

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social
Licenciatura en Trabajo Social

**Patologías psiquiátricas en el ámbito
laboral**

Cecilia Di Bello
Tutora: Celmira Bentura

2016

“Creo que todos tenemos un poco de esa bella locura
que nos mantiene andando cuando todo alrededor
es tan insanamente cuerdo.”

Julio Cortázar

Índice:

<u>Resumen:</u>	<u>3</u>
<u>Introducción:</u>	<u>3</u>
<u>Capítulo 1</u>	<u>6</u>
<u>La salud mental, recorrido histórico del proceso salud-enfermedad mental</u>	<u>6</u>
<u>Capítulo 2</u>	<u>9</u>
<u>Reseña histórica de los cambios en las concepciones de la locura en los diferentes contextos históricos</u>	<u>9</u>
<u>Capítulo 3</u>	<u>26</u>
<u>Abordaje histórico de la salud mental en la sociedad uruguaya</u>	<u>26</u>
<u>Proceso de desinstitucionalización” en Uruguay</u>	<u>38</u>
<u>Dimensión laboral en el ámbito de la salud mental</u>	<u>40</u>
<u>Reflexiones finales</u>	<u>42</u>
<u>Bibliografía:</u>	<u>47</u>

Resumen:

Este documento se enmarca como la tesina de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de la República, en torno al tema de la discapacidad psíquica.

Palabras claves: Salud Mental, Exclusión-Inclusión, Estigma, trabajo.

Introducción:

El presente trabajo constituye el trabajo de monografía final requerido curricularmente para obtener el título universitario de licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de la República.

La temática que se desarrollará a lo largo de la tesina centra su atención en la importancia de la incorporación de personas con discapacidad psíquica en el mundo del trabajo.

Dicho trabajo surge del interés por la temática generado a partir de la asignatura taller de investigación que se desarrolló en el año 2012, asimismo de las prácticas pre profesional desarrollada en los Proyectos Integrales en Protección Social, Instituciones y práctica Profesionales. Supervisión: Salud.

De las mismas se generaron diversos cuestionamientos que se plantearon en el desarrollo de las prácticas pre profesionales. Por lo que resulta de relevancia investigar la importancia de la afiliación de las personas con patologías psíquicas, al ámbito laboral, problematizando cuales son las posibilidades reales de inclusión en el mundo del trabajo; enmarcado a partir de la perspectiva de José Luis Rebellato (2000) quien concibe a las personas como sujetos de derecho y como constructores de su propia realidad, desde una ética liberadora, a partir del modelo de la autonomía.

A partir de lo señalado se hace referencia al planteó realizado por Castel (1997) entendiendo que todo individuo requiere de un conjunto de "soportes", recursos y de regulaciones colectivas, que garanticen tanto su supervivencia material como su integración social. Es a partir del trabajo que la vida humana adquiere pleno sentido en la medida que es el punto de partida para la realización del ser social al tiempo que es la condición para su existencia.(Castel, 1997).

Se considera relevante realizar una investigación reflexiva desde el Trabajo Social respecto a la forma de ver y abordar la problemática de acceso al trabajo para personas con discapacidad psíquicas, especialmente por el papel que juega este aspecto en la integración social.

Por lo tanto se plantea como el objetivo general de la tesina:

Reflexionar sobre la importancia de la inclusión de las personas con patologías psíquica en el mundo del trabajo, y como esta afecta la vida cotidiana de los sujetos.

Del mismo se derivan los objetivos específicos:

- Reflexionar sobre la relevancia del trabajo como aspecto de inclusión para las personas con discapacidad psíquica.
- Analizar bibliográficamente el concepto de salud mental y las transformaciones históricas que ha tenido.
- Presentar los principales lineamientos de acción en salud mental en Uruguay a lo largo de la historia.

Para poder lograr el análisis de los objetivos planteados es necesario proponer una estrategia metodológica entendiendo esta como la elección de métodos y técnicas entendidas como conjuntos de procedimientos comunes a las diversas ciencias sociales, sean las adecuadas para relevar, procesar y analizar críticamente los datos corregidos. Por lo que es importante señalar, como define Sautu *"la elección de la perspectiva metodológica debe ser justificada, es decir, el investigador debe explicar por qué considera que los procedimientos seleccionados son pertinentes para obtener evidencia empírica de aquello que desea investigar"* (2006:153)

Conforme con lo planteado, la metodología utilizada para llevar a la monografía se conforma de un análisis bibliográfico sobre la temática salud mental, por lo que el enfoque metodológico de este trabajo articula como técnica clave la revisión bibliográfica sobre temáticas de salud mental en especial aquellas asociadas al abordaje de la inclusión social en el mundo del trabajo en personas con patologías psíquicas.

Por lo tanto se procederá al desarrollo de categorías analíticas que sean útiles para dar respuesta al objetivo planteado. El desarrollo de dichas categorías nos permitirá la construcción de un marco teórico, entendiendo que se requiere la *“utilización de un proceso deductivo que vincule las ideas y concepciones teóricas más abstractas con conceptos o ideas más específicos”* (Sautu 2005:87) permitiéndonos plantear la evidencia empírica para verificar los objetivos planteados.

Capítulo 1.

La salud mental, recorrido histórico del proceso salud-enfermedad mental.

El objetivo de este capítulo es estudiar los aspectos históricos del proceso salud enfermedad mental, y como se ha ido transformando las conceptualizaciones que de ellos derivan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea una definición de salud mental que intenta contemplar las diversas concepciones de la misma, entendiendo esta esta como *“la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*(OMS:2001:1).

Las prácticas de salud no son aisladas como señala Vergaras, *“tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social.”*(2007:43). Por lo que la problemática debe ser entendida dentro de una sociedad determinada y no de forma individual. Posterior a esta definición se consideraba sano al individuo que no presentara síntomas, ósea quien estaba libre de enfermedad visible.

El proceso salud-enfermedad mental ha sido utilizada de forma simplificada y opuesta, entendiendo a la salud como ausencia de enfermedad. El concepto salud mental no posee definiciones concretas sino que se ha modificado con los años como por las culturas dependiendo de la matriz de pensamiento, como es planteado por Héctor de la Sierra.

Por lo tanto no existe un conceso para delimitar el concepto de salud mental. Basándonos en los aportes de Galende, E. señala *“es necesario comprender que son éstas las problemáticas humanas, sociales, que progresivamente van poblando el campo de la salud mental 1990: 12)*. Por lo que se plantea dialéctizar la problemática, apropiarse de las dimensiones políticas y sociales

de las cuestiones que engloban la salud mental, ya que el objeto de la salud mental no es un objeto natural sino socio-histórico que no se limita a la producción de enfermedades mentales sino a los valores positivos de la salud mental que en ellos pueden ser explicadas.

De acuerdo con lo planteado, Fernández, B. señala que la Salud *“depende de todos sus componentes y se encuentra históricamente determinada e íntimamente ligada a las condiciones de existencia, estilos de vida y de convivencia, en relación inclusiva con la colectividad a que se pertenece”*(2012:4). Por lo tanto el sufrimiento humano es producto del orden biológico como también del orden socio cultural histórico en el que se encuentra el individuo.

Continuando con lo señalado se destaca la importancia de una concepción integrada de salud como define Fernández, B *“la salud no se produce en las instituciones sanitarias, sino en los espacios cotidianos donde hombres y mujeres producen la salud y la vida”* (2009:22).

Ambas concepciones salud y enfermedad mental se deben entender, como construcciones sociales, como señala Amico, L (2005), y por lo tanto estas irán variando históricamente. Estos conceptos conforman un carácter valorativo por ser representaciones sociales. Por lo tanto las diferentes evaluaciones utilizadas para designar a una personas como sano o enferma varían según el paradigma hegemónico predominante en un contexto histórico en el que se encuentre.

Por lo que salud/ enfermedad mental varían históricamente, en relación a las concepciones dominante de cada sociedad *“las tradiciones, las creencias, las supersticiones, y en general, los valores culturales de una sociedad, asumen un importante papel en la explicación de la locura y por ende en las formas de tratarla”* (Coto y Ramirez; 1985:27).

Continuando con esta línea de pensamiento Amico, L (2005) entiende que el concepto de salud mental es un término cuyo gran contenido es valorativo por lo tanto es compleja su definición, señalando que *“las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana o enferma, varían según las*

representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes de cada cultura o periodo histórico”(2005:17).

Por lo tanto para que una persona sea considerada enferma no solamente dependerá de sus alteraciones de su personalidad sino del tipo de actitudes que tenga la sociedad en relación a dichas alteraciones.

Por lo anteriormente señalado es fundamental tener presente los valores sociales en la definición de salud mental, ya que se puede ser evaluado de distinta forma dependiendo del contexto social en el que se encuentre la persona.

A lo largo de la historia la sociedad ha modificado su concepción de salud-enfermedad mental. Para lograr un adecuado abordaje de la función social de la locura es necesario reconocer como señalan Huletche y Delgado, “el lugar de las enfermedades mentales en la sociedad ha ido variando históricamente” (1998:57).

Esta modificación va de lo mítico a lo científico. Permiten identificar el saber y el poder que existe en torno a la locura en diferentes momentos históricos, determinados a través del lugar que se daba a la locura como función social.

Reseña histórica de los cambios en las concepciones de la locura en los diferentes contextos históricos.

En el Nuevo Testamento la locura es considerada como una posesión de los malos espíritus a los que hay que quitar del cuerpo del enfermo para lograr curarse, esto denota como la locura es asociada con la divinidad por lo que los que se ocupaba de ella eran los exorcisadores, como señala Delgado (1998:58)

En la Edad Media se continúa con la cosmovisión de la locura como posesión de malos espíritus, la enfermedad mental era entendida como algo externa a la persona, no como algo propio del sujeto. En esta época el poder se impartía entre la Iglesia y los señores feudales. Por lo tanto al ser una sociedad religiosa cualquier desviación se comprendía en sentido teológico, por lo que el comportamiento diferente en las personas que se apartaban de las normas era explicado mediante la posesión diabólica.

La “cura” a la enfermedad era la muerte o la tortura, entendiendo como un acto de piedad liberando el alma del poseído. Los registros de los enfermos mentales no se encuentran en manuales de medicina sino en protocolos de hechiceros. Este periodo es predeterminado como señalan los autores, por la concepción primitiva o pre-científica.

Castel R. (1980) señala que en el periodo anterior a la revolución burguesa eran el poder judicial y la administración quienes se encontraban a cargo de los “secuestros” de insensatos (entre ellos los locos), la mayoría de estos encierros eran por orden del rey pero la familia también contaba con la competencia de pedir la incapacitación para poner los bienes bajo la tutela familiar sin que fuera obligatorio el encierro. Por lo tanto la locura queda claramente dentro de la órbita familiar siendo característico de la época.

En el renacimiento se deja de entender a los locos como endemoniados pasando a ser objetos de la ciencia médica, es en esta época que surge la llamada “Primera Revolución Psiquiátrica”, Delgado (1998) determina como su origen en el Renacimiento y se extiende hasta la Revolución Francesa. Este periodo está definido por la concepción del punto de vista científico.

El loco deja de ser concebido como poseído, transformándolo a una persona peligrosa, por lo cual se busca su encierro, internándolos como los criminales o los mendigos.

Los enfermos mentales continúan siendo sujetos de desestimación, internándolos como delincuentes, las instituciones aparecen como respuesta social a esta problemática encerrando a enfermos mentales, prostitutas, homosexuales e indigentes; se encierran a los sujetos considerados irracionales para este periodo. Amico señala: *“aunque los enfermos mentales ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable durante la ilustración. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios siendo objetos de desprecios, burlas y maltratos”* (2005:18)

En el siglo XVII la iglesia comenzó a perder poder dejando de ser la cosmovisión religiosa del mundo tomando relevancia la razón y la experiencia dando lugar al pensamiento científico. El conocimiento se une con el poder del hombre, *“ciencia y poder humano coinciden”* (Amico 2005:20) por lo que el saber es poder.

En esta periodo se da un carácter emancipador, la autora Amico señala que el hombre logra *“despojarse del dogmatismo de concepciones religiosas”* (2005:21), abriéndose a nuevas formas de entender el mundo fuera de las explicaciones metafísicas, explicando los fenómenos a través del conocimiento.

La Inquisición y la psiquiatra Institucional, se desarrollaron desde distintos escenarios económicos, políticas, culturales y sociales; sus medios son similares y cada institución tiene medios opresivos ejerciéndolos bajo el rotulo de terapéuticos, *“el objetivo del inquisidor es salvar el alma del hereje y mantener la integridad de la Iglesia; el psiquiatra restablece la salud mental del paciente y protege a la sociedad de los dementes”* (Abraham, Beranal y Salgado 1998:155)

Comienza el gran encierro de dementes a gran escala como es denominado por Foucault. Se consideraba loco a toda persona abandonada, pobre, necesitada o rechazada por los padres o la sociedad, estas personas eran encerradas para protección de la sociedad no para recibir atención médica, evitando la desintegración de las instituciones.

Por lo tanto *“la institución psiquiátrica se manifestó como sucesora de la Inquisición, dada su función de control social y afirmación ritualizada de la ética social dominante”* (Abraham, Bernal, Salgado 1998:152). Es la misma sociedad la que exige mantener el orden establecido, por lo tanto la enfermedad mental refiere a criterios de adaptación social. Se ve reflejado cuando el médico redactaba un certificado declarando que el sujeto es un peligro para sí mismo o para los demás, lo que implica un aislamiento por lo tanto la separación de la sociedad.

Estas transformaciones inciden en las concepciones de salud – enfermedad mental, abandonándose las creencias entorno a la relación causal castigo de los dioses – enfermedades mentales, por lo que se puede expresar *“la edad moderna hay un privilegiado interés natural por el cuerpo humano”* (Vergara 2007:44).

En esta época el pensamiento científico trajo consigo una sobrevaloración la razón del hombre, por lo tanto el loco era considerado un alienado, siendo un individuo carente de razón plena y esta era la condición elemental para definir la naturaleza humana y la que diferencia del resto de las especies de la naturaleza. Como señal Castel, *“el loco es digno de lastima. Es un desgraciado, un infortunado que ha perdido el atributo máspreciado del hombre: la razón”* (1980:52)

La alienación mental producía la pérdida del libre albedrío y por lo tanto la pérdida de la libertad. El loco no era concebido como ciudadano. Esta concepción de la locura trajo como consecuencia que el loco sea encerrado en un hospital.

En este periodo la locura forma parte de la persona concretamente del pensamiento irracional, la enfermedad mental no es explicada por factores externos sino que se culpabiliza a la persona por su condición.

Consideremos de relevancia tomar a Castel R. (1980) analizando la nueva conceptualización de la locura que surge con la ruptura del antiguo régimen dando lugar a un nuevo sistema social burgués que se emerge luego de la Revolución Francesa, siendo necesario reorganizar los poderes, creando un nuevo tipo de relación social: la tutela. Por lo que se le atribuye al loco el estatus de enfermo, medicalizando la locura hasta la actualidad. Se crearon

nuevas instituciones que dieron respuesta a la problemática de la locura. Esto conlleva a las dos principales metamorfosis de la sociedad, en primer lugar la toma de poder de la medicina tras la caída del Antiguo Régimen y la segunda los mecanismos de control social se transforman en coercitivos.

Castel R. señala la concepción de la época, al loco como el sujeto que desordena, que no posee razón y por lo tanto no es sujeto de derecho, es *“irresponsable, no puede ser objeto de sanción; incapaz de trabajar o de servir”, no entra en el circuito reglamentario de los intercambios, esta libre de circulación de los hombre y mercancías en las que sirve de matriz la nueva legalidad burguesa. Foco de desórdenes, hay que reprimirlo más que nunca, pero según un sistema de punición distinto del establecido por los códigos para aquellos que han transgredido las leyes voluntariamente”(1980:25).*

señala la importancia que toma la medicina en esta época, El poder medico ira tomando el poder de la apreciación del fenómeno de la locura, ya que el poder del rey es considerado arbitrario, frágil e inaceptable perdiendo su legitimación.

El poder médico necesita ser legitimado por lo cual abandona las antiguas prácticas coercitivas que se llevaban a cabo al fenómeno de la locura, pero en realidad estas no quedan obsoletas sino que son las mismas prácticas pasan a ser médicas plasmadas en códigos como en el discurso médico.

En este proceso de transformaciones se dictó una ley que ponía en libertad a todos los individuos que no estén legalmente condenados, y era el examen y juicio de un médico el determinante de la libertad. Estas transformaciones en Antiguo Régimen van gestando un nuevo estatuto de ciudadano diferente y específico para el loco, no entrando en el contrato social y libertades de los ciudadanos.

Continuando con el análisis planteado, en el reconocimiento del loco, la sociedad por intermedio de la figura del psiquiatra, lo ubica en la categoría de los enfermos mentales, por lo que a través del encierro las autoras Abraham, Bernal y Salgado señalan que *“cierta tradición medica ha hecho del psiquiatra un personaje que detenta una especie de autoridad moral y policial”(1998:153).* El manicomio es el sistema social que busca marginar a los sujetos que se desvían de la norma.

Por lo tanto la intervención sobre el loco es de fundamento medico al contrario del criminal que es jurídica, imponiéndole un diagnóstico médico. Abraham, Bernal y Salgado (1998;154), retoman a Foucault para señalar la coincidencia estructural de la medicina y de la economía que se da en el siglo XIX a partir de una común referencia al valor del trabajo como fundamento de la riqueza y equivalencia de salud; por lo que la locura es asociada a una forma de improductividad, por lo que cualquier sujeto que se encuentre por fuera de dicho valor, para a ser encasillado como inadaptado

Si bien como se ha señalado anteriormente las patologías psiquiátricas existieron siempre Foucault afirma que el concepto locura surge en el Siglo XVIII, en la Revolución Francesa, junto con el origen de la modernidad.

Carballeda (2004) tomando el pensamiento de Foucault, es en dicha época surge una de las características más relevantes de la práctica de salud mental: su aspiración clasificadora. Señalando que al poco tiempo de la revolución la población de los loqueros plantea una cuestión predominantemente política. El poder clasificatorio será transferido a los médicos por lo tanto *“la figura del médico va aparecer como la más efectiva para dilucidar la “verdad” de lo que estaba sucediendo”*(2004:1), por lo tanto *“es que esa verdad clasificatoria se va a transformar en práctica como sinónimo de hacer, de transformar y de generar saberes específicos”* (2004:1).

Para el capitalismo es necesario mantener el orden establecido tanto social como económico, homogenizando las conductas, donde se entiende a los locos como sujetos perturbadores siendo encerrados para evitar el desorden social, generando el lugar el hospital psiquiátrico.

En relación a lo mencionado, Foucault entiende que la práctica del internamiento que comenzó a principios del siglo XIX, *“coincide con el momento en que la locura era percibida menos en su relación a la conducta regularizada y normal. En este momento la locura aparece no tanto como una perturbación del juicio cuanto como una alteración de la manera de actuar, de querer, de sentir las pasiones, de adoptar decisiones y de ser libre, en suma ya no se inscribe tanto en el eje verdad-error-conciencia cuanto en el eje pasión-voluntad-libertad(...). Es así como se instruye la función del hospital psiquiátrico del Siglo XIX; lugar de diagnóstico y de clasificación”* (1990:70-72)

A comienzo del siglo XIX es que tiene su auge la práctica del internamiento, sustituyendo la violencia física por un modelo ligado al disciplinamiento, siendo el hospital psiquiátrico la Institución modelo en el tratamiento de la locura en la modernidad. Los autores Techara, entre otros entienden al hospital psiquiátrico como *“hijo de la modernidad, y consistiría entonces, por un lado, en una forma de exclusión que aísla los “focos infecciosos” por otro, procedería mediante una organización disciplinaria del espacio social, por medio de una clasificación de multiplicidades que remite siempre a un eje salud-enfermedad (2009:37).*

Por lo tanto la locura en sus inicios en la época moderna, está comprendida en una perceptiva Ético/Social. Carballeda, entre otros autores, señala que el encierro a partir de la medicalización, deja de entenderse como castigo y comenzando a vincularlo con lo terapéutico, siendo esta una característica fundamental de la modernidad.

Continuando con el análisis es de relevancia entender a la locura como el resultado de un orden social. Castellanos, entre otros autores, señala: “Si le enfermedad mental puede ser entendida como condición de quien se pone fuera de la norma, la institución es la sanción que tiene la función de llevar lo anormal a la normalidad, es por lo tanto el lugar –dentro de la norma- para la desviación de la norma”(1998:24).

Castel (1980) señala la importancia que jugó el rol del médico en el manicomio, donde el rol del médico lo hace convertirse en un personaje central en la relación de los problemas sociales y la medicina, ya que es este el que le reconoce al alienado el estatus de enfermo.

El manicomio tuvo una fuerte influencia sociocultural del positivismo, en dicha época se genera la construcción del Estado nacional, la inserción del modelo capitalista, el crecimiento urbano y la naciente modernización.

La gran preocupación para dicha época era generar sujetos como agentes económicos activos, señalando *“el objetivo original del establecimiento manicomial fue dar un lugar definido de contención a la locura, la diversidad y la marginalidad improductiva, es decir al “no trabajo”, para limpiar la ciudad y sostener el sistema, aunque por ello legitimara la negación de los derechos individuales y permitiese formas de represión agresivas y legitimadas socialmente, aplicadas para curar al paciente”(2005:27)*

Por lo tanto como señala Castel (1975), la institucionalización del anormal es un fenómeno coherente al nacimiento de la era industrial y a su fase de expansión, produciéndose cuando es necesario codificar la diversidad, creando instituciones específicas que separen los elementos que alteren el orden social.

Galende, entiende a la Instituciones psiquiátricas y su instauración como diversos dispositivos de control, señala *“no es solo de los psiquiatras la responsabilidad del manicomio, es la sociedad moderna que los inventa, los necesita y demanda a la ciencia la solución de ese problema; los psiquiatras solo se presentaron a legitimarlo y a rodearlo de una imagen de racionalidad científica. La medicina mental legitima al hospicio: bien o mal, se intentaba hacer de él algo terapéutico”* (1994:13)

Dichas instituciones psiquiátricas donde tiene lugar la insitucionalizacion del anormal se dan en las llamadas instituciones disciplinarias totales. Goffman (1984) entiende a estas como el *“lugar de residencia y de trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo de tiempo, comparten un su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”* (1980:13). Dicha institución presenta tendencias totalizadoras simbolizados obstáculos como puertas cerradas, que se oponen a la interacción de los internados con el medio social.

Los tratamientos médicos propuestos por lo psiquiatras a los pacientes en instituciones disciplinarias totales, tienen un significado alienante, ya que la única finalidad es devolver al sujeto al circuito productivo, quien es primero mercancía como trabajador y luego mercancía como enfermo, como señala Basaglia *“Este tratamiento, evidentemente, impide a la persona expresarse subjetivamente. Así, la relación médico-enfermo, es una relación de dominio y poder, y es difícil salir de esa contradicción”*(2008:113).

Goffman define como características centrales de las instituciones de la siguiente forma: *“todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar, bajo la misma autoridad y en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Por otro lado, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce*

a la siguiente, y se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales y explícitas y por un cuerpo de funcionarios” (1980:20).

La actividad específica del personal superior, no es la orientación ni la inspección periódica sino la vigilancia: ver que todos los internados hagan lo que se les ha ordenado, en condiciones en que la infracción del individuo se destacaría contra el fondo de sometimiento general, visible y comprobado.

Los pacientes internados tiene sus actividades programadas, generalmente consisten en tareas simples como por ejemplo ayudar en el lavadero, aunque este trabajo provenga de las necesidades mismas del establecimiento, al paciente se le refiere que este es referencia de mejoría en su patología mental.

En la sociedad capitalista, la vigilancia física inmediata ha perdido espacio en las instituciones de control entre ellas el manicomio, dejando lugar a la visión mediatizadora de la palabra, esto quiere decir la observación simbólica a través del discurso técnico. Bentham señala *“al igual que en la medicina es cada vez menos importante el reconocimiento visual del paciente, y más el telediagnóstico, emitido tras el examen de una serie de documentos técnicos que lo representan, en la cárcel, el manicomio o en la escuela, la mirada directa pierde valor, a la vez que lo ganan los discursos elaborados en torno a observaciones técnicas.”*(1989:132).

El examen médico se convierte en una mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar al sujeto. Bentahm señala *“en la torre del panóptico se unen el poder y el saber; el centinela que guarda los presos hacinados se ha transformado en el sabio inspector que los clasifica, los estudia, los observa, los trata técnicamente, en especial disponiendo el espacio donde deben situarse, espacio vigilado pero también espacio de convivencia, de trabajo, de instrucción y de ocio y afectos”* (1898:134).

El poder clasificatorio es transferido a los médicos como señala Carballada por lo tanto *“la figura del médico va aparecer como la más efectiva para dilucidar la "verdad" de lo que estaba sucediendo”*(2004:1). Dicha verdad no es jurídica ni se la intenta ubica en lo social o en lo político, sino que es una verdad médica, siendo esta verdad clasificadora, continuando con el pensamiento de Foucault; la que se va a transformar en práctica como sinónimo de hacer, de transformar y de generar saberes específicos.

Castel señala que un sujeto que entre en el ámbito de la psiquiatría sufre estigmatización social *“cuyo estatus actual es casi independiente de la etiología específica de la perturbación psíquica”* (1981:163), esta estigmatización se encuentra encubierta por la situación que el sujeto sufre por la relación de poder.

Se debe destacar con el ingreso al hospital psiquiátrico implica la mutilación del yo, como señala Goffman, esto hace referencia a la colación del rol social. Amico (2005) señala los efectos devastadores de los rituales de agresión (violaciones de la intimidad, humillaciones en el trato, desposeimiento de posesiones personales, control de movimiento, etc), ya que sin duda estas estrategias no pueden ser beneficiosas para la salud mental sino todo lo contrario.

Goffman (1984), señala que un paciente que ingresa al hospital psiquiátrico no solo su posición social dentro de la misma institución difiere radicalmente de la que ocupa afuera, sino que también tendrá que aprender que cuando salga su posición social en el mundo exterior no volverá a ser la misma que antes de su ingreso; este fenómeno es denominado como status proactivo. Este status es generador de estigma.

Este fenómeno es consecuencia del cambio cultural que ocurre en la vida cotidiana del sujeto, procedente de la eliminación de oportunidades de comportamiento y la importancia de mantenerse al día con los cambios sociales recientes del exterior. Por lo que si la estadía del interno es larga, ocurre lo denominado “desculturación” un desentrenamiento que lo incapacita temporalmente para desempeñar su vida cotidiana en el exterior.

Por lo tanto, la institucionalización provoca en el paciente una fragmentación, estigma y deterioro de su construcción de la identidad por la marginación social. Galende sostiene: *“al individuo institucionalizado nada le es permitido conservar como propiedad: su circulación es controlada; renuncia a la privacidad; intimidad impedida; y la pérdida de su singularidad como individuo, equivalente a un estado de fusión -confusión con el otro”*(1994.15). Estas instituciones muestran el carácter disciplinario.

Con el diagnóstico psiquiátrico el loco se convierte en un enfermo mental y por tanto sometido a tratamiento, en ocasiones en contra de su voluntad ya que la psiquiatría era entendida suprema frente al enfermo mental.

Lo anteriormente señalado condujo al surgimiento de vertiginosas corrientes que critican básicamente como la psiquiatría de fines del siglo XIX ha puesto en cuestión esencialmente el poder médico, su poder y el efecto que producía sobre el enfermo.(Foucault 1981:145)

Se puede establecer que es a partir del siglo XX, las enfermedades mentales comienzan a ser explicadas teniendo en cuenta factores psicológicos y sociales además de los biológicos. Siguiendo el psicoanálisis y la farmacología.

Se cambia de paradigma intentando dejar atrás el modelo organicista anterior, el cual tomaba a la enfermedad mental como resultante de alguna lesión cerebral, buscando controlar el comportamiento por medio del cerebro. Claramun, señala que concepción biológica de la enfermedad mental tiene su base en la influencia de las ciencias naturales y de la ciencia positivista.

Con Freud se inicia una revolución psiquiátrica. Delgado señala: *“quien provoca una revolución Copernica en el pensamiento psiquiátrico”* (Delgado : 59). El abordaje del inconsciente en el pensamiento contemporáneo influjo en la conducta de los personas y por lo tanto en la locura, esto trajo como consecuencia la aceptación que la conducta humana está motivada por causas desconocidas al hombre, incluyéndose las motivaciones inconscientes a los síntomas de la enfermedad mental. Se destaca también la importancia de los factores ambientales, este término puede comprender *“desde la habitación en la que se vive, hasta la clase social a la que se pertenece”* este pensamiento se va incorporando al cuerpo médico de forma progresiva.

En el siglo XX Amico (2005) define grandes características que determinaron el movimiento anti psiquiatría. En primer lugar la influencia del psicoanálisis, la clasificación nosológica de las enfermedades mentales, desarrollo de la neurología, la fisiología y la bioquímica, auge de la farmacología y por último el desarrollo de concepciones psicosociológicas de la enfermedad mental. Por lo

tanto lo social va a tener una fuerte influencia en las concepciones de salud mental.

El primer movimiento de reforma psiquiátrica Carballada lo ubica a principios del Siglo XX asociados a los acontecimientos de la época; crisis de la revolución industrial, revolución bolchevique, modalidad organizativas del movimiento obrero, aparición de ciencias sociales y nuevas corrientes en psiquiatría.

A principios del siglo XX en Estados Unidos surge un movimiento denominado “higiene mental” que pone el énfasis en las determinaciones sociales de la locura, asociada a la crisis de la revolución industrial “con las condiciones de vida e higiene de los obreros; en síntesis con los conflictos inherentes a la sociedad moderna industrializada” (Amico 2005:44).

En la misma época se da en Inglaterra experiencias open door, planteado que el manicomio puede estar ubicado en la periferia de las ciudades ocupando grandes extensiones de terreno, sin vigilancia. Se introduce el trabajo como la modalidad terapéutica “permitiría encauzar a aquellos que padecen trastornos mentales”(Amico 2005:44), promoviendo actividades productivas al aire libre.

El trabajo como medida terapéutica, se le otorga gran relevancia en esta época, lo cual es comprensible ya que este es considerado como sinónimo de producción de tipo industrial como al mismo tiempo de cotidianidad, de esta forma se estructura al sujeto hacia un fin que socialmente era tomado como forma de propender al bien común”. Carabella señala que *“a través del trabajo se pensaba que se introducía el orden de la modernidad. Y esto era planteado en términos de utilitarismo social, de ahí que la terapéutica se ligara ahora con esta esfera (2004:4).*

En este primer movimiento de reformas psiquiátricas se da una importante presencia de lo social como factor explicativo, como ubicación de este en cuanto a quienes son los más afectados, como la aparición de una nueva modalidad de tratamiento, por lo que ya no se pretende una explicación moral.

En Estados Unidos y Europa comienzan a crearse los llamados “patronatos de ayuda al enfermo mental” estos darán un lugar importante al Trabajo Social. Carbellada señala *“los trabajadores sociales trataban de obtener ayuda*

económica para mejorar las condiciones de vida de los internados, generaban estrategia de asistencia durante la externación, otorgaban orientación en la posterior búsqueda de empleo y trataban, mediante contratos de tipo familiar y comunitario, lograr una mayor aceptación de los alienados de la sociedad”(1994:5). Estas tendencias no lograron modificar los principios de privación de derechos con el modelo de reclusión.

Luego de la Segunda Guerra Mundial se dieron factores que dieron lugar al comienzo de transformaciones radicales al modelo asistencial, denunciando el carácter destructivo del modelo manicomial para la condición humana.

Las reformas estaban orientadas por principios básicos: cierre definitivo de los manicomios ya que “el asilo constituía el núcleo central de la atención psiquiátrica, responsable de la racional autoritaria y custodial que la misma instaura” (Amico 2005:46); creación de redes para la atención y prevención de salud mental; a través de centros periféricos, servicios comunitarios, etc. Se busca ampliar las acciones asistenciales, preventivas y de promoción de la salud mental, requiriendo la actuación interdisciplinaria en las acciones.

Amico señala que la finalidad de las reformas es cambiar el lazo social que la psiquiatría había instaurado, cuyo paradigma lo comprendía el manicomio “basado en la articulación de un saber del especialista que actuaba con poder sobre la vida del enfermo” (2005:47) se pretende un lazo social humanizado re interrogando el saber psiquiátrico dando lugar a la participación del enfermo y la comunidad. Por lo tanto se busca desinstitucionalizar a los enfermos psiquiátricos otorgándoles ciudadanía plena la cual fue quitada por el accionar del manicomio.

Se dieron determinantes históricos que favorecieron el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica, entre ellos Vasconsello (1992) destaca: contexto histórico de guerra (solidaridad nacional, rehabilitación de soldados y civiles con problemas asociados a la guerra); coyunturas históricas de escasez de fuerza de trabajo y revalorización del trabajo humano (énfasis en rehabilitación de grupos anteriormente considerados improductivos); procesos de transformación demográfica (transformaciones en las estructuras familiares); coyunturas políticas de democratización, de procesos revolucionarios y de emergencia de movimientos sociales populares, procesos de afirmación de

derechos civiles y políticos; desarrollo de sistemas básicos de bienestar social y afirmación de derechos sociales; desarrollo de terapéuticas psicofarmacológicas a partir de los años 60; crítica a los paradigmas convencionales en psiquiatría y al poder de diversos profesionales; estrategias de humanización por parte de sectores médicos en respuesta a las críticas a la psiquiatría convencional.

Es en el siglo XX, como señala Sierra (1998), comienza un cambio de lógica de la “mirada” sobre la problemática salud mental y el afán clasificatorio que marcaba la diferencia entre el clasificador y el enfermo, en donde el clasificador desde su saber y su condición de “sano” clasificaba al enfermo.

Foucault señala que ni el psicoanálisis ni la farmacología constituyeron en sí un movimiento anti psiquiátrico porque estas corrientes cuestionaron el valor de la psiquiatría en términos de conocimiento respecto a la exactitud diagnóstica. (1990:78). La anti – psiquiatría promulga que el sujeto tenga derecho de administrar su locura, en una experiencia en la cual los demás también pueden participar pero nunca en nombre de un poder conferido. El autor también señala que la sobrevaloración del diagnóstico médico condujo a que el médico tuviera potestad de decidir sobre el cuerpo del paciente mediante el psicoanálisis y la farmacología que dio como resultado la sobremedicalización de la locura.

En la década del 60 se desarrolla el movimiento anti-psiquiatría promovido por los planteos de Ronald Laing y los sucesores Cooper, Berke , y en Italia por Basaglia, entre otros. Se caracteriza por la crítica al pensamiento psicoanalítico y sus limitaciones, se propone un abordaje fenomenológico siendo este un lenguaje acorde para describir las experiencias internas. Se da la integración del significado social de la locura incorporándose a la psiquiátrica.

Dichos autores son propulsores de la psiquiatría comunitaria, cuestionando la existencia de las instituciones psiquiátricas y sus prácticas. Estas comunidades terapéuticas promulgaron derrotar la forma jerárquica dentro del hospital psiquiátrico de relacionamiento entre el personal y los pacientes. Permitted la participación de diversos profesionales como la inclusión de la familiar en los procesos terapéuticos.

Dicho movimiento anti – psiquiátrico critica profundamente a la institución en cuanto lugar, forma y mecanismos de estas relaciones de poder. *“Existe una constante relación institución - alienación debiendo arbitrar los medios para crear anti-instituciones, pregonando la desestructuración de todo lo que pueda parecer un armazón institucional”* (Delgado1998:60).

El movimiento anti psiquiatría cuestiona el modelo manicomial tomando como base lo planteado por Foucault *“el poder medico estaba implicado en verdad de lo que el afirmaba e inversamente del modo en que esta última, podía ser fabricada y comprendida con su poder”* (1977:144) .

Este movimiento plantea una profunda crítica a las concepciones de salud mental, entendiendo a esta como el producto de los mecanismos de control de la sociedad moderna. Szasz señala *“la enfermedad mental no es literalmente una cosa o un objeto físico y, por consiguiente, solo puede existir en la misma forma que existe otros conceptos teóricos”* (1999). Dicho autor, cuestiona el saber psiquiátrico legitimado hasta el moment

A partir de las críticas del modelo tradicional de psiquiátrica de los años 60, Castel R (1980). Plantea que las tentativas de reforma se van a orientar según dos líneas de recomposición.

Una primera tentativa es reconocer el espacio manicomial para hacer de él un medio *“auténticamente médico”*, para quedarse con los *“verdaderos enfermos”*, para darles un trato intensivo, dejando por fuera a los seniles, los indigentes, los delincuentes, señalando *“hay que empezar por disociar, por tanto, la medicina científica de la asistencia, quedándose tan sólo con los verdaderos enfermos”* (Castel; 1980:293). Por lo tanto se busca que la enfermedad mental sea tratada con medios que se aproximen a como sería el tratamiento de cualquier otra enfermedad somática.

La segunda tentativa de recomposición tiende, en contraria con la anterior, a romper la relación de privilegio de la practica psiquiátrica con el espacio hospitalario, señalando *“Ya no se trata de medicalizar el manicomio, sino de evitarlo al intervenir directamente sobre las “superficies de emergencia” de la locura de esas instituciones no sanitarias que son la escuela, el ejercito, la familiar, también se trata menos de actuar sobre el individuo que de modificar*

el medio con programas de higiene que no están necesariamente indexados médicamente”(Castel; 1980:296).

Por lo que se intenta evitar el manicomio transformándose la naturaleza de la intervención, se trata, más que de curar de prevenir, de detectar anomalías, evaluar riesgos. Modificando al medio de vida del individuo con métodos de higiene que serán empleados médicamente. Perfilando un sistema con dos mecanismo de acción, por un lado un trabajo con poblaciones seleccionadas y por otra parte actividades de prevención e inspección.

Castel, considera que las transformaciones que se dan en los años 60, desplazan las intervenciones fuera del manicomio, disolviendo de esta forma el tratamiento moral y su campo de acción, por lo tanto *“el médico ya no será – como en el manicomio- el agente exclusivo, ni siquiera el operador directo de las acciones en las que va a tomar parte. Va a poder aconsejar, inspirar, iluminar al conjunto de los “decisores”, todos aquellos que por función profesional y/o posición de jerarquía social ejercen una acción política respecto a las masas”(1980:290).*

En la actualidad surgen cambios en todos los órdenes, el aumento de las tensiones de la vida cotidiana impactan sobre la salud de la población, por lo que las características de contexto histórico – social son un factor determinante para la promoción de la salud mental.

Se destaca la importancia de la trama social ya que es esta la que determina los juicios de valor que determinan la jerarquías que diferencian a el individuo sano o enfermo, por lo tanto es de relevancia señal *“la expresión social determinada por un complejo atravesamiento de relaciones de saber y poder que se articulan en un momento histórico determinado (Delgado 1998:66).* En conclusión es fundamental tener presente el contexto socio histórico para la creación de políticas dirigidas a salud mental.

Los criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales en la actualidad tienen un punto de referencia básica en común que son el Manual Estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV.

De todas formas es de relevancia las categorías salud y enfermedad mental son “*la expresión de problemas emocionales, cognitivos y de comportamiento como construcciones culturales y sociales, históricamente determinadas*”(2005:20), teniendo una carga valorativa que las definen como normal o patológico dependiendo del contexto histórico en el que se encuentren.

Como cierre del capítulo, es necesario señalar la importancia de sustituir los psicodiagnósticos clásicos por diagnósticos situacionales que permitan evaluar la interacción del paciente en diferentes ámbitos (grupo de pares, laboral, familiar). Reconociendo la interdependencias de los factores (biológicos, sociales, culturales) en el diagnóstico.

Capítulo 2.

Abordaje histórico de la salud mental en la sociedad uruguaya.

En el presente capítulo se presentaran los principales procesos históricos para comprender como ha entendido el Estado uruguayo el abordaje de la salud mental.

En el periodo colonial, los pacientes mentales fueron tratados en Uruguay de la misma forma que en el todo el mundo, como señala Bepali y Pena, *“los etiquetados locos eran marginados de la sociedad, y vagaban por la calles mendigando, siendo a veces recludos en los calabazos del Cabildo donde compartían la reclusión con los presos comunes”*(2000:380).

En 1788 se funda en Montevideo el Hospital de Caridad, Casarotti (2007) señala que uno de sus primeros pacientes fue un enfermo mental. Los pacientes mentales eran tratados como resultado de una acción religiosa y humanitaria, siendo la finalidad de la internación “cuidar” más que curar a los pacientes. A partir de 1817 se crean algunos espacios dedicados específicamente a dichos pacientes.

El primer manicomio del país se crea en 1860, Manicomio Nacional, para cumplir con la atención psiquiátrica de cuatro millones de habitantes, cifra que se duplica en 1880. A partir de 1910 es denominado Hospital de la quinta de Miguel Antonio Vilardebó. Los responsable de la atención fueron hermanas de la caridad inicialmente, y progresivamente médicos orientados hacia el estudio de la alineación mental. El autor Acosta (1999) señala que los tratamientos utilizados fueron el calabozo, el castigo físico y el cepo, considerando a estas como la única vía capaz de devolver la cordura.

Estas organizaciones institucionales con finalidades caritativas serán en el siglo XX medicalizadas. Casarotti señala que la construcción del manicomio fue “uno de los desarrollos del primer proyecto de modernización del país”(2007:154).

La medicalización de la sociedad es entendida como *“los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que*

exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios” (Menéndez apud Mitjavila, 1998:2)

La autora señala que una de las funciones sociales de la medicalización se desarrolla a través de la función normalizadora propia del saber médico por su poder legitimador en función de sus objetos manifiestos (cura real o imaginaria) y de sus bases cognoscitivas (técnico – científicas). Por lo que para ser medicalizado debe ser tipificados en términos de normalidad – anormalidad. Por lo tanto normalizar implica proponer modelos de controlados de conducta frente a la enfermedad, pero también respecto a la salud. Este fenómeno supone la introducción a practicar y entender las relaciones sociales del cuerpo a través de fenómenos médicos (1992).

Se genera el proceso de modernización del estado Uruguayo, entendiendo a este como el proceso respecto a su evolución demográfica, tecnológica política, social y cultural ocurrida entre los años 1860 – 1890, teniendo plena influencia de Europa Capitalista.

A principios del siglo XX se asiente el proceso de modernización del estado uruguayo, Barrán (1992) entiende que este, surgió del agotamiento del viejo Uruguay “comercial, pastoril y caudillesco”, generando un nuevo modelo económico y social que impuso nuevos sentimientos, conductas y valores opuestos a la civilización bárbara.

Algunos hechos significativos que ocurrieron entre esos años que promovieron a un estado moderno son: alambramiento de los campos, instalación de los primeros frigoríficos, incorporación de máquinas a vapor que revolucionó la agricultura, la industria y el transporte de la construcción del ferrocarril, la reforma valeriana en las escuelas, entre otros.

Barrán plantea que hacia el novecientos *“se está en presencia de sentimientos, conductas y valores diferentes a los que habían modelado la vida de los hombres en Uruguay hasta por lo menos 1860 (...) una nueva sensibilidad aparece definitivamente ya instalada en las primeras décadas del siglo XX (...) esta sensibilidad del Novecientos que hemos llamado “civilizada” disciplino a la sociedad”*(1990:11).

Esta nueva sensibilidad denominada por el autor como “civilizada” tuvo gran influencia del pensamiento positivista basado en las ciencias naturales, este se encontraba representado principalmente por la medicina y el progreso económico, simbolizando el estilo de pensamiento que predomina en la construcción de instituciones modernas. Acosta señala que el pensamiento positivista surge *“como respuesta al poder “destructor” de la razón crítica o negativa con la cual se habían orientado los principales líderes de la Revolución Francesa en su tarea de criticar (y destruir) las instituciones del “antiguo régimen”(1999:1).*

Este pensamiento positivista será reflejo de una práctica denominada “higienismo”, surgiendo como una forma de atender la cuestión social, con dicha práctica *“tenemos la difusión de una racionalidad técnica (o instrumental) como una forma de tratamiento de la cuestión social, una vez que deja de ser solamente un problema policial o de orden público”* (Acosta 2004:130). Por lo que se trata de un proceso de secularización de la moral, se toma una moral laica, por lo que la conducción ética de la vida se transforma en una conducción técnica.

La Sensibilidad civilizada se encuentra relacionada con la separación definitiva entre la esfera estatal y la Iglesia, generando la secularización del Estado. La respuesta de la cuestión social con este proceso modernizador, pasa a la esfera estatal.

Entendiendo a la cuestión social como la define Castel (1997), *“una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo en cuestión la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina nación) para existir como un conjunto vinculado por las relaciones de interdependencia”* (1997:20).

Este concepto implica una contradicción insalvable, es el desarrollo capitalista lo que trajo consigo el seguimiento de la cuestión social que se manifiesta en múltiples problemáticas sociales. Es sobre estas problemáticas que actúan las políticas sociales, pues actuar sobre la cuestión social implica ilegítimar el sistema capitalista.

La creación de este nuevo Estado moderno tuvo como principal aliado la medicalización.

En Uruguay este proceso tuvo características distintivas según Barrán (1993:57). : *“Entre 1900 y 1930 la sociedad uruguaya, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó. Esa medicalización sucedió en tres niveles, los cuales no tuvieron la misma profundidad ni ocurrieron con el mismo ritmo histórico: el nivel de la atención, o sea el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad; el nivel de la conversión de la salud como uno de los valores supremos de la sociedad –y hasta, a veces, el único valor–, cambio en la mentalidad colectiva que en parte antecedió a la medicalización; y el nivel de la asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico”.*

En este proceso, Mitjavila sostiene que bajo condiciones de medicalización la normalización sirve de vehículo a las necesidades experimentadas de la sociedad de ejercer control social sobre los individuos en el cuerpo y con el cuerpo. En este sentido retoma a Foucault señalando que para la sociedad capitalista desde comienzos del siglo XIX “el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina la estrategia biopolítica(1992:44).

En referencia a la medicalización Castel plantea *“medicalizar un problema es más desplazarlo que resolverlo, pues no se hace más que autonomizar una de sus dimensiones, trabajarla técnicamente y ocultar así su significación socio política de conjunto para convertirla en pura cuestión técnica dependiendo de las competencias de un especialista neutro”* (1980:211). Es a través de la institución médica, que el hospital psiquiátrico operando con un modelo de aislar de atención, encierra a todos aquellos individuos que por diferentes patologías no son funcionales a los modelos dominantes, interrumpiendo el orden social establecido.

Continuando con lo planteado, Barrán (1992:174) señala que el discurso médico del Novecientos se enmarcó dentro de la construcción del Estado Moderno dado que nació de un proyecto de dominación y disciplinamiento de las clases populares, ya que este poder emanó de la ciencia, del saber, de la única forma cultural que asumió la verdad para el Uruguay del Novecientos.

Los hábitos y las costumbres de la población pasaron a ser objeto de intervención social – médica, El poder médico paso a tener un status privilegiado en la sociedad atravesado por la ideología dominante, como señala Acosta: “dando legitimidad a la intervención social en la vida cotidiana de las clases sociales subalternas”.

En el Novecientos, Barrán señala, *“los psiquiatras hallaron las causas del desorden mental en el avance de la civilización y el urbanismo y sus exigencias desmedidas al hombre, pero también inventaron un loco que era la imagen del burgués puritano invertido, es decir, se identificó a las virtudes y conductas burguesas con la normalidad”*(1995:126)

Los psiquiatras fomentados por el control higienista del estado, tomaron al alcoholismo como la falta de la alimentación adecuada, la sífilis y todos los vicios las causas de las patologías mentales dado explicación a estas en las enfermedades físicas del paciente. Por lo que si la causa mental no era física, el discurso del loco estar carente de significado, *“no había por qué dialogar con él y descifrar sus sentidos ocultos, sino observar su conducta dentro de un panóptico – el Manicomio -, y su cuerpo en el laboratorio”*. (Barrán 1995:130).

El loco por tanto era tomado como objeto de la medicina, donde fue legítimo que el psiquiatra utilizara el cuerpo de los pacientes. Estas personas con patologías mentales eran aisladas de esta forma evitando el contagio, donde el manicomio era el lugar en el que se ejercía la autoridad médico – burguesa como forma de control social de los marginados y rebeldes del sistema a favor de su disciplinamiento.

En los hospitales psiquiátricos, los sujetos sufrieron todo tipo de violencia, la misma era justificada por los médicos. Barrán señala *“allí, todo era posible y la única limitación real del poder era la conciencia del médico”* (1995:35). Los médicos psiquiatras tienen asignados el rol de combate de la locura, por lo que *“debían normalizar al individuo, disciplinar el alma y el cuerpo del mismo con el objetivo de legitimar el orden establecido”* (1995:36).

Galende (1994), señala el medico psiquiatra es un funcionario con el poder de legislar y de policía sobre los sujetos considerados enfermos, el jefe de un asilo deja de tener un rol terapéutico para cumplir como función esencial la de ejercer el control y la custodia de los enfermos. Por lo tanto el psiquiatra como

la institución médica son generadores de un poder específico que traspasa el interior del asilo y los enfermos abarcando a toda la sociedad.

Es a partir de esta época que se comienza a vivir salud e higiene como una especie de simbiosis, con el objeto de crear una nueva cotidianidad por dos ideas claves: la higiene y la prevención de la enfermedad. Barrán señala que el estado incorpora en su poder la esfera de la prevención de la salud, *“tornaría sus mandatos en éticamente legítimos y científicamente razonables, es decir indiscutibles”* (1995:230). Por lo que el higienismo logra consensos obligatorios ya que contaba con la coerción de la ley y la coacción del Estado.

De esta forma, el control higienista del Estado, garantiza las condiciones que facilitarían el proceso cultural entendido como medicalización, tomando como eje principal el cuidado del cuerpo como un bien imponderable.

El Estado Batllista se encuentra fuertemente determinado por la práctica del higienismo y el proceso de medicalización del Uruguay. Se llevaron a cabo una serie de reformas ejecutadas en varias esferas del país. *“Se crean hospitales y la articulación entre el Estado asistencial y la medicalización de la sociedad”* (Acosta 2004:136).

La preocupación del Estado Batllista por el crecimiento económico puso como el énfasis en el trabajo entiendo a este como “símbolo de todas las virtudes” (Barrán 1993:43), considerándolo como fuente de ingreso pero al mismo tiempo sinónimo moralizante de autocontrol y de placer. Por el contrario era considerado la madre de todos los vicios la ociosidad y la holgazanería, vista como una conducta indigna que debía ser condenada y combatida. El trabajo cobra valor prestigioso en la sociedad.

El cuerpo entabla valor en el sentido económico y político, poniéndose énfasis en la vigilancia de la salud de las personas por parte del Estado, buscando un trabajador sano que permita la reproducción del sistema productivo. Barrán señala *“la instancia mayor se estableció en la igualdad salud – trabajo. Los hombres fueron estimados como factores de producción y capital social”* (1992:123).

Es en este periodo que se intenta por primera vez crear un modelo distinto de aislamiento, bajo esta concepción del trabajo. En diciembre de 1912 se crea la

Colonia de Asistencia Psiquiátrica Etchepare, en cercanía de la ciudad de Santa Lucía, dirigida por Santin Carlos Rossi quien inspirado en modelos europeos, específicamente el escocés del “open – door”, adoptándolo al medio local, cuestiona el aislamiento creando un asilo con puertas abiertas que combina la reforma asistencial con la reforma rural plantada por el batllismo.

El “open – door” que se usa para pacientes “tranquilos y crónico” funciona para salir del asilo e ir a trabajar en su jardín o huerta donde debían realizar como parte de sus tratamiento trabajos agrícolas, jardinería, cría de aves, lechería, ect. ; no para abandonar la institución psiquiátrica. Bentura C. y Mitjavila M. (2012:2) señalan que en este contexto *“el trabajo es visto como un elemento terapéutico que va a permitir desarrollar en los pacientes cierto sentido de orden y disciplina, pero siempre pensando en el sujeto institucionalizado. Se trata, en definitiva, de una forma diferente de aislamiento”*.

Los cuestionamientos al modelo manicomial durante la primeras décadas del siglo pasado, hacen referencia al abordaje terapéutico, como a las condiciones de vida e higiene que se observaban en el establecimiento, pero aún no se realiza un cuestionamiento al dispositivo como tal.

Durante los siglos XIX y XX el modelo de atención a la enfermedad mental se caracterizó por estar centrada básicamente en el asilamiento manicomial, encerrando a las personas fuera de su juicio, recluyendo a los enfermos psiquiátricos con la justificación de que sus conductas fueron consideradas desviadas del orden establecido.

En la década del 60, influenciado por los movimientos anti psiquiatría, se comienza a cuestionar el modelo manicomial, criticando la intervención de la “locura”, cuestionando el saber psiquiátrico y sus prácticas.

En 1966, el Dr. Pierre Chanoit, consultor de la O.M.S. realiza un informe sobre la salud mental en Uruguay, realizando una descripción del enfermo mental internado en el Hospital Vilardebó, señalando: *El paciente mental es un estorbo para la sociedad y la atención que de él se realiza se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído de la vista de la población, termina su infeliz existencia. En esta condición no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a sociedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica), y el hecho evidente de*

que la gran mayoría de estos enfermos en estas circunstancias no se cura, han dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables.” (Será preciso intervenir para modificar estas condiciones) ya sea creando nuevos asilos o enfrentándose con el problema”. En esta época la población del hospital contaba 1800 internados,

Este contexto favoreció las críticas al modelo, pero como señalan Bentura. C y Mitjavila M., a pesar de las recomendaciones no hubo modificaciones significativas al respecto, pero la presentación del informe generó las condiciones para la introducción del debate, sobre algo que en esa época prácticamente no se cuestionaba.

En la década del 70 el Hospital Vilardebo no permite el ingreso de nuevos pacientes perseverando como hospital de pacientes crónicos. Se abre en 1983, plena época dictatorial, el Hospital Psiquiátrico Musto ubicado a 14 km del centro de la ciudad, su población objetivo eran paciente de corta estadía, lo cual se fue convirtiendo en un nuevo hospital del estilo de asilar.

En el año 1987 el ingreso de los pacientes a las colonias responde únicamente a las incorporaciones por orden judicial, se incrementan los egresos a través de programas de Asistencia Familiar enviando pacientes a hogares protegidos, instituciones religiosas o a residencias comunitarias.

Con las condiciones de apertura de la democracia, en este contexto de cambio se retoma el cuestionamiento al modelo manicomial.

En 1986 se formula el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Pública, tendiente a modificar las nuevas políticas sociales de atención de personas con patologías psiquiátricas. Aduino, entre otros, señalan *“En las estimulantes condiciones de la apertura democrática de 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”*(2005:129).

En ese mismo año, 1986 el Ministerio de Salud Pública dispone el cierre del Hospital Musto, donde el Hospital Vilardebó quedó establecido como hospital de pacientes agudos a nivel nacional.

El PNSM, se pronuncia a favor del desmantelamiento del modelo aislado, como de crear una nueva modalidad de atención, tomando como eje nuevas consideraciones respecto a la enfermedad mental, incorporando como objetivo la rehabilitación y reinserción comunitaria a las personas que padecen trastornos mentales.

Estas medidas promueven la integración de personas que padecen trastornos mentales a la vida social junto con el resto de la sociedad, por lo tanto deja de tener vigencia la concepción, como señala Gines (2003), de que el enfermo mental es alguien por quien no hay nada que hacer, solo esperar que muera; pasando a concepciones que hacen referencia a la posibilidad de procesos de rehabilitación.

Este programa se adelanta a la Declaración de Caracas que se da en el año 1990, reafirmando los postulados mencionados. Esta se da en la conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud. Ambos documentos pronuncian un avance significativo en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con patologías psiquiátricas.

Por otra parte la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, se planteó como objetivo “salud para todos en el año 2000”, la misma busca dar respuesta a la demanda de una nueva concepción de salud pública a nivel mundial. La misma enfatiza la promoción de la salud, estableciendo la importancia de lograr un estado de bienestar tanto físico como mental y social, distinguiendo a la salud como fuente de riqueza cotidiana.

Para poner en práctica los lineamientos plantados por el Programa Nacional de Salud Mental se debe tener presente tres direcciones de trabajo, estas debían estar ampliamente interconectadas. Arduino, Gines; Porciuncila, señalan a la primera dirección el reconocimiento de la atención primaria de salud como la estrategia principal, en segundo lugar incluir la creación y desarrollo de unidades de salud mental en los hospitales generales, y la tercera crear nuevos

modelos de asistencia a personas que padezcan patologías psiquiátricas como también la reconstrucción de los hospitales psiquiátricos.

Es necesario modificar los dispositivos asilares e ir integrando la atención de la salud mental en los servicios de salud integral, centrado en la comunidad, fortaleciendo los espacios de rehabilitación psicosocial para logara la posibilidad de llevar a delante el plan, logrando la permanecía integrada de las personas con patologías psiquiátricas en la comunidad.

Las autoras Bentura C. y Mitjavila M, planean los siguientes avances desde la publicación del plan. En el año 1996 el hospital Vilardebó es redefinido como hospital de agudos de referencia nacional, abandonado su rol de asilar, reubicando parte de sus internos a las Colonias de Alienados. Se reduce el número de personas que se encuentran institucionalizadas en las Colonias. La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en 1996 pudo desplegar 11 Equipos Comunitarios en Salud Mental en Montevideo y 23 en el resto del territorio nacional, representando un avance fundamental en la descentralización de la salud mental, posibilitando el acceso al sistema asistencial a personas del interior.

Se crean algunos centros de rehabilitación en Montevideo como en el interior, actualmente en la capital existen tres centros de rehabilitación en el sector público y tres centros privados, en el interior existe un centro en algunas capitales pero no en todas; en dichos centros las actividades que se realizan son de tipo recreativo y talleres como plástica, música, cocina, etc.

El proceso de “desinstitucionalización” de las personas con trastornos psiquiátricos fue tardío en nuestro país, pero este no fue aprovechada para gestionar la implementación de recursos comunitarios que permitieran sostener la población que era “liberada” de los centros, por lo cual se podría denominar un proceso de desmanicomialización forzosa.

El momento histórico en que se desarrollan estas transformaciones coincide con un periodo de ajuste estructural en los países de América Latina. Estas medidas de estabilización y ajuste estructural se basaron principalmente en las reformas económicas que consistieron en un paquete de medidas provenientes del “Consenso de Washington” que impulsaron: disciplina fiscal, reforma

tributaria, liberación comercial y financiera, privatización, desregularización y estabilización.

Es un periodo de reorientación de la seguridad social, redefiniendo las políticas sociales subordinándolas a políticas económicas. Di Martino señala: *“estas políticas que contribuyen el pasaje a un régimen de acumulación flexible se presenta habitualmente como un proceso modernizador y democrático, en la medida que valoriza la sociedad civil, liberándola de las limitaciones paternalistas impuestas por el Estado protector. En definitiva, la transferencia a la sociedad civil – y también a las familias- de responsabilidades antes colocadas en acciones estatales, vía fomento de iniciativas autónomas constituye una tendencia socialmente instalada que colabora con la minimización y despolitización de las demandas y luchas democráticas”* (2003:59).

Los espacios de socialización han sufrido transformaciones, principalmente en la familia, y es sobre esta que recae la responsabilidad por la protección y servicios sociales de los que anteriormente se hacía cargo el estado de bienestar. Di Martino (2003), plantea que la crisis del estado de bienestar requiere una solución familiar, reduciendo la dependencia de servicios colectivos, aumentar la autonomía familiar y personal, para lograr enfrentar problemas asociados a estas transformaciones.

La recuperación social del paciente psiquiátrico, como señala De León y Fernández (1996:161), no se logra exclusivamente con voluntades y decisiones políticas, como fue realizado en la época del 90, con el proceso denominado “desmanicomialización forzosa”, trasladando a los pacientes a la reinserción familiar forzada sin una adecuada preparación a las familias ni a los pacientes.

La agenda política de los últimos años redefinió las políticas o lineamientos para la salud involucrando en este proceso a la salud mental. Este proceso comienza con la asunción del gobierno del Frente Amplio, iniciando un proceso de reformas sanitarias sin antecedentes en nuestro país.

Dicha reforma entró en vigencia el 1 de enero de 2008. Esta se propone universalizar el acceso a la salud, privilegiando la atención integral, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) tiene como premisa que los usuarios aporten al seguro según sus ingresos y reciban atención según sus

necesidades, financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), siendo sus recursos los aportes obligatorios.

Es un modelo basado en la Atención Primaria de Salud, con una fuerte presencia en este, promoviendo políticas de promoción y prevención en salud. Con esta reforma se crean en el año 2008 la Dirección de Salud Mental de A.S.S.E. la misma incluye tres Unidades Ejecutoras: dos vinculadas a la atención de pacientes agudos y crónicos reagudizados; el Hospital Vilardebó y el Portal Amarillo y una vinculada a la atención, contención y amparo de pacientes crónicos: las Colonias Etchepare y Santin Carlos Rossi. Se activa una red de atención en primer y segundo nivel de atención, con 45 equipos interdisciplinarios en salud mental, como también referentes en todo el país.

Se establece a través de la ley 18.2111 en el artículo 45, que las entidades tanto públicas como privadas que integran el SNIS están obligadas a brindar a los usuarios los programas integrales de prestaciones incluyendo el programa de salud mental.

En agosto de 2011 se elabora el Plan Nacional de Salud Mental enmarcado en el Departamento de Estrategia en Salud. En el mismo promueve políticas de rehabilitación de los pacientes, evitando el modelo hospitalario.

Proceso de desinstitucionalización” en Uruguay.

Comienza a formularse un sistema de atención que promueve limitar la permanencia de la internación, en lugar de la institucionalización por tiempo prolongado de las personas con patológicas psiquiátricas. Sin embargo las autoras Bentura C. y Mitjaviala M. señalan que *“el hospital permanece en el imaginario colectivo como el lugar natural para las personas que no encajan en los parámetros de la normalidad, sin que al mismo tiempo, se disponga en el afuera de un lugar que les permita integrarse con los normales”*.

Los espacios de rehabilitación con los que se cuentan no son diversos por lo que no contemplan los diferentes grados de autonomía de las personas que finalmente los habiliten para una vida “normalizada”.

En la sociedad no se ha superado la mirada estigmatizada que generan las personas etiquetados como pacientes psiquiátricos, entendiendo el concepto de estigma como lo define Goffman *“atributo especial que produce en los demás un descredito amplio”* (1986:12).

Las personas con patologías psiquiátricas portan esta etiqueta que define su identidad dentro de una comunidad, enfrentando no solo las dificultades propias del padecimiento sino también el peso que la sociedad le ha colocado afectando sus posibilidades de inclusión social, significando una forma diferente de encierro.

Desde el discurso asistencial se les exige a los sujetos la integración a la vida socio comunitaria, la autora Bentura C. señala que a las personas *“se los confina a circuitos habilitados para personas portadoras de “trastornos mentales”, donde lo que allí ocurre no resulta ser relevante para la sociedad en general, confirmando a la persona, en los hechos, su identidad para el mundo y dejando para el como único elemento de identificación su categorización como “paciente psiquiátrico”.*(‘¿¿:55)

Goffman entiende que *“el individuo estigmatizado tiende a sostener las mismas creencias sobre la identidad que nosotros; esto es un hecho fundamental. La sensación de ser una “persona normal”, un ser humano como cualquier otro, un individuo que, por consiguiente, merece una oportunidad justa iniciarse en alguna actividad, puede ser uno de sus más profundos sentimientos acerca de su identidad”* (1986:17). En relación a lo planteado Muñoz (2006), señala que las personas con enfermedad mental viven con gran intensidad el rechazo social que los lleva a extender el aislamiento y la desesperanza.

En definitiva, el rasgo central que caracteriza la situación de estos individuos estigmatizados es el sentimiento de inferioridad que estos tienen, no contando con total aceptación del resto de la sociedad. El estigma por tanto es un producto interpersonal que deriva de las relaciones sociales (el cómo nos ven) y no de un atributo personal.

Las personas con patologías psiquiátricas circulan permanentemente por el hospital reintegrándose en forma sistemática, las autoras Bentura C. y Mitjavila señala a esto como resultado de la *“frecuente conversión de la experiencia de*

la enfermedad y el contexto hospitalario en las principales referencias a partir de las cuales el sujeto construye su identidad”.

Las propuestas que ofrecen los distintos centros de rehabilitación en nuestro país no varían, son básicamente centros diurnos de talleres protegidos de plástica, expresión corporal, cocina, talleres cognitivo conductuales; proponiéndose actividades que no son socialmente valoradas asociadas a espacios lúdicos, no son en general actividades de tipo productivo.

Estos centros son considerados por muchos usuarios, familiares y técnicos como espacios que los mantienen ocupados, tratándose del único espacio donde puede realizar alguna actividad fuera de su casa. Las autoras Bentura C. y Mitjavila M. señalan que no tiene una propuesta progresiva que finalice con la recuperación de las personas de funciones sociales valoradas.

Dimensión laboral en el ámbito de la salud mental.

La dimensión laboral implica entenderla como un lugar en el mundo, una forma de integración en la sociedad. Es necesario retomar los aportes de Durkheim (1973), denominando la existencia de dos tipos de solidaridades: sociedades de solidaridad mecánica o por similitudes y sociedades de solidaridad derivada de la división del trabajo u orgánica.

La sociedad actual se caracteriza por el tipo de solidaridad orgánica, en donde cada individuo luego del proceso de división social del trabajo aporta al todo desde su lugar. Este proceso trae aparejado el surgimiento de individuo, estos comienzan a especializarse en diversas tareas, lo que lleva a la complementariedad y necesidad unos de los otros.

Esta división del trabajo llegó a que individuos ingresen al mercado laboral, condición esencial para la subsistencia y reproducción del sistema capitalista. Los sujetos que no logran dicho ingreso son los denominados por el autor Castel (1997) “desafiliados”.

La dimensión laboral implica: *“un soporte privilegiado de inscripción en la estructura social”*(2006:15), planteando 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 de los sistemas de protección, estos son los que cubren al individuo antes los riesgos de su existencia. Por lo tanto *“la ausencia de alguna actividad productiva y el aislamiento relacional conjugan sus efectos negativos para producir exclusión”* (2006:15).

El empleo remunerado favorece el establecimiento de redes de sociabilidad, de contactos impersonales, estableciendo un factor normalizador del individuo. El obtener un ingreso económico mejora las condiciones materiales, pero también constituye un elemento fundamental para la recuperación de los pacientes psiquiátricos a través de otros aspectos como el consumo. Saavedra Macinas señala, *“el consumo es una de las actividades normalizadoras para las personas que padecen trastornos mentales graves. Una persona sin mínima capacidad de consumo no puede integrarse plenamente”* (2011:134).

La participación en el mercado laboral significa un espacio de integración real para los pacientes con patologías psiquiátricas. Las autoras Bentua C, Mitjavila M, señalan *“la imposibilidad de esta los deja solo con la opción de transitar por circuitos que están solo destinado a ellos y donde solo interactúan con pacientes psiquiátricos”*. Por lo que los procesos de desmanicomialización no significan solamente dejar de internar, se pueden generar nuevas formas de encierro más allá de los muro, *“simulando una integración que no existe y generando mayor frustración en las personas a la que se les plantea la necesidad de que se integren, busquen trabajo y vivan de una manera autónoma”*.

En la recuperación de las personas que padecen patologías psiquiátricas es fundamental la dimensión laboral, esta es considerado una fuerza socialmente integradora, pero la realidad es la gran mayoría de estas personas son excluidas del mundo laboral. Saaverdra señala que *“el empleo puede servir como un elemento normalizador para los individuos estigmatizados por su enfermedad mental que están desempleados y han perdido los roles correspondientes”* (2011:132). El trabajo genera estructuras diarias que logran desarrollar una red social de contactos interpersonales.

El rol laboral pondera la construcción de una identidad coherente y socialmente aceptada como lo señalan Lysake y Fance (1999). Los problemas cognitivos no son los únicos desafíos que deben atravesar los pacientes para lograr una vida laboral. La construcción de identidad que hay en ellos impide que se puedan activar planes de acción significativamente estables, y estos son imprescindibles para el plano laboral.

Reflexiones finales.

En el desarrollo de este trabajo monográfico se intentó realizar un recorrido histórico de cómo ha sido el abordaje de la salud mental por las diversas concepciones de salud/enfermedad durante el transcurso de la humanidad y en particular el caso de Uruguay.

La concepción de la locura hasta el siglo XVI estuvo asociada a causas sobrenaturales relacionado con lo demoniaco, externa a la personas y peligroso. En la modernidad y el surgimiento del capitalismo la enfermedad mental se comienza a vincular con un origen físico.

Las concepciones de salud enfermedad mental en los siglos XVIII y XIX son influenciadas por la ciencia y la razón, considerando al enfermo mental como un disturbio social, ya que la pérdida de razón no permitía la adaptación a los valores impuestos por la sociedad burguesa.

En este contexto se da el surgimiento del hospital psiquiátrico, con el respetivo proceso de medicalización y disciplinamiento de la sociedad, legitimado por el sistema capitalista como un dispositivo de control de la sociedad adaptándolos al nuevo orden establecido, justificando el encierro como forma de tratamiento.

En el caso de Uruguay no es ajeno a estos procesos. En el 900 se da la transición a lo que Barrán denomina como sensibilidad civilizada, por lo que el enfermo mental pasó de deambular por las calles a la internación en hospitales psiquiátricos. Durante más de un siglo el estado uruguayo ofreció como única alternativa al tratamiento psiquiátrico internaciones en manicomios en condiciones lamentables.

A comienzos del siglo XX se caracterizó por la influencia del psicoanálisis y la llegada de la psicofarmacología, cambiando las concepciones de salud / enfermedad mental entendiéndola en relación a los aspectos psicológicos y sociales no solo a los biológicos.

En la década de los 60 surge en países europeos con un alto desarrollo capitalista, el movimiento anti psiquiatría cuestionando el modelo aislar. Proclamando nuevas formas de entender la salud mental, proponiendo

alternativas de sustitución al modelo manicomial centradas en la familia y en la comunidad.

En nuestro país fueron aplicadas posterior a la apertura de la dictadura, donde este movimiento convivió con la presencia de los manicomios, ya que tales transformaciones no han sido radicales no pudiendo cambiar el modelo hegemónico y legitimado de concebir la salud mental.

Influenciado por dicho movimiento en 1986 se crea el Programa Nacional de Salud Mental, el mismo promovió la prevención y promoción de la salud mental en el primer nivel de atención llevado a cabo por equipos interdisciplinarios especializados en la temática. Este plan no pudo ser aplicado hasta 10 años después de su elaboración.

Se destaca la importancia del mismo ya que contribuyó a un intento de cambio de concepción a la atención en salud mental, promoviendo la creación de centros de rehabilitación extra-hospitalarios contribuyendo a la disminución de personas internadas en hospitales psiquiátricos.

En los 90, las medidas de ajuste estructural de nuestro país promovieron el proceso denominado “desmanicomialización forzosa” generando la reclusión prolongada de pacientes en las Colonias, y la reinserción familiar forzosa de pacientes sin brindar la preparación adecuada.

Los lineamientos de salud en general son nuevamente tomados en la agenda política con la asunción en el año 2005 del gobierno del Frente Amplio. Se inicia en el 2011 una reforma sanitaria creando el Sistema Nacional Integrado de Salud, promoviendo la promoción y prevención en el primer nivel de atención como también se fortalece la intervención en la rehabilitación para la atención de patologías psiquiátricas.

En la actualidad los centros de rehabilitación con los que se cuenta no son variados por lo que no contemplan las necesidades específicas de cada patología.

La recuperación de personas con patologías psiquiátricas implica en primera instancia abandonar la idea de insuperable, integrando los factores biológicos y psicológicos a un contexto social, cultural, económico y político determinantes de la enfermedad mental. Realizar un esfuerzo como sociedad en lograr

comprender y aceptar la enfermedad como tal. La recuperación significa como define Saavedra *“ir mas allá de la identidad como enfermo y reivindica el reconocimiento de otras dimensiones de la identidad”*(2011:13). Supone pasar del aislamiento a la participación activa de la vida necesitando del apoyo de relaciones sociales.

Es de relevancia definir la concepción de la profesión trabajo social como un producto socio histórico, determinando la intervención en el área de salud mental, la autora Claramunt entiende que *“el Trabajo Social se encuentra atravesado y determinado por el contexto macrosocial e institucional en el que se inscribe”*.(2009:92).

Desde el trabajo social la intervención en los problemas sociales es parte de sus objetivos fundamentales como profesión, esta se realiza tanto a nivel disciplinario como interdisciplinario. El termino intervención Carmen Terra lo define como *“el conjunto de los objetivos y procedimientos puestos en práctica por los diferentes actores sociales en un determinado escenario, a fin de relacionarse e interactuar, incidiendo en la construcción y transformación de la sociedad”* (2011: 125).

En el campo de la salud mental desde su surgimiento la intervención del Trabajo Social se tornó una especialización para la profesión. Amico (2005) señala que este posicionamiento demandó la ultimación de saberes y métodos asociados a la psicológica-psiquiatría, patologizando las relaciones socio familiares de las personas con trastorno mental.

Según Pereira, I.: *“El servicio social en su historia en el área de salud mental ha pasado por diversas formas y modelos de intervención. La actuación del servicio social en hospitales psiquiátricos sufre alteraciones importantes debido a la apropiación por parte del profesional de nuevos estudios e intervenciones surgidos en el campo psicosocial y en razón también de reformulaciones y cambios generales al interior de la profesión”*. (1992: 250).

La intervención histórica en salud mental referente a lo social Carbella entiende que se encuentra marcada por una tradición normativa *“relacionada con la problemática de la integración como forma de mantener el orden y la cohesión de la sociedad, a través de dispositivos de disciplinamiento que se aplican mediante prácticas e instituciones”*. (2002: 91-92).

El trabajo social en el ámbito de salud mental le cuesta romper con la marca humanitaria, esto se debe *“no por un problema endógeno de la profesión sino por determinantes estructurales de la propia lógica de las políticas diseñadas para operar en el sector y de las instituciones de salud mental”* (2005:95)

En la actualidad, el trabajo social se enfrenta a nuevos desafíos que implican rupturas con respecto a las prácticas tradicionales exigiendo a la profesión una formación calificada cultural, política y teóricamente. Amico (2005) señala que la intervención de los profesionales debe estar justificada en un marco referencial y sostener una perspectiva teórica metodológica crítica basada en la investigación, análisis y estudio de la situación familiar. Por lo que la intervención en el campo de la salud mental debe tender a ser generador de redes de solidaridad y reforzar los vínculos sociales, construyendo alternativas.

El prejuicio de peligrosidad continua vigente en las normativas jurídicas fomentando el dispositivo psiquiátrico, por lo que se “encierra preventivamente” evitando que atente contra el o los otros. Como profesionales estamos obligados a romper con dicho prejuicio.

Por lo tanto debemos trabajar conjuntamente para lograr un proceso de rehabilitación como plantea la autora Becarra (2008), trabajar junto con el paciente y la familia para lograr satisfacer tres necesidades básicas de todo ser humana: un lugar donde vivir, alguien que se preocupe por su bien estar y un trabajo que desempeñar. La participación de las personas con patologías psiquiátricas es fundamental para poder cumplir con el proceso de integración real. Teniendo en cuenta que el trabajo es la vía de reconocimiento social implicando pertenencia social y realización humana.

Bibliografía:

- Abraham, Ana; Bernal Silvia; Rodriguez Carmen. “La función social de la locura: mirada desde el poder. Capítulo De la locura y la marginación social”. Editorial Espacio. Buenos Aires. 1998.
- Acosta, Luis. “Consideraciones sobre la historia del Servicio Social”. En Revista Temas de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo. 1999.
- Amico, Lucía del Carmen. La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo Social en alternativas de atención. Editorial Espacio. Buenos Aires 2005.
- Arduino, M. Gines, A, Porciuncula, H. El plan de salud Mental: Veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. En: Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 69 N°2. Montevideo.
- Barrán, J. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. “El poder de curar”. Tomo I. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo. 1992.
- Barrán. J. Historia de la sensibilidad en el Uruguay del Novecientos. “La ortopedia de los pobres”. Tomo II. Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán. J. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. “La intervención del cuerpo”. Tomo III. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo 1995.
- Basaglia, Franco. La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio. Editorial Topía. Buenos Aires. 2008
- Bentham, Jeremías. El panóptico. Ediciones La Piqueta. 2° Edición. Madrid 1989.
- Bentura, C. Mitjavila, M. Sobre los dispositivos post- manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya. 2012
- Bespali. Y. De Pena, M. “La evolución de los derechos de los enfermos psiquiátricos en Uruguay (primera parte)”. En: Revista de psiquiatría del Uruguay. Volumen 64. N° 3. Montevideo, diciembre 2000.

- Carballeda. A. “Lo social y la salud mental: algunas cuestiones preliminares”. s/e. Universidad de la Plata. 2004.
- Casarotti, Humberto. “Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en Uruguay” En: Revista de psiquiatría del Uruguay. Volumen 71 N °2. Montevideo, diciembre 2002.
- Castel, R. “El orden psiquiátrico”, Ediciones la Piqueta. Madrid. 1980.
- CASTEL, R. *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Bs. As.: Ed. Paidós, 2006.
- Castel, Robert (1997) “La metamorfosis de la cuestión social” Ed. Paidós
- Castel. Robert. Los crímenes de la paz. Capítulo La contradicción psiquiátrica” Editorial Siglo XXI. México 1981.
- Claramunt Abbate, Adela.: El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones :hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad . Fronteras No 5, mayo 2009. -- p. 91-104
- DE MARTINO, M, *Perspectivas Teórico- Metodológicas para el análisis de la intervención técnica en procesos familiares*. Documentos de Trabajo N° 20 DTS UDELAR. 2001
- Delgado, Liliana. Huleche, Ana Maria. La función social de la locura: una mirada desde el poder. Editorial Espacio. Capítulo: Soy y no quiero ser. Buenos Aires. 1998.
- Durkheim, E. (1973). “De la división del trabajo social”. Editorial talleres gráficos. América Lee. Buenos Aires. Argentina.
- Fernández Castrillo, Beatriz (2009). Complejidad Social y Salud Mental, Montevideo, ED CSIC; Universidad de la Republica.
- Fernandez Castrillo, Beatriz. Vol. 7, Núm. 2 (2012) – Artículo. Salud mental: un concepto polisémico. REVISTA URUGUAYA DE ENFERMERIA. Publicación oficial de Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. República Oriental del Uruguay.

- Foucault, Michel. La vida de los hombres infames. Editorial “ La Piqueta”. Madrid. 1990.
- Foucault. M. “Los crímenes de la paz”. Capítulo 1: La casa de la locura. Editorial Siglo XXI. México, 1981.
- Galende, Emilio. Psicoanálisis y salud mental; para una crítica de la razón psiquiátrica. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1990.
- Goffman, Erving: Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1984.
- Goffman. E. (1986) “Estigma: la identidad deteriorada”. Amorrortu Ediciones. Buenos Aires.
- Malvarez Silvina. Salud mental y fin de siglo. Aportes para el analisis estrategico, 1966
- Menéndez, M. CESARONI, Estela “La práctica profesional en un sector del Hospital Dr. A. Korn: un intento de análisis” Documento. La Plata 1997.
- Mitjaviła, M. “Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización”. En: Cuadernos del CLAEH. Revista uruguaya de Ciencias Sociales. Año XVII N°62. Montevideo. 1992
- Portillo, J. “*La medicina: el imperio de lo efímero*” En “*La medicalización de la Sociedad*” Nordan-Comunidad Editorial. Uruguay, 1993.
- Programa Nacional de Salud Mental. Coordinadora de psicólogos de Uruguay. Montevideo. Setiembre 1986.
- Programa Nacional de Salud Mental. Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Programa Nacional de Salud Mental. M.S.P. Montevideo, Agosto 2011.
- Rebellato, José Luis y Gimenez, Luis (2000). “*Ética de la Liberación*” Ed. Nordan - Comunidad, Montevideo, Uruguay.
- SAAVEDRA MACIAS, FJ. *Como encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves.* Historia Ciencia y Saude – Manguinhas, Rio de Janeiro.(pp121 – 139),2011.

- Sautu R. (2006) “Enseñar metodología en un curso virtual para América Latina”. Asamblea General de CLACSO y Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales, Río de Janeiro, Brasil.
- Sautu, R. (2003) Todo es Teoría: Objetivos y Métodos de Investigación, Buenos Aires: Lumière.
- Sautu, R., P. Boniolo, P. Dalle y R. Elbert, (2005) Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología, Editado por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
- Sierra, H; “Salud mental y fin del siglo”. Conferencia dictada el 27 de setiembre de 1998 en Rafaela, Argentina. Transcripción literal.
- Szasz. T. “El mito de la enfermedad mental”. Barcelona: Círculo de lectores. 1999.
- Techara. A. Borges. B. “La sociedad del olvido”. Un ensayo sobre salud mental y sus instituciones en Uruguay. CSIC. Universidad de la Republica. 2009.
- Terra, Carmen: Elementos de una ética profesional del trabajo social . Fronteras No 4, setiembre 2001.
- Torres, A. “Locura, Esquizofrenia y Sociedad. Reflexiones. ”En: Revista Neurológica, Neurocirugía y Psiquiatría. México, 2002.
- Vergara, M. “Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad”. Revista Hacia la Promoción de la Salud. Volumen12.2007.