:
estudio histórico sobre el abordaje en salud mental

Stefany Fleming Bentancor

Tutor: María Noel Míguez

2006

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO I: SALUD-ENFERMEDAD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	
	7
CAPÍTULO II. RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL ABORDAJE EN SALUD MENTAL EN URUGUAY	
	15
CAPÍTULO III- CUESTIÓN SOCIAL Y SALUD MENTAL.....	
	28
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	45

INTRODUCCIÓN

El presente documento constituye la Monografía Final exigida curricularmente para acceder al título de la Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El tema seleccionado para la misma versa en el estudio histórico del abordaje en salud mental que las políticas en salud mental han ido planteando en Uruguay. Esta selección se fundamenta en el interés que despierta en la estudiante esta temática ya que se considera que la salud mental atraviesa la vida cotidiana de los sujetos por lo que no es ajeno a la intervención profesional del Trabajo Social. Se entiende que el abordaje en salud mental ha sido históricamente apropiado por disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología, lo que constituye una dificultad para este estudio dada la escasa producción bibliográfica existente desde el Trabajo Social. Sin embargo, no puede negarse que últimamente se han estado realizando avances en este aspecto, sea en lo que refiere a nivel curricular o extracurricular o algunas producciones realizadas por profesionales de esta disciplina que se desempeñan en instituciones relacionadas a la salud mental; de todas maneras se considera que las mismas quedan remitidas a estos ámbitos laborales.

Por otra parte, la salud mental en ciertos ámbitos ha sido abordada fundamentalmente dissociada de la realidad de la que es parte y si bien la dimensión social ha sido reconocida como aspecto interviniente, no ha sido considerada como elemento constitutivo del proceso salud-enfermedad mental¹. Por ello, el Trabajo Social tanto desde

¹ Si bien en el correr de la presente introducción se deja claro el marco teórico metodológico desde el que se abordará esta monografía, se entiende pertinente explicar aquí porqué se habla de proceso salud-enfermedad mental. Esto es así porque se los aprehende como par dialéctico, como opuestos complementarios desde la dialéctica. Se considera que no puede analizarse la salud mental sin referirse a la enfermedad mental, ya que no existen sino es en esta unidad de

su dimensión asistencial como promocional puede aportar en el campo de la salud mental para la mejora de la calidad de vida de los sujetos.

El marco teórico metodológico desde el cual se aborda la presente monografía entiende a la realidad como un todo complejo, como síntesis de múltiples determinaciones. El método dialéctico supone trascender las manifestaciones fenoménicas para comprender la realidad concreta. Esta se entiende como totalidad, donde el todo explica a las partes y éstas al todo. Es así, que las partes solo pueden comprenderse en el movimiento que hace a la totalidad. (KOSIK, 1967) A esto se aspira en el presente documento, realizar sucesivas aproximaciones para la comprensión del tema planteado y analizar como la salud mental está determinada por las diversas manifestaciones de la cuestión social.

En este sentido, se considera al proceso de salud-enfermedad mental como relación dialéctica del hombre con su medio. Siendo la salud mental parte integral de la salud de las personas, que está determinada y a su vez determina las condiciones de vida, la posibilidad de integrarse al medio así como desarrollarse plenamente en el ámbito intelectual y afectivo-emocional.

De esta manera, se pretende en una primera instancia reconstruir el devenir histórico del concepto salud mental, reconociendo a su par dialéctico enfermedad mental, en tanto opuestos complementarios desde la dialéctica. Ellos existen en unidad, pero desapareciendo el uno en el otro, son al mismo tiempo inseparados e inseparables, cada uno desaparece en su opuesto. En esta reproducción intelectual, como concreto pensado mediará el par normalidad-anormalidad, ya que se considera que la definición de salud-enfermedad mental está determinada por lo que la sociedad, de acuerdo a sus valores dominantes, dispone como normal o patológico.

contrarios. Igualmente, en el desarrollo del primer capítulo se puede comprender más claramente esta delimitación.

Seguidamente, se intenta reconstruir el abordaje histórico que nuestro país ha hecho en materia de salud-enfermedad mental. En este aspecto, cabe aclarar dos delimitaciones establecidas para este trabajo: en primer lugar, esta reconstrucción está circunscrita prácticamente en su totalidad a Montevideo (geográficamente se afirma además que la atención de la enfermedad mental estuvo centralizada fundamentalmente en este departamento); en segundo lugar, se limita el estudio en la atención a la salud mental a nivel público, porque se entiende que de otra manera excedería las posibilidades de un trabajo monográfico de estas características.

Se considera que la política de salud mental ha mostrado transformaciones, que serán debidamente trabajadas en el desarrollo del trabajo, a grandes rasgos pueden destacarse dos fundamentales: una se relaciona con el desmantelamiento del modelo asilar, en relación a este aspecto, se considera que no se realizó atendiendo a las necesidades de los sujetos a los que afectó, no se tomaron en cuenta las problemáticas sociales que vivían estos sujetos. En lo que refiere a la otra, se considera que al haber un cambio en el concepto de salud mental, los criterios en la misma se modifican llevando a nuevos agentes a demandar asistencia en salud mental, son los que al entendimiento de quien suscribe no padecen una enfermedad mental pero no viven satisfactoriamente sus procesos de salud mental, lo que actualmente se menciona como padecimiento psíquico. Para comprender ambas transformaciones, es que se considera pertinente retomar la categoría de cuestión social, y a partir de la identificación de algunas de sus manifestaciones identificar sus impactos en la salud mental.

CAPITULO I: SALUD-ENFERMEDAD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA

HISTÓRICA

A partir de la literatura revisada se puede observar cierto consenso en afirmar que el concepto de salud mental carece de definiciones concretas y precisas. Al respecto Josep Ramos (1997: 12) afirma que considerando la cantidad de aspectos de la realidad que se tendría que tomar para definirlo, cualquier intento resultaría limitado. De esta manera, el mismo autor sostiene que el concepto de salud mental refiere siempre a un posicionamiento básicamente ideológico que depende de categorías culturales y momentos históricos particulares.

Es así que a lo largo de la historia la sociedad ha ido creando y modificando su concepción de salud-enfermedad mental. Ello no ha sido algo arbitrario, sino que siempre ha sido definido a partir de como las relaciones de poder hayan establecido lo que es normal y lo que es "anormal", y la manera en que los individuos deben relacionarse a partir de ello. En este sentido, Huleche y Delgado (1998) plantean diferentes concepciones manejadas a lo largo de la historia. En principio, hablan de una concepción primitiva, donde la locura aparecía como una categoría de lo sagrado, relacionado con lo demoníaco o con lo divino. Se manejaba la idea de que el "loco" estaba poseído por espíritus demoníacos a los que había que alejar de su cuerpo a través de diversos procesos legitimados por la Iglesia.

Sin embargo, a partir del siglo XVIII, en el marco del Proyecto Ilustrado como origen de la modernidad, estas concepciones comienzan a modificarse. Es válido en este desarrollo exponer en que consistió esta modernidad para comprender el proceso histórico de la enfermedad mental, tanto en su explicación como en su abordaje.

“El proyecto de la modernidad formulado en el siglo XVIII por los filósofos de la ilustración consistía en sus esfuerzos por desarrollar la ciencia objetiva, la moralidad, la ley universal y el arte autónomo de acuerdo a su lógica interna. Al mismo tiempo este proyecto pretendía liberar los potenciales cognitivos de cada uno de estos dominios para emanciparlos de sus formas esotéricas. Los filósofos de la Ilustración quisieron utilizar esta acumulación de cultura especializada para el enriquecimiento de la vida cotidiana” (HABERMAS apud ROZAS PAGAZA, 1998: 10)

Los pensadores de la Ilustración consideraron que el mundo había estado oculto por la mitología y la irracionalidad, por lo que la ignorancia y la injusticia que sufrían los hombres podrían superarse gracias al triunfo de la razón. Entonces, el objetivo era constituir hombres libres, autónomos, liberándolos del dominio de las fuerzas mágicas. Sin embargo, se considera que esto devino en una fuerte contradicción, ya que la dominación del hombre por parte de las “fuerzas superiores” se sustituye por la represión misma del sujeto, en la dominación de unos hombres sobre otros.

Adorno y Horkheimer (1969) afirman que la relación entre saber y poder nunca se dio en forma tan estrecha como en la Ilustración, el saber no aspira a la satisfacción del conocimiento sino al método, al cálculo para lograr así mayor dominio y explotación no sólo de la naturaleza sino también del propio hombre. La razón perdió su potencial emancipador para volverse un instrumento de dominación al servicio de la clase burguesa, volviéndose funcional al sistema por ella impuesto.

De esta manera, como plantea Coutinho:

“Na história da filosofia burguesa, é possível discernir... duas etapas principais. A primeira,(...) caracteriza-se por um movimento progressista, ascendente, orientado no sentido da elaboração de uma racionalidade humanista e dialéctica. A segunda (...) é assinalada por uma progressiva decadencia, pelo abandono mais ou menos completo das conquistas do periodo anterior(...) as tendencias progresistas, antes decisivas, passam a subordinar-se a um movimento que inverte todos los fatores de progresso ao transformá-los em fonte cada vez mayor da alienação humana.”

(COUTINHO, 1971: 7-8)

Esto se debe a que en la primera etapa la burguesía representaba a la totalidad de la sociedad en su lucha contra el régimen absolutista feudal, pero cuando el proletariado se convierte en clase autónoma, la burguesía se torna una clase conservadora, interesada en la perpetuación del orden existente, y así la razón es renegada como instrumento de conocimiento. (COUTINHO, 1971)

De esta manera, el proyecto de la modernidad se caracterizó por la valorización de la ciencia y la técnica en oposición a la religión como medio de progreso de la sociedad. Esto implicó la racionalización de la organización social y el dominio de la naturaleza en pro de mantener el nuevo orden impuesto por la clase dominante. Por este motivo se habla de una razón instrumental, en tanto se convirtió en un medio para garantizar la manutención del sistema capitalista, ya que permitió la observación y comprensión de la vida cotidiana para luego disciplinarla, controlarla y dominarla, siendo el positivismo su máxima expresión ideológica. (COUTINHO, 1971)

Es así que la ciencia vista como instrumento, además de permitir el aumento de la productividad económica, facilitó la creación del aparato técnico y social que permiten controlar al sujeto para volverlo un reproductor más del sistema.

Retomando el devenir del concepto enfermedad mental, se ve en este momento histórico, principios de siglo XIX, cómo la Iglesia es desplazada en el abordaje de la misma por el orden científico. El "loco" deja de considerarse como un poseído para ser visto como un sujeto peligroso que por alejarse de los patrones normales de la sociedad debe ser aislado y encerrado. (HULETCHE, DELGADO, 1998: 58-59)

De esta manera, se entiende a la "locura" como resultado de un orden social que la crea, la define como una perturbación y regula los mecanismos que la aíslan. Es necesario mantener ese nuevo orden económico-social, siendo la tendencia a la homogenización de los comportamientos de los individuos la forma de hacerlo. La diferencia es considerada como "disfunción social" por lo que es imprescindible extraerla de la sociedad que se rige bajo los parámetros "normales" y "funcionales" a ese sistema.

En relación a ello, Foucault expone:

"... el cristianismo despojó a la enfermedad de su sentido humano y la ubicó en el interior de su universo; la posesión arranca al hombre de la humanidad para librarlo a lo demoníaco, pero lo mantiene en el mundo cristiano, en el que el hombre puede reconocer su destino. La obra de los siglos XVIII y XIX es inversa: restituye a la enfermedad su sentido humano, pero aleja al enfermo mental del mundo de los hombres". (FOUCAULT, 1988: 90)

El mismo autor cuestiona a la sociedad burguesa por no reconocer en la enfermedad mental las contradicciones sociales que le dieron origen. El enfermo pierde su concreción para convertirse en un ser abstracto, sin analizar su medio humano y sus condiciones reales de existencia para explicar su patología y de ese modo es extraído y aislado del medio social por considerarlo un potencial perturbador del orden establecido. (FOUCAULT, 1988)

Bleger aporta a este punto de análisis afirmando que:

“...el enfermo no es un desadaptado de la sociedad sino un adaptado a las condiciones alienadas de la sociedad, porque ésta última presenta las condiciones de alienación en los que todos estamos comprometidos en menor o en mayor grado. La alienación psicológica del hombre es parte del proceso total de alienación dado en determinadas condiciones histórico-sociales.” (BLEGER *apud* CASTELLANOS, MARTÍN, MOLEDDA; TAUCAR, 1998: 24)

Es así que en lo expuesto hasta el momento está presente el tema del control social. El criterio por el cual se establece si una conducta es normal o patológica, además de relacionarse con la ideología dominante, lo está con una infraestructura de relaciones sociales de producción que a su vez están legitimadas en ese sistema de representaciones que orienta las expectativas sociales y las enmarca como normales o desviadas. (GIORGI, 1988)

Como plantea Foucault, en cada cultura existe una serie de líneas divisorias entre lo “normal” y lo “desviado” y la delimitación de la locura es una de ellas.

“La conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que se considera extraño recibe en virtud de esta conciencia, el estatuto de la exclusión cuando se trata de juzgar y la inclusión cuando se trata de explicar”. (FOUCAULT, 1990b: 14)

De esta manera, la locura cae dentro de lo patológico, el “loco” por no ajustarse a una conducta regular debe ser retirado de esa sociedad, siendo el hospital psiquiátrico el

instrumento de control utilizado en este contexto histórico. Éste, según Foucault (1990b), era definido como espacio de confrontación, creado en tanto había que alejar al enfermo de su medio porque podía agudizar su locura; ésta debía enfrentarse con la *“voluntad recta y la pasiones ortodoxas”* simbolizadas por el médico. En este sentido, el manicomio se justificaba en que posibilitaba la armonía entre las exigencias del orden social (que debía ser protegido frente al desorden del loco) y las necesidades de la terapéutica que implicaba el aislamiento.

En esta misma línea, Castel afirma:

“Sobre el telón de fondo de la sociedad contractual que instaaura la Revolución Francesa, el loco desentona. Carente de razón, no es sujeto de derecho; irresponsable, no puede ser objeto de sanción; incapaz de trabajar o “servir”, no entra en el circuito reglamentado de los intercambios... Foco de desórdenes, hay que reprimirlo mas que nunca pero según un sistema de punición distinto del establecido por los códigos para aquellos que han transgredido las leyes voluntariamente.” (CASTEL, 1980: 25)

En esta cita puede analizarse otro elemento que es el surgimiento de la asistencia específica en salud mental, más allá de los resultados perversos de ese dispositivo. Esto se debió a los procesos de medicalización que vivió la sociedad moderna. La locura fue confiscada por la medicina y en particular por la especialidad psiquiátrica, imponiendo el manicomio como centro terapéutico.

“En el manicomio la coincidencia entre el interés del enfermo y la finalidad oficial de la institución sigue siendo ficticia en parte. Pero es más creíble, y sobre todo intenta realizarse mediante un dispositivo técnico mas elaborado. Es mas creíble porque supone la coincidencia de la curación del enfermo y del carácter terapéutico de la institución” (CASTEL, 1980: 105)

Como ya se mencionó, los sujetos que por su comportamiento no se adaptaran a los valores dominantes debían ser disciplinados o, si era necesario, neutralizados. El objetivo burgués, era el de la homogenización de la sociedad para mantener así el orden socio-económico impuesto, aquellos que no se adaptaran debían ser “controlados”, como por ejemplo el loco por ser carente de razón, el vagabundo por no poder trabajar, la prostituta por ser fuente de enfermedad y el criminal por poner en cuestión los valores ajenos. Este control pasó por el aislamiento y la exclusión de la vida en sociedad de los “normales”, pero bajo dispositivos especiales, cada uno legitimado de acuerdo a la problemática que presentaban, el manicomio, la cárcel, el hospital, la beneficencia.

“En el reconocimiento como loco, la sociedad, por intermedio del psiquiatra, la ubica en la categoría de los enfermos mentales. A partir de separarlo, encerrarlo, aislarlo, cierta tradición médica ha hecho del psiquiatra un personaje que detenta una especie de autoridad moral y policial” (ABRAHAM, BERNAL, RODRÍGUEZ, 1998:153)

Siendo el hospital psiquiátrico el principal instrumento de control para los enfermos mentales, el Psiquiatra fue la figura que centralizó ese poder. Como plantea Foucault (1988), mientras este agente simbolizó el poder, al asilado se le expropió uno de los derechos fundamentales, conquistados por la humanidad en este contexto histórico: la libertad. El enfermo mental es un enajenado, en tanto su capacidad jurídica es transferida a un tercero, sea la familia o el orden público.

Específicamente la explicación predominante hasta principios de siglo XX de la enfermedad mental estaba en que la patología mental era consecuencia directa de una lesión cerebral, modelo que algunos autores llaman órgano-mecanicista. Sin embargo, desde comienzos de siglo XX se ha venido asistiendo a una reacción y progresivamente

se ha tendido a considerar que las enfermedades mentales no pueden ser explicadas únicamente por factores biológicos. Sigmund Freud significó una figura clave en este aspecto, ya que implicó una verdadera ruptura epistemológica a través del descubrimiento del inconsciente, desmedicalizando la enfermedad mental e introduciendo otros factores como los psicológicos, y antropológicos ignorados hasta entonces. (SIERRA, 1998: 2-3)

Además, es en la década del 60` que surge el denominado "movimiento antipsiquiatría", que rechazaba el concepto tradicional de enfermedad mental como patología biológica, cuestionando el poder médico y el efecto que este producía sobre el enfermo. A su vez, plantea una fuerte crítica a la institución asilar, afirmando que ésta producía mayor enfermedad en detrimento de una posible recuperación. (FOUCAULT, 1990b)

En esta corriente de crítica hacia la atención psiquiátrica tradicional se reconocen los efectos patógenos que ha tenido la institución manicomial. Ello implicó un proceso de diversas transformaciones de la asistencia psiquiátrica centrada en el hospital hacia una atención comunitaria, apuntando a la reinserción de los pacientes a la sociedad.

De esta manera, en nuestro contexto histórico se reconoce la interdependencia entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en la determinación de salud-enfermedad mental. Como plantea Giorgi (1988), el proceso de salud mental debe ser abordado a partir de la cotidianeidad de los sujetos, del análisis de los hechos cotidianos que es específicamente donde aquellos complejos interactúan.

CAPÍTULO II. RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL ABORDAJE EN SALUD

MENTAL EN URUGUAY

Si bien no se logró recabar demasiada información acerca de la atención de la enfermedad mental previo al año 1860, se puede afirmar de acuerdo a lo expuesto por Gines (1998) que las internaciones por trastornos mentales comienzan en 1778 en el Hospital de la Caridad. En junio de 1860, se vivió el primer traslado desde este hospital a la Quinta Vilardebó, siendo ésta la primera concentración importante de "enfermos", el primer manicomio oficial.

En un principio, el poder médico dentro del manicomio era prácticamente nulo, estaban subordinados a las Hermanas de la Caridad. Fueron justamente los médicos que desempeñaban su labor a la interna del manicomio quienes se encargaron de denunciar los malos tratos que sufrían los sujetos. En ese contexto, el castigo físico era supuestamente lo que les devolvería la cordura, siendo el cepo, el calabozo y los golpes los mecanismos mas utilizados. (BARRAN, 1993)

Sin embargo, hacía fin de siglo XIX, éstas prácticas, concepciones y valores comenzaron a modificarse. Se estaba en presencia de un nuevo proyecto económico-social, facilitado por la modernización del estado y un profundo cambio cultural.

"...un modo de producción nuevo..., implicaba cambios en la sensibilidad, modificaciones del sentir para que a la vez ocurrieran transformaciones sustanciales en la conducta. Y así, sensibilidad y cambio económico entrelazados no son ni causa ni efecto el uno del otro, sino factores que tanto se abren camino juntos como se limitan y se obstruyen el paso". (BARRAN, 1992: 21)

La combinación de los elementos anteriormente mencionados puede sintetizarse en el proceso de modernización de la sociedad uruguaya. En primer lugar, por la rápida secularización de la sociedad, el predominio del estilo de pensamiento positivista cuyo modelo son las ciencias naturales, especialmente la medicina y por la importancia dada al progreso económico, es decir la acumulación de capital.

El trabajo pasó a ser el valor dominante, considerándose no solo como fuente de ingresos sino también como sinónimo de placer, de felicidad y de plenitud. Mientras que el ocio simbolizó para esta nueva "sensibilidad" lo opuesto, lo inmoral, lo indigno por lo que necesariamente tuvo que ser condenado. (BARRAN, 1992)

En relación al trabajo, la salud e higiene pasaron a ocupar un lugar central en la sociedad. Esto fue así porque se reconoció el valor del cuerpo tanto en un sentido económico como político, el mantenimiento de la salud garantizaba la acumulación en tanto el trabajador podía desempeñarse en el mercado laboral. Esta conservación de la salud formó parte de la nueva moral, siendo el médico uno de los principales agentes en transmitir estos nuevos valores.

"... el médico fue el único al que el saber y la razón novecentista autorizaron para violar los cuerpos, escuchar la intimidad de las almas y en los hechos dirigir como antaño el cura, las conciencias." (BARRAN, 1993:14)

Barrán (1993) plantea que el poder médico emanó del saber, de la ciencia siendo ésta la forma cultural que asumió la "verdad". Es así que la ciencia fue sacralizada, siendo el poder de la corporación médica el producto de la combinación entre avance científico, cambio cultural y el apoyo estatal. En este contexto, la Salud Pública pasó a ser una política de estado, los hábitos y las costumbres de la población pasaron a ser objetos de

intervención, social-médica en este caso. De esta manera, el saber médico, atravesado por la ideología dominante, además de disciplinar a la sociedad de acuerdo a estos valores impuestos, tuvo el poder de reprimir en tanto no se los respete.

En este sentido, la clase médica alcanzó en este contexto un poder inigualable, ya que había centralizado en la figura del médico, como símbolo de ciencia, el único agente capaz de curar la enfermedad, habiendo creado con ayuda de otras instituciones la imagen de ser el único saber verdadero y creíble.

Teniendo en consideración lo anteriormente expuesto, es preciso analizar cómo se manifestó este poder médico a la interna del "manicomio", como primer dispositivo de asistencia al enfermo mental. Para ello es necesario, en principio, comprender la representación social que se maneja del "loco" en este momento de nuestra historia.

El enfermo simbolizaba en esta configuración histórica, el desorden, la inmoralidad la sinrazón, el descontrol. Para devolverle todos estos atributos perdidos, era necesario separarlo de su medio, dado que de lo contrario su locura podría agudizarse. El poder de curar estaba centrado en la figura del Psiquiatra en el manicomio. De esta manera, la salud consistía en someterse a un único poder, dado por el saber y el poder médico. (BARRAN, 1994)

Es así que el poder médico dentro del manicomio fue absoluto. Esto se deduce, en principio, por el monopolio que la clase médica había adquirido en la sociedad en general, sobre el control de los cuerpos y mentes, y en segundo lugar, porque a la interna de la institución el enfermo había sido despojado de sus derechos civiles.

Gines (1998) expone algunas de las técnicas utilizadas para el tratamiento de los enfermos. Así habla de hidroterapia (duchas de agua fría para disminuir la agitación), la clinoterapia (obligando a los pacientes a guardar cama por un largo período), el chaleco de fuerza, el uso excesivo de sedantes y la más agresiva, "absceso de fijación" (por medio de inyecciones de oxígeno, trementina, etc, supuestamente esto provocaba un dolor físico tan fuerte que distendía el alma). De ello, se puede entender que si bien esta clase

medica criticó los antiguos castigos físicos, ahora disfrazó estas nuevas formas represivas bajo el rotulo de terapias, justificadas por la ciencia y la razón.

La otra supuesta terapia utilizada fue el trabajo. Los médicos afirmaban que el ocio hacia que el delirio se incrementara, por lo que tener a los asilados ocupados favorecía a su recuperación. Vale aquí expresar que la Colonia Etchepare inaugurada bajo el gobierno de Batlle y Ordóñez en 1912 como medida por la superpoblación del hospital Vilardebó, fue establecida con la dimensión que tiene pensando en este aspecto, los asilados podían trabajar en tareas relacionadas con el campo: cría de aves, huertas, lechería, etc. (ARDUINO, GINES, 2002)

De esta manera, la psiquiatría de ese entonces se horrorizó ante el uso previo de los castigos físicos, pero la disciplina, el sometimiento de enfermos, y el rigor estaban muy presente en la dinámica del hospital psiquiátrico. Es decir, la diferencia fundamental entre ambas "sensibilidades", fue la utilización del castigo físico para la "educación". La "represión del alma" y lograr sentimiento a través de la culpa en los individuos fue la manera más eficaz para esta nueva sensibilidad. (BARRAN, 1992)

"Padres, maestros, curas, gobernantes y médicos se convencieron pronto de que la mejor manera de controlar-y a la vez la única que admitía su sensibilidad-era aquella en que el dominado amase al dominador y sus enseñanzas benefactoras...La represión del alma trasladaba la culpa del dominador al dominado pues el desobediente se vivió a sí mismo como un desamorado o asocial" (BARRAN, 1992: 82)

Los locos tenían que convencerse que su encierro era por su propio bienestar, que por ser un sujeto carente de razón, descontrolado, no podía estar libre en la comunidad. El Psiquiatra simbolizó así, el benefactor, el que por su saber científico, le devolvería el atributo más valioso para esta sociedad: la razón.

“El universo manicomial, de donde se había desterrado el castigo físico, en el cual el psiquiatra trataba de gobernar por la persuasión y el cariño, y el enfermo, entre amoroso y agradecido, obedecía para no sentirse culpable...enseñó que la legitimidad mas segura de un poder debía descansar en vivirlo como inadvertido y como necesario” (BARRAN, 1993: 196)

Entonces, el psiquiatra de esa configuración histórica, trató de disciplinar por medio de autoridad severa, pero al mismo tiempo amistosa. Logrando la plena confianza del enfermo, se podría transferir ese sentimiento de culpa, respeto y al mismo tiempo agradecimiento a ese orden médico.

Estos aspectos llevan a otro punto de análisis importante en relación a la salud-enfermedad mental en este contexto histórico. De acuerdo a lo expuesto por Foucault (1990b), la salud-enfermedad corresponde al par normalidad-anormalidad según los valores dominantes. Al respecto Barrán expresa:

“La enfermedad mental,... fue sobretodo sentida y descrita como la gran desobediencia a los valores establecidos. Esta opción convirtió a la psiquiatría del novecientos en una tecnología suave que procuró el ajuste del sujeto al statu-quo.” (BARRAN, 1995: 171-172)

Esto, a su vez, permite comprender el aumento en el número de internados en las primeras décadas de siglo XX, dado que se encerraba a todo aquel que descubierto no se adaptara a los valores imperantes: alcohólicos, pobres, vagabundos y por supuesto al “loco”.

El aumento del número de internados en los hospitales responde de esta manera, al proceso de medicalización que vivió nuestra sociedad, que al mismo tiempo es

consecuencia del proceso de disciplinamiento de la misma. Esta resultó de la combinación entre la nueva organización social, el aumento en la exigencia de comportamientos racionales, la valorización del cuerpo como instrumento económico, y la imposición del valor salud e higiene para su manutención. Sin embargo, esto trajo otra consecuencia, que fue el aumento de la "enfermedad". Ello se evidencia en el aumento de reclusos psiquiátricos y en el incremento de las patologías mentales, en tanto se consideraban ahora anormales cosas que antes no lo eran.

Recuérdese que en este contexto, marcado por el positivismo y la ciencia experimental que caracterizó a la modernidad en esos tiempos, no era extraño que la psiquiatría uruguaya del 900 afirmara que el origen de la enfermedad mental se debía a una razón físico-cerebral. Así vieron en el alcoholismo, en la sífilis, en la herencia y en la mala alimentación los motivos de las patologías mentales. Solo el "dato material" era irrefutable, el espíritu o el alma no tenían carácter científico, por lo que no debían ser tomados en cuenta. (BARRAN, 1995)

En síntesis, lo anteriormente expuesto permite resumir que prácticamente la atención de la enfermedad mental, por un siglo, estuvo centrada en el hospital psiquiátrico, siendo éste un aspecto muy negativo, criticado por diversas disciplinas, incluyendo la psiquiatría actual. Según Gines, la situación de los asilados fue sumamente degradante:

"Múltiples mecanismos sociales y culturales incidieron en la concentración creciente de "personas con desventaja mental" en condiciones de severo deterioro material y cultural: la emigración externa y la interna desde los diversos departamentos del país sin recursos de asistencia especializada, la concentración masiva en dos lugares, la reducción y represión de las conductas "desviadas", la segregación y expulsión familiar y social, el aislamiento e incomunicación sin límites de

tiempo, la degradación de las condiciones de existencia, la abolición de derechos. Todos estos componentes constituyeron en su convergencia, un contundente instrumento de sobrealienación que promovió, mantuvo y agravó la desocialización y la marginación más allá de los daños esperables o derivados del trastorno mental de base.” (GINES, 1998: 3)

Se entiende por sobrealienación a las múltiples pérdidas que sufren los pacientes, tales como hábitos, las interrupciones en sus interacciones sociales por largos períodos de tiempo, y las exigencias propias de una institución como ésta. Todo ello produce la pérdida de la libertad individual, la intimidad y el detrimento de las habilidades básicas de los pacientes.

En el año 1993, la organización Mental Disability Rights International (MDRI), a pedido del Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR), realizó una investigación acerca de la situación de los derechos humanos en el sistema de salud mental de Uruguay. Este informe sostiene que para la mayoría de los pacientes el servicio brindado en el hospital psiquiátrico no cumple con el cometido de promover su reintegración en la comunidad. A su vez, el tratamiento clínico es generalmente inapropiado y riesgoso, limitándose fundamentalmente a la terapia somática (medicaciones psicotrópicas y terapia electroconvulsiva). Es una real contradicción que mientras en el discurso se afirma que a partir del encierro en la institución el enfermo pueda reconstituirse como un sujeto capaz de vivir en sociedad cuando en la realidad a la interna de la misma, se vive completamente diferente a lo que sería una vida “normal” y se vulneran una multiplicidad de derechos, reduciendo la capacidad de desarrollo y la potenciación de la autonomía personal.

En este sentido, a pesar de la crítica a este modelo de asistencia, no se pudo superar su función de custodio de la “locura” hacia la rehabilitación del enfermo. Es decir, que la función principal de estas colonias siguió siendo la de aislar al enfermo mental de

la sociedad de la que es parte, sin que se registrase ningún énfasis en las etapas de rehabilitación y reinserción en la comunidad. A partir de estos aspectos, se considera que básicamente en la última década el modelo asilar fue siendo sustituido por uno ambulatorio. Sin embargo, esta progresiva sustitución no se efectuó en el marco de las políticas sociales lo que conllevó a una multiplicidad de problemas para los pacientes.

De esta manera, se observa una regresión en la cantidad de internados, y es así que hacia la década del noventa, ésta alcanza los 1500, habiendo llegado a más de 5000 personas en la década del 50'. Esto se debió a que en 1985 se suspenden los ingresos a la Colonia Etchepare, y que el avance de los psicofármacos permitió a muchos enfermos el tratamiento ambulatorio en lugar de la internación asilar. A ello se suma la reformulación de la política de asistencia del Hospital Vilardebó, abandonando el modelo asilar. Sin embargo, Gines (1998) plantea que el masivo egreso de pacientes psiquiátricos se realizó sin una normativa jurídica que le garantizara al paciente un adecuado tratamiento psiquiátrico extra-hospitalario. De esta manera, se tuvo como consecuencia que muchos enfermos quedaran desamparados debido a la falta de programas que posibilitaran la reinserción del individuo en su sociedad. Es decir, que el retiro de pacientes internados no se fundó en el marco de políticas sociales, lo que significó (en palabras de una informante calificada entrevistada) que la enfermedad mental se agudizara dada las pocas posibilidades de contención social de algunos de estos pacientes, afirmando que el discurso moderno es más avanzado que la realidad y por querer adecuar estructuras rígidas a ese discurso se realizaron acciones que no fueron acordes con las condiciones institucionales y políticas del momento.

Es interesante analizar este punto, ya que la "liberación" de esta cantidad de internados es realizada en el mismo momento en que el estado deja de garantizar ciertos beneficios y derechos sociales. La crisis del Estado Benefactor, contextualizado en un proceso de reformulación del modelo de acumulación, implicó la reducción de una serie de dispositivos de intervención del estado en los sistemas de protección social. El Estado

encargado de cumplir con funciones sociales deja de serlo y condena a un gran sector de la población a reproducirse en condiciones críticas. De esta manera, cabe preguntarse si este aspecto en relación a la deshospitalización de este gran número de personas es casual o se remite a la intención por parte del Estado de disminuir el gasto público sin importar las consecuencias de ello en el bienestar de la sociedad.

Al mismo tiempo, denota la incapacidad del sistema de salud de afrontar la enfermedad fuera del hospital psiquiátrico y en definitiva muestra la intención nunca superada de aislar al loco de la sociedad "normal". La carencia de programas que apunten a la rehabilitación del enfermo fuera de la institución niega al sujeto como ser integral con una multiplicidad de necesidades que deberían ser cubiertas para facilitar su reinserción social. En caso de no tener familias que contengan a este sujeto es evidente que se van a presentar problemas en relación a la vivienda, a un trabajo que le permitan además de un ingreso un espacio en la sociedad. Sin embargo, prácticamente ninguno de estos elementos ha sido considerado por las políticas de salud que tendieron a la deshospitalización de estos pacientes². Está presente la falla del Estado en la creación de políticas integrales que contemplen las diferentes consecuencias que genera una enfermedad mental y en estas situaciones concretas una internación.

Se entiende que hasta 1985, con la aprobación del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) como política de Estado impulsada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), no se observaron grandes renovaciones³ más que la crítica y los intentos de desmantelamiento del modelo asilar.

² Si bien se considera que lo analizado tiene gran relevancia en el entendido que han sido los criterios imperantes para la implementación de políticas sociales, no puede dejar de enunciarse que a partir de la asunción del gobierno actual, se observa una movilización interesante en la política de salud mental. Y algunos de los elementos mencionados están contemplados.

³ Se habla de renovaciones, en el entendido de nuevas propuestas y criterios políticos de atención, poniendo en duda la aplicación objetiva de esas nuevas ideas.

Este PNSM planteaba tres principales líneas de trabajo. En primer lugar, programas de prevención, promoción y asistencia primaria en la comunidad. La segunda, involucraba la creación y el desarrollo de unidades de salud mental en los hospitales generales. Y por último, el desarrollo de nuevos modelos de asistencia a personas psicóticas u otros trastornos mentales y la reestructuración de los hospitales psiquiátricos.

La primera se intentó llevar adelante a través de los centros comunitarios de asistencia del MSP. Si bien el programa fue aprobado en el 85, recién diez años después se conforma una estructura formal en ASSE (Administración de Seguros de Salud del Estado) para garantizar la efectivización de los objetivos planteados. Es así que en el año 1996, empiezan a funcionar los Equipos Comunitarios de Salud Mental. Estos tenían como directivas: la asistencia en todas sus formas, el desarrollo de programas de prevención y promoción de salud en actividades grupales y comunitarias. (PORCIUNCULA, NINA, REGINA, 2004)

Acerca de la segunda, desde 1989 operan en los hospitales públicos las denominadas Unidades de Salud Mental. En éstas se asisten las consultas de emergencia, las interconsultas de las salas de internación, y las de policlínicas generales. Se considera que ello es un importante avance por dos aspectos fundamentales, primero porque permite la atención de la enfermedad mental en otro dispositivo de asistencia que no es el hospital cerrado-custodial, y en segundo lugar implica la progresiva aceptación en la conciencia colectiva de tratar a la enfermedad mental como cualquier otra enfermedad.

En relación al tercero, se destaca según las cifras que la tendencia evolutiva del modelo asilar es la reducción. Sin embargo, existen internos sin posibilidades de salida del hospital, dado su condición económico-social, la falta de contención familiar o su avanzada edad, entre otros. Se habla de ellos como "pacientes sociales" dado que su patología psiquiátrica es controlable fuera de la institución pero no tienen los medios de vida para subsistir fuera de ella. Mas allá de no coincidir con el concepto utilizado, el mismo evidencia que si bien el PNSM recomendaba la disminución del asilo como eje de

los servicios en salud mental, no se ha logrado una red de recursos comunitarios que permitan la atención extrahospitalaria. En definitiva, remite nuevamente acerca de la desresponsabilización del Estado en relación a las problemáticas de la población. Esto muestra que a pesar de la intención explícita de la política de salud de finalizar con los hospitales psiquiátricos cerrados, no se cuenta con los fondos públicos necesarios y la obvia intersectorialidad e interinstitucionalidad para afrontar esta problemática⁴. Retomando el tema de los servicios no hospitalarios, Gines, Porciuncula y Arduino (2005) afirman que se han constituido algunos centros de rehabilitación⁵, centros diurnos que trabajando en la comunidad potencian la reinserción del individuo en sociedad. El objetivo

⁴ Se considera necesario explicitar que a pesar de la vigencia actual del modelo asilar, a partir de la instalación del nuevo gobierno, se plantea un proyecto de reforma del sistema de salud, que implica grandes transformaciones. La meta de este Sistema Integrado de Salud es que todos los usuarios reciban una atención total mediante un sistema integrado, mixto público-privado, financiado por un Seguro Nacional de Salud. De acuerdo a ello, cada ciudadano aportará según su capacidad contributiva y recibirá del sistema de acuerdo a sus necesidades sanitarias. Una de las áreas estratégicas es la referida a los programas de salud, los que buscan enfatizar en el diagnóstico precoz, el tratamiento y rehabilitación, así como la prevención y adquisición de hábitos saludables. El Programa Nacional de Salud Mental se plantea objetivos y metas que merecen ser retomadas, ya que de cierta manera responde a los cuestionamientos que en el transcurso del presente documento se ha planteado a la política de salud mental. Se prevé elevar la calidad de hospitalización de los pacientes en los episodios críticos (por ejemplo, todos los hospitales generales del país deberán contar con los instrumentos para asistir a los pacientes en sus episodios críticos). Se pretende multiplicar los Centros de Rehabilitación como mecanismo para mejorar la socialización del paciente; crear Albergues Comunitarios Permanentes para aquellos pacientes que han sufrido un gran daño y en los que la convivencia familiar no sea posible; crear Residencias Supervisadas para pacientes con "buen desempeño social"; incorporar los pacientes a la actividad social permitiéndoles operar en la actividad productiva. A su vez, el PNSM de 1986 estableció una Comisión Asesora Técnica integrada por las instituciones que elaboraron el programa, la cual ha incorporado a nuevas instituciones vinculadas a la temática. Además, se han integrados Grupos de Trabajo de diversas temáticas que tendrán como objetivo elaborar documentos, consensos y recomendaciones políticas. (GINES, sin fecha)

de estos centros diurnos es disminuir la presión hospitalaria. En ellos se desarrollan múltiples actividades dirigidas al sostén grupal de los pacientes en la comunidad, la rehabilitación y promoción de sus habilidades. El principal déficit de estos centros, según los autores, es cuantitativo, no hay suficientes para cubrir la demanda existente.

En síntesis, como se planteó en el desarrollo del presente documento, el objetivo era identificar algunas de las transformaciones que la política de salud mental ha tenido en las últimas décadas. Afirmando la existencia de las mismas, se cuestiona la efectividad para el bienestar de la población afectada. Como ya fue planteado; en acuerdo con una asistente social del Hospital Vilardebó entrevistada, se intenta adecuar acciones al discurso moderno de negación al modelo asilar, cuando las condiciones sociales y políticas no están dadas, lo que va en perjuicio directo de los enfermos.

Por otra parte, a partir de una sistematización realizada por los técnicos de los Equipos Comunitarios en Salud Mental de Montevideo, se vio un gran incremento en el número de consultas hacia ellos a fines del año 2002, dada la crisis socio-económica. Esto implicó un cambio en el perfil de la consulta, ya que la demanda se volcó más a carencias socio-económicas que a patologías psiquiátricas. Así, exponen la multicausalidad de los problemas que la población atendida plantea en sus consultas, entre las que se destaca la precariedad edilicia, hacinamiento, carencias en alimentos, depresiones y otras psicopatías, adicciones, intentos de autoeliminación, baja autoestima y violencia. (PORCIUNCULA, NINA, REGINA, 2004)

Es así que la demanda de asistencia en salud mental se ha modificado; sin embargo, se considera que la respuesta dada por la política en salud mental es aún inadecuada. Los mismos autores antes mencionados hablan de alta prescripción de

⁵ Se habla por ejemplo: Centro Nacional de Rehabilitación Psiquiátrica, Centro Psicosocial Sur Palermo, Centro Diurno Hospital Vilardebó, Centro Sayago, CIPRES, entre otros, todos en Montevideo, algunos públicos, otros privados.

medicamentos sin apropiada evaluación médica, carencia de procedimientos de diagnóstico y recursos terapéuticos, así como la insuficiencia de recursos humanos.

A partir de esto, puede identificarse otra modificación en la política de salud mental: la aparición de un nuevo grupo de demandantes hacia los servicios públicos en relación a la salud mental. Se puede afirmar que a partir de este contexto, el abordaje que se hace en esta materia no sólo apunta a la enfermedad mental ya instalada⁶. Lo referido a la salud-enfermedad mental deja de estar únicamente asociado al hospital psiquiátrico en tanto se constituyeron servicios reconocidos por la población, tales como los equipos comunitarios, las unidades de salud mental, etc. De esta manera, se fue creando y reproduciendo la imagen social de que la salud mental no sólo está definida por la ausencia de "locura". Esto implica cambios en el concepto de salud mental reconociendo no sólo el factor biológico como causa de enfermedad o trastorno mental, sino también reconocer cómo puede impactar en este ámbito factores sociales, económicos, políticos y culturales.

En este sentido, a partir de lo analizado en el desarrollo del presente capítulo se puede explicitar como los diversos problemas que vive la sociedad impactan directamente en el ámbito de la salud mental, sea en lo que refiere específicamente a la producción de malestar psíquico debido a las condiciones de existencia como en la determinación de ello en la mayor dificultad para afrontar una enfermedad mental instalada.

⁶ Es válido expresar en esta instancia que actualmente se diferencia enfermedad mental de trastorno mental. La primera, refiere al *"conjunto de signos y de síntomas que tienen la misma evolución y proceden de una causa específica de origen conocido o no"* y el trastorno es entendido como una alteración o perturbación a nivel psíquico. (SIERRA, 1998: 4)

CAPÍTULO III- CUESTIÓN SOCIAL Y SALUD MENTAL

Se llega al tercer capítulo de este trabajo monográfico, en el que se intentó reconstruir el devenir histórico del concepto de salud mental desde el marco teórico metodológico de la dialéctica, por lo que se delimitaron algunas de las mediaciones que en el marco del Proyecto Moderno determinaron la identificación del “loco” como aquel que había perdido la razón, siendo la ciencia, por medio de la medicina la encargada de devolverle ese atributo. Al mismo tiempo, se identificó el dispositivo de control social utilizado por la sociedad occidental para sujetar al “loco” y mantener así el orden y la paz social, permitiendo la reproducción del sistema. Continuando con la reflexión, se mostraron las modificaciones en relación al discurso sobre el hospital cerrado-custodial y también en lo que refiere a la concepción de salud mental. Este marco teórico se consideró fundamental para luego aprehender las particularidades de este devenir en las políticas de salud mental llevadas a cabo en nuestro país en más de un siglo de historia, cuestión abordada en la presente monografía en el segundo capítulo.

De esta manera, se contextualizó históricamente el establecimiento de los manicomios a partir de la imposición del sistema capitalista en el país. A partir de ello, se intentó enunciar algunas de las modificaciones que las políticas en salud mental presentaron en las últimas décadas de siglo XX. Se identificaron fundamentalmente dos cambios importantes: uno es el intento de abolición de los hospitales cerrados, y otro la inclusión de un nuevo sector de población a los servicios que sin tener una enfermedad mental establecida sufre de algún trastorno psíquico que va en contra de su salud mental. En relación al primer aspecto, se considera que los intentos de desmantelamiento del hospital asilar se realizaron desconociendo la realidad de la que los enfermos eran parte.

No se tuvo en cuenta para el egreso de estos pacientes la desprotección a la que iban a estar expuestos debido a la falta de políticas sociales que potenciaran su bienestar social y su reinserción en la comunidad.

De esta manera, se considera que ambos elementos están en directa relación con las nuevas manifestaciones de la cuestión social. Entendiendo que la salud mental de las personas es parte de la vida cotidiana, y que al estar determinada por las condiciones objetivas y subjetivas es que se considera pertinente desarrollar algunas ideas en relación a las transformaciones que vive nuestra sociedad y como ellas impactan en la salud mental de las personas.

Entendiendo que la salud mental de los sujetos está determinada por las condiciones de vida, las que están atravesadas por las posibilidades de desarrollo personal, en lo referente al ámbito afectivo, intelectual y laboral, entre otras, los diversos problemas sociales, económicos y políticos deben ser considerados para el análisis de la misma. De esta manera, si bien se entiende, como plantea Pastorini (2002), que ciertos problemas sociales como lo son la pobreza, el desempleo y las desigualdades sociales existieron como tales (antes había pobreza, no todos trabajaban, etc, pero no eran tomados como categorías analíticas de reconocimiento estructural) desde la conformación de la sociedad capitalista, en la actualidad se manifiestan de manera distinta, impactando mas crudamente en la sociedad y afectando a mayor cantidad de personas. Por ello, se considera pertinente incorporar la categoría de cuestión social y analizar algunas de sus nuevas manifestaciones, en tanto ello repercute en el ámbito de la salud mental, sea produciendo trastornos psíquicos generando así nuevos demandantes al sistema de salud, o agudizando una enfermedad mental.

Es válido en esta instancia explicitar a qué se hace referencia cuando se habla de cuestión social, se retoma así la conceptualización que Alejandra Pastorini hace de la misma:

“Conjunto de problemas sociales, políticos y económicos que se generan con el surgimiento de la clase obrera dentro de la sociedad capitalista... se refiere a los aspectos derivados del proceso de constitución y desarrollo del propio capitalismo. Así las acciones estatales destinadas a atender la cuestión social tienen como objetivo asegurar las condiciones necesarias para el desarrollo del capitalismo y las consecuentes concentración y centralización del capital, y no solo corregir los efectos negativos de este proceso.” (PASTORINI, 2002: 1)

De esta manera, como plantea Pastorini (2002), la cuestión social está directamente relacionada a la cuestión del trabajo, de la organización y la movilización de la clase trabajadora. Al considerar la cuestión social como expresión de las desigualdades y antagonismos de la sociedad capitalista, es preciso identificar las transformaciones societales acontecidas en las últimas décadas. Estas transformaciones establecen nuevas mediaciones en las manifestaciones de la cuestión social, tales como cambios en el mundo de la producción y por consecuente del trabajo, en el Estado y sus políticas sociales contextualizados en el proceso de globalización del capital.

Estos cambios impactaron profundamente en la vida cotidiana de los sujetos, sea por vivir conflictos en relación al trabajo, o por sufrir otro tipo de exclusión de los ámbitos “clásicos” de integración social. De esta manera, se considera que las repercusiones de estos cambios sociales y económicos impactan también en el ámbito de la salud mental como forma de padecimiento o sufrimiento psíquico.

Se entiende así que el estudio y análisis de la salud mental no puede realizarse desentendida de la vida cotidiana de los sujetos como ámbito de reproducción del ser social. Se habla de la categoría vida cotidiana desde la perspectiva de Agnes Héller quien afirma que:

“La vida cotidiana es la vida de todo hombre. La vive cada cual sin excepción alguna, cualquiera que sea el lugar que le asigne la división del trabajo... Son partes orgánicas de la vida cotidiana la organización del trabajo y de la vida privada, las distracciones y el descanso, la actividad social sistematizada, el tráfico y la purificación.” (HELLER, 1985: 39-40)

La vida cotidiana de los sujetos está en relación dialéctica con la realidad más amplia, entonces no puede negarse que las transformaciones estructurales impactan directamente sobre ella ya que implica cambios en la organización del mundo del trabajo, en los vínculos sociales, entre otros. La salud mental está presente en las distintas prácticas sociales, sea en relación al trabajo, a la vida familiar, en la organización del tiempo libre, es decir, en todos los ámbitos que refieren a la vida cotidiana.

Las transformaciones a las que se hará referencia a continuación, exponen a una importante cantidad de población a reproducirse en condiciones críticas, y a otro importante sector a situaciones de gran vulnerabilidad social. Todos estos aspectos se expresan en la vida cotidiana de los sujetos, manifestándose en el ámbito de la salud mental como forma de padecimiento psíquico.

Alicia Stolkiner plantea:

“Lo económico es no solo inseparable de lo político, sino también de las minúsculas tramas de la cotidianidad en que se particulariza lo genérico-social (...). No se trata de algo que “influye” en los sujetos, sino que se entreteje en el texto de su configuración en la medida en que se imbrica en las representaciones sociales y en las formas institucionales (las determina y a su vez es determinada por ellas).” (STOLKINER, 1994: 30)

En esta línea de razonamiento, se retomarán para este análisis concreto tres elementos, que a criterio de quien suscribe son fundamentales para comprender las

transformaciones sociales y como ellas impactan en la vida cotidiana de los sujetos, manifestándose así en el ámbito de la salud mental. Estos elementos son la desresponsabilización del Estado en la protección social de la población, la crisis del trabajo y a partir de ello, las modificaciones en los vínculos sociales. Es válido afirmar que esto no significa que las nuevas manifestaciones de la cuestión social se agoten con este análisis, todo lo contrario, pero se entiende que la complejidad de la realidad es tan grande que sería imposible abordarla en su totalidad.

De esta manera, se expondrá en principio cómo los cambios en el modelo de acumulación determinan transformaciones en el Estado, específicamente, en el campo de las políticas sociales y, concretamente, en el mundo del trabajo; asimismo, se analizarán algunos elementos relacionados a los vínculos y redes sociales apuntando a identificar como estos aspectos impactan en el ámbito de la salud mental.

En las últimas décadas la sociedad en su conjunto viene asistiendo a fuertes transformaciones a nivel político, económico y social dado los cambios en el patrón de acumulación capitalista. La profundidad de estas transformaciones impacta directamente en la vida cotidiana de los sujetos, ya sea en el plano objetivo como subjetivo, sea por vivir situaciones de vulnerabilidad y o exclusión social, y ello innegablemente determina aspectos negativos para la salud mental de los sujetos, produciendo malestar o padecimiento psíquico exteriorizado a través de diversas problemáticas.

Netto (1996) plantea que en la década del 70' la economía mundial comenzó a dar señales de estancamiento por lo que el capitalismo empieza a tomar medidas contra la crisis en que se encontraba, y así se pasó de un patrón de acumulación rígido a uno flexible lo que implicó un modo de regulación diferente. Se denominó aquél como acumulación rígida considerando su organización de producción de base taylorista-fordista.

De esta manera, continuando con Netto, éste afirma que la revolución tecnológica que se vive a fin de siglo economiza una cantidad de trabajo vivo, produciendo un

incremento en la fuerza de trabajo excedente en beneficio directo de los intereses del capital. A su vez, se busca flexibilidad en el mercado laboral, lo que llevó a importantes procesos de desregulación de derechos, precarizando las diversas situaciones laborales.

En esta línea, reafirmando lo anteriormente planteado, Iamamoto afirma:

“É no contexto da globalização mundial sobre a hegemonia do grande capital financeiro, (...) que se testemunha a revolução técnico-científica de base microeletrônica, instaurando novos padrões de produzir e de gerir o trabalho. Ao mesmo tempo, reduz-se a demanda de trabalho, amplia-se a população sobrando, fazendo crescer a exclusão social, econômica, política, cultural de homens, jovens, crianças, mulheres das classes subalternas...”

(IAMAMOTO, 2000: 18)

Dado este contexto se han ido agravando problemas sociales, tales como la segmentación e informalización del mundo del trabajo, la reducción de las funciones de protección del Estado, fuertes procesos de exclusión social, constituyéndose éstos en algunas de las actuales manifestaciones de la cuestión social.

Se considera que las fracturas a nivel del Estado Benefactor, específicamente en el ámbito de las políticas sociales, reproducen estados de vulnerabilidad vividos por los individuos, lo que se considera sería un aspecto negativo para sus procesos de salud mental.

El ideario neoliberal dominante a partir de la década del 70' y 80' impone un Estado mínimo en lo que refiere a la protección social, argumentando que el individuo debe satisfacer sus necesidades en el mercado. En acuerdo con Baraibar (2002), se parte de una concepción atomística de la sociedad en la que se reconocen solo individuos con intereses como principio básico de la organización humana.

Considerando este aspecto, puede retomarse el tema de la desprotección sufrida por los enfermos psiquiátricos, entendiéndose que no se ha contemplado al sujeto como ser integral: más allá de la enfermedad mental que padece vive una multiplicidad de problemas sociales que dificulta no sólo la compensación del paciente sino su reinserción en un colectivo.

Es interesante un planteo que surge a partir de una entrevista a una asistente social que se desempeña profesionalmente en el Hospital Vilardebó. Cuando se le pregunta acerca de las características más generales de los pacientes atendidos responde que un número importante son sujetos que viven en situación de calle, que justamente demandan que el hospital sea asilar para así tener un lugar donde permanecer. Esta se piensa es una problemática muy determinante para el tratamiento de una enfermedad mental. A este tipo de paciente se los denomina "pacientes sociales", los médicos los consideran así porque entienden que la problemática social es tan grave que es imposible actuar para controlar la enfermedad. Esto evidencia la fragmentación que se hace del sujeto, en tanto ser que puede ser desagregado en diferentes aspectos (social, biológico, psicológico).

Otra importante contradicción es que el Estado progresivamente fue desresponsabilizándose de los problemas de la sociedad en el mismo momento en que la familia muestra más dificultades para contener a sus miembros, cuanto más para sostener a los enfermos, quienes tienden a generar un deterioro importante en los vínculos y relaciones familiares. No se intenta aquí culpabilizar a estos sujetos, sino mostrar una falla más en las políticas de salud, que si bien se han mostrado importantes avances en la identificación de la enfermedad mental como cualquier otro tipo, aún muestra claras deficiencias en el abordaje de la misma inserta en un colectivo como puede ser la familia. El núcleo familiar no ha sido asistido como ámbito que también sufre las consecuencias de una enfermedad mental.

Para retomar el análisis de la reforma del Estado, en lo que refiere a sus políticas sociales, se afirma que se modifican sus principios orientadores. Se pasó de la

universalidad de los principios a primar la lógica de la focalización con el argumento de que de esta manera los recursos llegarían a quienes más los necesitan. Puede verse una tendencia hacia la burocratización de los servicios, que imponiendo múltiples obstáculos termina siendo una estrategia de focalización en el sentido de que los más vulnerables quizá intenten una vez acceder a esos servicios, pero finalmente sus condiciones objetivas y subjetivas de vida se lo terminan imposibilitando.

Además de la focalización se instala la privatización de ciertos servicios así como el traspaso de responsabilidad en la implementación de políticas públicas al sector privado.

“Los servicios universales tales como la salud, la educación y los sistemas de seguridad social, son ahora introducidos al mercado permitiendo la incorporación de la competencia privada y por tanto una mercantilización de la política social. En consecuencia, se produce una pérdida y/o casi desaparición de los espacios de lo público del cual los ciudadanos ahora son “privados”: la escuela, el hospital y las distintas formas de protección social.” (BUSTELO apud BARAIBAR, 2002: 50)

Hay un rechazo al concepto de derechos sociales y a la obligación del Estado de garantizar el bienestar social. Los criterios neoliberales sostienen que son la familia y la comunidad los responsables de proveer la satisfacción de las necesidades sociales y el Estado sólo puede intervenir en casos de pobreza extrema.

En este sentido, se considera que la desmaterialización de las políticas sociales produce y reproduce en los individuos sentimientos de soledad y de desesperación por no saber a quien recurrir ante las diversas dificultades que pueden tener en su vida cotidiana. Esto puede ser analizado a partir de dos ejes centrales en relación a la salud mental. En primer lugar, la reducción de un importante número de dispositivos de intervención por parte del Estado en el bienestar de la población genera sentimientos de desprotección e

incertidumbre para los sujetos. Esta sensación de desprotección genera y reproduce problemáticas asociadas a la salud mental, tales como depresión, stress, fragilidad psíquica, adicciones, problemáticas relacionadas a la alimentación como bulimia o anorexia, entre otras.

En segundo lugar, como se planteó en el capítulo anterior, el sistema de atención en salud mental vive modificaciones, generando un nuevo perfil de demandantes en relación a sus servicios, es decir, la aparición de nuevos usuarios, un sector de población recientemente empobrecida que sin otro tipo de posibilidades debe recurrir a los servicios públicos.

“Existe un nuevo perfil en la demanda masiva a los servicios de asistencia y una notoria inadecuación en la respuesta. Se incluyen aquí las molestias y quejas corporales-que no correlacionan con trastornos somáticos consistentes-, los problemas emocionales y del estado de animo, entrelazados con problemáticas existenciales: Trastornos por estrés, Trastornos adaptativos, trastornos depresivos y situaciones de padecimiento personal, familiar y social que merecen asistencia sin constituir trastorno.” (GINES, PORCIUNCULA, ARDUINO, 2005: 141)

Por otra parte, se considera que este modelo, además, ha desestructurado el orden social poniendo en crisis el sistema integrador dado por el trabajo. Este nuevo padrón de acumulación hace que además de aumentar la desocupación, la desregulación reduzca derechos laborales y sociales, la flexibilización acarree nuevas formas de trabajo, que se traduce en una situación de precariedad laboral que afecta a la mayoría de la población, dando mayor libertad al capital para que incremente sus lucros.

Se entiende pertinente que para analizar el impacto de las transformaciones del mundo del trabajo en el ámbito de la salud mental, el primer aspecto a considerar esencial

es su función en la sociedad como elemento integrador. En este sentido, Castel afirma que el desempleo no es sólo ausencia de trabajo, sino que implica no tener espacio en la sociedad, ocupar en ella un lugar de supernumerario, *“inútiles para el mundo”*.

“La precarización del empleo y el aumento del desempleo constituyen sin duda la manifestación de un déficit de lugares ocupables en la estructura social, si entendemos por “lugar” una posición de utilidad social y reconocimiento público (...) los “inútiles para el mundo” (que) viven en el pero no le pertenecen realmente.” (CASTEL, 1997: 417)

El mencionado autor, considera al trabajo como soporte fundamental de inserción en la estructura social. De esta manera, afirma que existe una fuerte correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que permiten mayor seguridad al individuo. (CASTEL, 1997). A partir de la interrelación de estos elementos, Castel construye lo que da a llamar *“zonas de cohesión”* y es el trabajo el primer aspecto que toma para definir la *“desafiliación social”*. Se considera que el trabajo ha sido el fundamento de la ciudadanía económica y social, y si bien Uruguay no logró en un cien por ciento la integración social a través del trabajo asalariado, sí se convirtió en el predominante y aún hoy sigue siendo el fundamento de ciudadanía, por lo que no puede negarse que el desempleo tiene fuertes efectos desestabilizadores y desocializantes.

Al respecto, Beatriz Martínez sostiene que el trabajo:

“...estructura la personalidad, brinda un rol en la sociedad, otorga status. Es decir, es mucho mas que un sustento económico (...), el trabajo es una instancia primordial de la relación entre el individuo y la sociedad, además de ser un soporte fundamental de la propia identidad. (...) el trabajo

es un productor y condicionador de subjetividad. En otros términos, el trabajo tiene para cada individuo y en cada situación sociopsicológica, una importante función en la producción de una personalidad sana o enferma. En el primer caso, la producción de salud se relaciona con la identificación, con la realización existencial con la vivencia de utilidad social, con la integración a un grupo humano..." (MARTINEZ, 2005: 51-55)

En este sentido, la pérdida o no consecución de un puesto de trabajo impacta en la vida cotidiana produciendo entre otros aspectos retraimiento, sentimiento de fracaso personal, vergüenza y/o pérdida del autoestima. Esto, según James Petras (2002), se debe a una estrategia ideológica de la clase dominante que implica que se responsabilice a los propios sujetos de su desempleo cuando éste responde a sus intereses de clase. De esta manera, enuncia una serie de patologías mentales debidas al desempleo como las depresiones crónicas, el aumento en las rupturas familiares, el suicidio, la violencia doméstica, los malos tratos infantiles, así como el incremento de comportamientos autodestructivos.

De esta manera, no puede negarse que la crisis que viven los sujetos dado la no consecución de un puesto de trabajo impacta negativamente en el ámbito de la salud mental, ya sea por verse en riesgo la integración al medio social como por la falta de protección que éste puede brindar. La no consecución de un trabajo genera sentimientos de inutilidad, de fracaso personal, retraimiento del medio social, aspectos que van en contra de un proceso vital saludable. Los individuos que no pueden acceder a un puesto de trabajo generalmente padecen un sentimiento de culpa que los aleja del medio social, promoviendo o acentuando procesos depresivos, entre otras patologías. De esta manera, al decir de Sierra (1998), el fallo en la relación capital-trabajo, no sólo genera problemas a nivel económico sino también angustia, incertidumbre, desesperanza, situaciones de vulnerabilidad y hasta de exclusión social.

Es así que se manifiestan fracturas no sólo a nivel de Estado de Bienestar y del sistema de integración dado por el trabajo, sino también fallas en aquellas instituciones que hacían funcionar el vínculo y la solidaridad social. Se evidencia un quiebre en la organización social y en las representaciones colectivas que se observa tanto en la crisis del poder sindical como en las diversas formas de movilización colectiva. Esto, como plantea Sierra (2006), no significa la valoración por la autonomía individual sino el derrumbe o colapso de los cuerpos intermedios, la fragilización de los vínculos entre las personas, la tendencia cada vez marcada a la atomización social, es decir, el individualismo entendido como la disolución de lo colectivo, lo cual genera un notable incremento en los procesos de fragmentación social. De esta manera, se considera a esta fragmentación social como otra manifestación de la cuestión social que genera aspectos negativos en los procesos de salud mental de los sujetos.

Castel sostiene que a partir de las desestructuraciones en los colectivos de trabajadores y el aumento del sector servicios, se evidencia un aumento en la individualización de los comportamientos laborales que se diferencian de las regulaciones colectivas del fordismo. Afirma que la sociedad se vuelve cada vez más una sociedad de individuos, promueve el individualismo y considerando que la protección deriva de la participación en colectivos, y estos cada vez se achican más, el sentimiento de desprotección aumenta.

“Todo el conjunto de la vida social es atravesado por una especie de desinstitucionalización entendida como una desvinculación respecto de los marcos objetivos que estructuran la existencia de los sujetos.” (CASTEL, 1997: 468)

Así, postula la idea de *“individualismo negativo”*, en tanto éste se define en términos de falta y no por exceso de intereses subjetivos.

En esta misma línea Fátima Otormín plantea:

“En la actualidad, las relaciones como las mercancías son orientadas hacia el vaciamiento de sus contenidos éticos y colectivos: la primacía de la estética, la apariencia, la importancia de la forma sobre el contenido (...). La satisfacción de necesidades inmediatas e individuales y la creación incesante de otras, “pretende” llenar el vacío que propone una sociedad basada en un consumo y en un individualismo extremos, sin lazos comunes, solo eventuales o virtuales y como intercambiadores de bienes. La subjetividad es modelada hacia la inmediatez de las relaciones desde una perspectiva que exagera la individualidad...” (OTORMÍN, 2005: 198)

En síntesis, se pretendió mostrar cómo el nuevo modelo de acumulación impone nuevos procesos tendientes a la fragmentación y como ello impacta negativamente en los procesos de salud mental, en tanto pertenecer a un grupo le da sentido a la vida, entonces ésta producción siempre está en relación con los “otros”. La pertenencia a lo colectivo no sólo es una referencia a nivel subjetivo, sino también implica la satisfacción de necesidades objetivas: es más sencillo afrontar ciertos fenómenos de la realidad acompañado que solo. Cuando lo colectivo se disuelve, puede que signifique una mayor presión para el individuo por no tener un grupo, o una referencia colectiva en quien apoyarse y salir adelante, lo que implica para la mayoría de las personas una mayor fragilidad psíquica.

A modo de síntesis, se entiende que la globalización del capital y las nuevas determinaciones en las manifestaciones de la cuestión social que este nuevo modelo impone determina cambios en la vida cotidiana de los sujetos, tanto en su elaboración como en su comprensión. Implica transformaciones en lo que refiere a los “grandes rubros” de la vida cotidiana, tales como el trabajo, los espacios de sociabilidad e

integración social, etc. Esto se manifiesta en el ámbito de la salud mental de las personas, dado que implica conflictos existenciales a los que muchas personas no pueden enfrentarse, generando de este modo desestabilización del aparato psíquico que puede terminar en distintas problemáticas.

CONCLUSIONES

En el transcurso del presente documento se intentó, en principio, demostrar las diversas concepciones que en la historia de la humanidad se han ido generando en relación a la "locura", así como también las diversas formas de abordaje de la enfermedad mental. Es así que hasta la constitución de las sociedades capitalistas modernas el "loco" fue considerado un poseído por demonios malignos, para luego ser considerado un problema social, por no adaptarse a los valores impuestos por la ideología dominante en este nuevo orden social.

Éste mismo orden se encargó de excluir y aislar la locura, encontrando legitimación para ello en el discurso médico, siendo el manicomio y al mismo tiempo la psiquiatría las instancias privilegiadas de control hacia estos sujetos: los "locos". De esta manera, el poder hegemónico, intentando dominar y controlar bajo la normalización de los individuos, se justificó por el saber médico, que por haberle atribuido carácter de científico y racional era absolutamente incuestionable. La enfermedad mental históricamente ha sido considerada una "disfuncionalidad social" por no adaptarse a los valores imperantes; en esa tendencia de justificar la desigualdad, el hospital psiquiátrico ha sido la respuesta en el intento de marginar lo "diferente".

En el contexto actual, la enfermedad mental dejó de ser vista como consecuencia de problemas orgánicos y pasa a primar el concepto de multicausalidad para comprenderla y explicarla. Es decir, que además de los factores biológicos y psicológicos es preciso atender al contexto económico, social, político y cultural que enmarcan los fenómenos de enfermedad mental.

En este sentido, esta monografía intentó trazar un breve recorrido por el abordaje histórico que nuestro país ha hecho en materia de salud mental. Y si bien no pueden negarse los cambios notorios que se han producido, aún existe una gran deuda para con

la sociedad. Cuando se habla de cambios se hace referencia a los cambios producidos más que nada en el campo específico de la enfermedad mental, dado que la misma en el momento actual intenta ser tratada como cualquier otra enfermedad, trabajando en la rehabilitación del enfermo y apuntando a la desestigmatización del mismo, aunque se considera que los esfuerzos aún no son suficientes ya que los programas existentes para ello no llegan a toda la población afectada. A su vez, aún no se logra trabajar adecuadamente con aquellas personas que sufren algún trastorno, que sin constituirse en enfermedad, afecta su salud mental.

Por este motivo, se hizo referencia a los cambios sociales y culturales que la sociedad ha venido asistiendo en las últimas décadas y que indudablemente afectan la cotidianeidad de los sujetos. Las transformaciones en el modelo de acumulación, con sus implicancias en el Estado de Bienestar, involucraron importantes alteraciones en las estructuras tradicionales de integración social, como lo era el trabajo, la familia, la escuela, el barrio, entre otras. Esto llevo a que las redes sociales de referencia se fragilizaran e implicaran mayor desprotección y retraimiento para el sujeto. Es decir que a las problemáticas económicas que vive la mayoría de la población se suma ésta que implica mayor dificultad en los individuos para dar respuesta a los diversos conflictos de la vida.

Por ello, en acuerdo con Beatriz Fernández:

"Si se redefine la salud mental como campo que intenta atender a la condición humana, el objeto de la salud mental deja de ser patrimonio exclusivo de las acciones sanitarias para concebirse como un sistema abierto de la acción social." (FERNÁNDEZ, 2003: 14)

De esta manera, es preciso tratar de combatir cualquier tendencia omnipotente en el abordaje de la salud mental, lo que implica además de una permanente crítica al

quehacer cotidiano, un abordaje que incluya los conceptos de interdisciplinaridad e interinstitucionalidad. Es necesario y preciso una política que aborde al sujeto como un ser integral, no disociando aquellos aspectos que sólo pueden ser separados dado el objetivo de estudio de la realidad concreta de los sujetos.

Por otra parte, la salud y la enfermedad no son estados definitivos, ni tampoco aislados, sino que constituyen manifestaciones de un mismo proceso dinámico en continua interacción dialéctica, con rupturas, cambios y contradicciones. Por este motivo, el proceso de salud es absolutamente fluctuante, no obedece a una línea recta, predecible y preestablecida. Esto implica que, como plantea Fernández (2003), en el abordaje de la salud mental se incluya el concepto de vulnerabilidad como riesgo potencial en que las personas y las comunidades viven y se reproducen, y en función de ello dar respuestas oportunas.

En este sentido, la intervención del Trabajo Social se hace desde y en la vida cotidiana de los sujetos, y es éste un ámbito privilegiado para comenzar a trabajar con las personas en salud mental, a partir del análisis de los hechos cotidianos. Se trata de apoyar a los individuos para que se perciban como sujetos de derecho, capaces de pensar la realidad y de actuar sobre ella.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, A; BERNAL, S; RODRÍGUEZ, C. De la locura y la marginación social. . En: La función social de la locura. Una mirada desde el poder. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina. 1998.
- ADORNO,T; HORKHEIMER, M. Dialéctica de la Ilustración. Editorial Trotta. Madrid, España. 1997. Traducción de Juan José Sánchez.
- ARDUINO, M; GINES, A. Noventa años de la Colonia Etchepare. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 66, N°2. 2002. Disponible via Internet: <http://www.mednet.org.uy/spu/revista/oct1998/pag37.htm>. Archivo consultado en mayo de 2006.
- BARAIBAR, X. Acerca de la relevancia del estudio de las políticas sociales para el trabajo social. Revista Regional de Trabajo Social N° 25. EPPAL. 2002. 46-54.
- BARRAN, J.P. Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo II El disciplinamiento (1860-1920). Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay. 1992.
- BARRAN, J.P. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo I El poder de curar. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay. 1993

- BARRAN, J.P. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo II La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay. 1994.
- BARRAN, J.P. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo III La invención del cuerpo. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay. 1995
- CASTEL, R. El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo. La Piqueta Madrid, España. 1980.
- CASTEL, R. La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1997.
- CASTELLANOS, B; MARTÍN, A.M; MOLEDDA, P; TAUCAR, N. Una mirada sobre la repetición y el cambio en la comprensión de la locura. En: La función social de la locura. Una mirada desde el poder. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina. 1998.
- COUTINHO, C. O estruturalismo e miseria da razão. Paz e terra. Rio de Janeiro, Brasil. 1972.
- FERNÁNDEZ, B. Apuntes sobre salud mental y vulnerabilidad social. Revista Regional de Trabajo Social N° 27. EPPAL. 2003. 3-14
- FOUCAULT, M. Enfermedad mental y personalidad. Paidós. Barcelona, España. 1988.

- FOUCAULT, M. Historia de la locura en la época clásica. Tomo I, Genealogía del Poder N°18 Brevarios del Fondo de Cultura Económica. 1990^a.
- FOUCAULT, M. La vida de los hombres infames. La piqueta. Madrid, España. 1990b.
- GINES, A. Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 62, N°2. 1998. Disponible via Internet : <http://www.mednet.org.uy/spu/revista/oct1998/pag37.htm>. Archivo consultado en mayo de 2006.
- GINES, A; PORCIUNCULA, H; ARDUINO, M. El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, Perspectivas y prioridades. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 69, N°2. 2005. Disponible en internet: <http://www.mednet.org.uy/spu/revista/oct1998/pag37.htm>. Archivo consultado en mayo de 2006.
- GINES, A. Salud mental en la emergencia social y el nuevo modelo asistencial. (Breve memorándum para facilitar la discusión). Sin fecha. Mimeo.
- GIORGI, V. Vinculo. Marginalidad. Salud mental. Roca Viva. Montevideo, Uruguay. 1988.
- HELLER, A. Historia y vida cotidiana. Grijalbo. Buenos Aires. Argentina. 1985.

- HULETCHE, A.M; DELGADO, L. "Yo soy y no quiero ser " Acerca de la discriminación y la certeza. En: La función social de la locura. Una mirada desde el poder. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad de Mar del Plata. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina. 1998.
- IAMAMOTO, M. Serviço Social na contemporaneidade: trabalho y formação profissional. Cortez Editora. Sao Paulo, Brasil. 2000.
- Mental Disability Rights International. Derechos humanos y salud mental en el Uruguay. Washinton College of Law, American University. Washington, Estados Unidos. 1995.
- MARTINEZ, B. Las nuevas formas de organización del trabajo: obstáculo para la construcción de una identidad. En: Trabajo y subjetividad. Entre lo existente y lo necesario. Compiladores: Schvarstein, L; Leopold, L. Paidos. Buenos Aires, Argentina. 2005.
- NETTO, JP. Transformações societárias e Serviço Social. Serviço Social & Sociedade N°50. Cortez Editora. Sao Paulo, Brasil. 1996.
- OTORMIN, F. Capitalismo y trabajo: análisis de la sociabilidad contemporánea. En: Trabajo y subjetividad. Entre lo existente y lo necesario. Compiladores: Schvarstein, L, Leopold, L. Paidos. Buenos Aires, Argentina. 2005.
- PASTORINI, A. A teatro das políticas sociais. Autores, atores e espetadores no escenario neoliberal. Tesi do Maestria. Universidade Federal de Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro, Brasil. 1995.

- PASTORINI, A. La cuestión social y sus alteraciones en la contemporaneidad. En: Temas de Trabajo Social. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo, Uruguay. 2002.
- PETRAS, J. Neoliberalismo, resistencia popular y salud mental. Disponible vía Internet en: <http://www.rebellion.org/petras/petras201202.htm>. Archivo consultado en junio de 2006.
- PORCIUNCULA, H; NINA, M; REGINA, R. Implementación y desarrollo del programa de Salud Mental en el ámbito del Ministerio de Salud Pública. En: Equipos comunitarios de salud mental. Un modelo en movimiento. GEGA. Montevideo, Uruguay. 2004.
- RAMOS, J. Salud Mental y Psiquiatría en los albores del siglo XX. En: Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. 1997
- ROZAS PAGAÑA, M. Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en trabajo social. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina. 1998.
- SARACHU, G. Fragmentaciones en el mundo del trabajo y sus impactos en los colectivos de trabajadores. Experiencias en el sindicalismo uruguayo. Disertación de Maestría, UFJR/ESS. Río de Janeiro, Brasil. 1998.

- SIERRA, H. Salud Mental y Fin de Siglo. Conferencia dictada el 27 de setiembre de 1998 en Rafaela, Argentina. Transcripción literal. Disponible via Internet en: <http://www.monografias.com>. Archivo consultado en mayo de 2006.

- STOLKINER, A. Tiempos "posmodernos". Ajuste y Salud. En: Políticas en Salud Mental. Compiladores: Saidon, O; Troianovski, P. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina. 1994