



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRABAJO FINAL DE GRADO

De la Enfermedad Mental a la Salud Mental: Un recorrido historizante sobre la locura en nuestro país.

Virginia Aldasoro De Paula

C.I.: 4.473.769-3

Tutoría: Mag.Psic.Cecilia Baroni

Montevideo, Uruguay, 30 de octubre 2017

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Conceptualizaciones de la locura a través de la historia.....	5
a. Edad Media.....	7
b. Edad Moderna y Posmodernidad.....	8
i. Antipsiquiatría: Revolución Antimanicomial.....	12
4. Recorrido histórico de la Salud Mental en Uruguay.....	17
a. Etapa del encierro: Construcción del Hospital Vilardebó y de las Colonias.....	18
b. Ley 9.581: Ley del Psicópata.....	20
c. Etapa del olvido: del 85 en adelante.....	24
d. Ley 19.529: Salud Mental.....	26
e. Análisis comparativo de la Ley 9.581 y Ley 19.529.....	30
Conclusiones.....	34
Bibliografía.....	38

Resumen.

El presente trabajo tiene como objetivo central poder elaborar un recorrido histórico en relación a la locura, los distintos modelos de concebirla, su abordaje, la figura o ausencia de colectivos sociales y el marco legal presente en cada etapa.

En un primer momento, profundizaré en la historia de la locura desde sus inicios haciendo un recorrido por las época media y moderna hasta llegar al tiempo presente. Dicho recorrido dará cuenta de la formación de subjetividades en torno a la locura de acuerdo a las creencias, modelos económicos y los cambios en los modos de producción los cuales se relacionaban estrechamente con la producción de subjetividad de los individuos. De esta forma, tomar dicha información como insumo de articulación para comprender la construcción de los modelos hoy presentes en Uruguay, el contexto jurídico y social para poder construir la historia por detrás de la Ley de Salud Mental.

En segundo lugar, conocer las diferentes corrientes que rompen con el modelo manicomial y proponen una mirada crítica y activa citando algunos autores de los denominados movimientos anti manicomiales y/o anti psiquiatría.

En tercer lugar, de la misma forma que en el primer punto, se realizará un recorrido histórico centrándonos en nuestro país, con el fin de poder pensar cómo se ha consolidado nuestra historia de país en relación a los modelos de concebir y abordar la locura en Uruguay de acuerdo a las experiencias que han transitado otros países de la región o Europa. Finalmente, tomaremos la antigua Ley del Psicópata (1936) y la recientemente aprobada Ley 19.529 Salud Mental en clave de Derechos Humanos (2017) con el fin de analizar las diferentes propuestas entendiendo el contexto que le precede de forma de poder pensar en los cambios y en los deberes que aún se presentan.

Por último y a nivel de conclusiones, se presenta un análisis global de la información en la presente monografía con el fin de presentar interrogantes en relación al camino que emprenderemos como sociedad de aquí al 2025 instaurando en la práctica el cambio de paradigma y dando inicio a una nueva forma de concebir el cuidado y promoción de la salud mental.

Palabras claves: locura, salud mental, institucionalización, exclusión, antimanicomial, autonomía.

Introducción.

El presente trabajo de carácter monográfico se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Para hablar de salud mental tanto en nuestro país como en el mundo, es necesario realizar un recorrido histórico para comprender cuál es la historia detrás de determinados hechos sociales, instituciones, subjetividades para tomar como insumo para comprender nuestro momento actual. El propósito es poder visualizar primero en términos generales los modelos de concebir y abordar la locura para luego introducirnos en nuestro país para pensar cómo nuestra sociedad ha resuelto el problema, en este caso, de cómo abordar lo que podemos denominar como padecimiento psíquico.

Asimismo, será utilizado el término “locura” tomándolo como forma de expresión transversal a las épocas históricas y al mismo tiempo visualizando como los modelos de concebir han formulado terminología específica de acuerdo a la concepción en cada época. Dicha terminología, dará cuenta de las subjetividades, de las concepciones sociales y por ende del abordaje que lo caracterizará cada época.

A partir de la aprobación de la Ley de Salud Mental en setiembre del 2017, Uruguay ha logrado actualizarse en esta materia (aún con las discrepancias que la misma ley mantiene al no incorporar sugerencias de los organismos internacionales, tema que profundizaremos en el apartado de la Ley 19.529) y ponerse a la altura de lo que está aconteciendo a nivel regional dada la ley aprobado en el 2010 en Argentina y en el 2001 en Brasil.

En este marco, el objetivo central del presente trabajo es poder lograr un análisis histórico sobre las concepciones de concebir y abordar la locura para poder comprender las condiciones de producción en Uruguay. Por tal razón propongo conocer los modelos de concepción y abordaje de la locura tomando algunos autores que han profundizado en este aspecto para luego poder interiorizarnos en cómo se ha tratado este tema en Uruguay. De este modo, poder comprender de qué manera, como país, hemos abordado la temática y como se origina la recientemente aprobada Ley de Salud Mental. Asimismo, poder conocer los diferentes actores que han sido precursores de los cambios, sobre todo logrando acercar a la población con la temática buscando generar un cambio colectivo partícipe en las discusiones en torno a la temática de Salud Mental. Por último, realizar un análisis comparativo entre la Ley del psicópata (1936) y la recientemente promulgación Ley 19.529 Salud Mental (2017).

Conceptualizaciones de la locura a través de la historia.

Pretender abordar la temática de la locura en nuestro tiempo actual nos obliga desde la ética psicológica y desde el entendido de sujetos como sujetos bio-psico-sociales a conocer la historia de lo que entendemos por locura en cada época histórica. Dicha historia representa el antepasado de nuestra situación actual y por sobre todo poder pensar no sólo las prácticas, las instituciones y las políticas públicas sino también las subjetividades y el contexto social en el cual se desarrollan. Pensar en el hoy es una construcción a partir de las experiencias y creencias de otros tiempos que nos permiten conocer la historia de la locura.

Antes de adentrarnos en la historización en sí misma, considero oportuno tomar algunos aportes en relación al concepto de cultura y estigma. Entendiendo que dichas conceptualizaciones deben ser consideradas a lo largo del recorrido histórico en relación al tratamiento de la locura y de cómo se relacionan las producciones de subjetividad con el desarrollo de las prácticas y de la construcción social y jurídica en torno a la temática.

Existen muchos autores que han profundizado en el análisis de lo que es la cultura, su construcción y la formación de subjetividades. Su definición ha ido mutando a lo largo de la historia. Desde la época del Iluminismo, la cultura ha sido asociada a la civilización y al progreso. Durante todo el análisis de la historia de la humanidad en sociedad podemos entender la cultura como un tejido social compuesto por aspectos que representan y definen una sociedad determinada. Conjunto de valores, creencias y normas que establece una población de acuerdo a varios factores que inciden en dicha formación subjetiva. Es importante tener presente este aspecto fundamental de la cultura para comprender el desarrollo histórico de lo que refiere a la concepción de la locura y comprender las prácticas y/o subjetividades que propiciaron en cada época la forma de concebir la locura por parte de los individuos. Foucault presenta la cultura como un modo de organización jerárquica de valores que incluye y excluye al mismo tiempo ya que presenta valores, normas y costumbres que deben ser tomadas por los individuos que la componen (Foucault, 1966). Asimismo, se refiere al saber cómo el discurso que un grupo social comparte y define como verdad. Esta verdad define lo que es normal y lo que no, lo patológico y define conceptos a partir de los opuestos (Foucault, 1966). El saber disciplinador comienza a instaurarse y de esta forma comienzan a elaborarse manuales de diagnóstico que definen lo patológico y la enfermedad mental. Este análisis da origen a lo que definió Foucault como proceso de normalización caracterizado por las prácticas que ejerce una cultura a sus individuos considerados anormales con el fin de normalizarlos, que sean comunes al resto (Foucault, 1969).

Una vez introducido el concepto de cultura considero oportuno tomar algunas palabras de

Erving Goffman, sociólogo canadiense, en relación al estigma. Entiendo relevante presentar el concepto ya que el mismo será mencionado en las siguientes páginas en alusión al tratamiento de la locura y de la respuesta que se ha generado para con el denominado loco. Goffman define al estigma como: “(...) estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador” (Goffman, 1963, p.5). De acuerdo a sus teorizaciones, el estigma es la expresión utilizada para denominar a alguien que posee determinado atributo o comportamiento que lo ubica en determinado grupo social y que es discriminado por quienes no conforman dicho grupo. De esta forma define tres tipos de estigma, aquellos relacionados con deformaciones físicas, lo relacionado con la personalidad de los individuos y por último la pertenencia a grupos étnicos, religiosos o raza (Goffman, 1963). En la estigmatización se presentan aquellos que estigmatizan y aquellos estigmatizados entendiendo que en esta relación la cultura y las creencias sociales tienen que ver en su origen y en la reproducción de prácticas que la consolidan. La desacreditación de individuos genera separación entre los mismos, entre los supuestos normales y los que no, generando discriminación fomentando la individualidad. Muchas veces esta estigmatización se genera como una respuesta rápida a los sentimientos de miedo y desconcierto ante una situación desconocida y en otras oportunidades como forma de regular las relaciones sociales y mantener el control social. El estigma y la locura se encuentran al día de hoy muy enlazados ya que la denominación loco y enfermo mental ha tenido siempre connotaciones desacreditantes y han construido un imaginario social que asocia la peligrosidad, pérdida de facultades e irrecuperabilidad de la autonomía de los individuos que han padecido sufrimiento psíquico en alguna instancia de su vida. Ahora si, nos adentraremos propiamente a conocer las conceptualizaciones en torno a la locura.

Remitiéndose a los orígenes de la humanidad, encontramos valiosos aportes en relación a las primeras formas de interpretar la vida y en particular la locura. A continuación, se presenta un cuadro comparativo que pone en manifiesto aspectos de la Edad Media, Moderna y Posmodernidad con el fin de visualizar en cada época y contexto social la concepción y abordaje en relación a la locura. Al mismo tiempo, en el pasaje de la modernidad a posmodernidad veremos cómo se solapan los modelos de concepción y las prácticas con el surgimiento de corrientes revolucionarias y opositoras. Asimismo, visualizar la producción de subjetividad en tanto relación de poder-saber-sujeto por lo que qué el sujeto se produce en relación a las prácticas de poder y saber.

EPOCA HISTÓRICA	CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL	TERMINOLOGIA	CONCEPCION LOCURA	ABORDAJE
Edad Media Siglo V - XV	<ul style="list-style-type: none"> - Feudalismo. - Clero. - Teocentrismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Loco - Lunático - Alienado. demente 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicaciones divinas. - Sobrenatural. - Posesión maligna. - Brujería. - Lunático. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asilos/leprarios - Exclusión: destierro, nave de los locos. - Castigos
Edad Moderna Siglo XV-XVIII	<ul style="list-style-type: none"> - Renacimiento. - Positivismo. - Desarrollo de las ciencias. - Industrialización. - Razón y pensamiento crítico. - Empirismo. - Desarrollo del saber disciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermo mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad mental. - Peligrosidad. - Improductividad. - Peso social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encierro. - Abusos físicos/psíquicos. - Médico, Psiquiatría. - TEC. - Medicalización.
Edad Contemporánea Siglo XVIII – XX	<ul style="list-style-type: none"> - Crisis del pensamiento. - Capitalismo Neoliberalismo. - Declaración de los DDHH. - Crisis/Luchas sociales. - Normalización y Disciplinamiento (Foucault). 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermo mental. - Trastorno mental. 	<ul style="list-style-type: none"> Comienzan a gestarse nuevas formas de concebir la locura. - Movimiento antipsiquiatría - Sufrimiento psíquico. - Sujeto bio-psico-social. - Rehabilitación psico-social. - Salud Mental. 	<ul style="list-style-type: none"> Si bien se mantienen las estructuras de encierro, comienzan a implementarse cambios. - Proyectos alternativos a la internación. - Centros diurnos - Hogares medio camino. - Potenciar primer nivel de atención en salud.
Posmodernidad Siglo XX	control		Farmacología	

Edad Media

La Edad Media se caracterizó por ubicar los temas referentes a la locura como una cuestión sobrenatural, posesión maligna y brujería. Uno de los principales influenciadores en lo que concierne al pensamiento social de la época fue sin duda la iglesia católica la cual buscaba formular una explicación para cada hecho que ocupaba al ser humano. “El demente encarna la caída, padece por su causa, lleva en sí mismo el castigo infligido a todos. Habitado por Satán, sería el chivo expiatorio” (Heers, 1988, p.124). El loco partícipe de una sociedad caracterizado por las contradicciones, por un lado, era el mártir de castigos de orden divino que se enviaban a determinados individuos, pero responsabilizados de los pecados de la sociedad, “(...) se considera que el loco no está sometido a los instintos, los apetitos y las pasiones que dominan a

los demás seres humanos. La “locura” de los cuerdos –excesos, vicios, manías, ridiculeces– es más grave que la de los dementes porque atenta contra Dios” (Peñalta,2008, p.128).

Al loco se lo ubicaba en un umbral entre lo terrenal y celestial atribuyéndole un sinfín de interpretaciones establecidas por quienes definían lo que era normal y correcto. De esta manera se formularon explicaciones basadas en creencias divinas no solo para poder justificar y dar respuesta a una situación desconocida y/o inentendible sino también para poder mantener a la sociedad dependiente de los saberes religiosos como institución de conocimiento. A partir de estas consideraciones, el loco era un ser que transitaba por la vida como depósito de supersticiones, miedos, ambigüedad, objeto de burla y hasta entretenimiento de las clases dominantes. Todas estas infamias se desarrollaban en una sociedad que ridiculizaba a sus pares, poniendo en evidencia la falta de comprensión del padecimiento al mismo tiempo que continuó sosteniendo acciones a través del poder infringido por posición social. El loco como víctima pero que debía ser apartado/recluido en espacios cedidos con el fin de no alterar el orden social. Dicho orden predominaba sobre cualquier cuestión social que pudiese condicionarlo.

Michel Foucault, realizó un análisis de la locura considerando su historia y las subjetividades que acompañaban cada época histórica. Dicho análisis profundizaba en los aspectos relacionados con la exclusión hacia los denominados locos a partir de las creencias reinantes y el abuso que se visualizaba en las consideraciones, prácticas y “tratamientos” infringidos a dicho sector de la población. De tal modo, su obra comienza comparando los mecanismos de abordaje hacia los leprosos y los llamados locos. Estos últimos fueron los herederos del mismo modelo de exclusión que también era interpretada como el resultado de un castigo divino.

Los locos estaban destinados a una vida de exclusión y abuso siendo instrumentos de ridiculización o recluidos en espacios separados del resto de la sociedad con el fin de no afectar o interferir con el resto de los normales. En palabras de Foucault, la locura era concebida como la manifestación de elementos oscuros, sombríos que se oponían a la luminosidad de la vida adulta (Foucault, 1961).

Edad Moderna y Posmodernidad

Posteriormente, en la de Edad Moderna el mundo toma un giro circunstancial que lleva a cambiar la formas de ver y comprender al mundo y la vida en sociedad. Este cambio social se caracteriza por la instauración de la razón y el pensamiento crítico dejando a un lado las explicaciones predominantes creadas por la religión. Se comienza a vivir un cambio de paradigma

que conlleva a grandes modificaciones en el plano económico y social y por ende en la configuración del pensamiento y de las nuevas verdades. Todo cambio de esta magnitud genera un cuestionamiento de las verdades existentes y el eje de este cambio histórico tiene que ver justamente con la búsqueda de la verdad a través de la razón y la cientificidad. Este nuevo modelo positivista entiende que la ciencia y la razón es la única forma válida de conocer y entender el mundo, lo que llevará a formular nuevas concepciones y verdades en torno a la locura.

La concepción de locura pasa de una explicación meramente religiosa a una racional. De hecho, una de las mayores revelaciones de la época tiene que ver con la separación del pensamiento social con la religión.

Este cambio significaba dejar atrás el teocentrismo medieval y dar lugar al desarrollo de las ciencias como nueva forma de comprender la vida y entender los sucesos que tienen que ver con la vida humana. Lo que anteriormente se vinculaba y/o explicaba de manera divina, en estos nuevos tiempos tiene que ver con la razón. Es en este entonces cuando la locura toma otro lugar en el contexto social.

La fisiología comienza a proliferar por encima del pensamiento religioso. Es así que la locura ya no se explicaba como acto de posesión maligna sino como un quiebre del individuo con la razón representada por actos considerados fuera de la razón o normalidad. La modernidad fue en sí mismo un proceso social que significó un cambio en el modo de comprender y ver el mundo, ubicando al individuo como centro en lugar del determinismo divino. Ese cambio se refiere al desarrollo de las ciencias y la razón dejando a un lado las prácticas tradicionales y/o las verdades impuestas. El individuo como centro busca conocer el mundo a través de la observación y racionalidad. La Modernidad se relaciona con la innovación, el progreso y bienestar de la mano de un enfoque metodológico racional y lógico. Esta nueva corriente de pensamiento fue denominada Positivismo. Una de los principales pensadores de la época fue el Filósofo Francés Auguste Comte quien definió a la sociología como ciencia que tiene a la sociedad como objeto de estudio y definió la historia humana en tres fases: Fase teológica o mágica, caracterizada por explicación de los hechos a través de fenómenos mágicos. Fase metafísica o filosófica en el cual las explicaciones sobrenaturales dejan de ser un modo de comprender al mundo para pasar al estadio de las ideas y por último la fase científica o positiva en la cual las verdades absolutas pierden vigencia y se busca comprender el porqué de las cosas a través de las ciencias. Es en esta era donde se fundan los inicios de la medicina (Comte, 1998).

Todo este cambio social no trajo consigo repercusiones positivas para los denominados enfermos mentales, por el contrario, el loco pasó de ser una figura asociada a designios

sobrenaturales a resultar ser un peso social por su inadaptabilidad de acuerdo al nuevo orden social capitalista. Por tal razón, el cambio de paradigma no rompió con la exclusión social de dicho sector de la población.

El nuevo momento socio-histórico trajo consigo muchos cambios en lo que concierne a los mecanismos de control de la sociedad, el nuevo sistema económico discriminó a los individuos entre aquellos funcionales, productivos y prósperos para el sistema. Foucault explica la transformación de los mecanismos de poder con el fin de normativizar a los individuos. De esta forma se crearon instituciones y mecanismos para asegurar una supuesta seguridad y desarrollo social que escondía el objetivo final de maximizar producción, ganancias y control social (Foucault, 1966).

De acuerdo a este nuevo orden, los individuos debían cumplir con determinadas normas de orden social y quienes no cumplían con las mismas sería excluidos para no afectar el orden público ni alterar el funcionamiento establecido. Por tal razón, la consolidación de la exclusión se visualiza a través del encierro como medio de abordaje.

Este periodo funda las bases del modelo de encierro, es decir, la creación de centros hospitalarios y asilos con el fin de recluir a las personas consideradas locas además de delincuentes y otros grupos sociales que no cumplían con las normas. El ejercicio de la violencia con el fin de dominar y en búsqueda de normalizar a los individuos se encontraban presentes en las instituciones. Esta forma de abordar la locura sostuvo prácticas que sin ninguna fundamentación teórica simplemente se ocupaba de separar lo anormal del resto de la sociedad y delimitando al encierro como un castigo y donde las prácticas se consolidaban con dichos fundamentos.

Goffman, en su libro "Internados, Ensayos sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales" define como instituciones totales a los establecimientos contruidos con el fin de evitar la interacción del afuera con el adentro, ubicados geográficamente separados del medio urbano y que desarrollan prácticas que infringen mecanismos de poder de unos hacia otros (Goffman, 1988). Dentro de esta caracterización nos encontramos con las instituciones psiquiátricas. Goffman pone en manifiesto no solo aspectos de la relación entre los pacientes y los técnicos sino también el proceso que denominó de "desculturación" entendiéndola como el proceso de pérdida de sus hábitos, rutina, afectos una vez que ingresa a estas instituciones totales (Goffman, 1988).

Posteriormente, surge en el terreno de la medicina investigadores que comienzan a realizar las primeras investigaciones en torno a la enfermedad mental. Este camino llevó a la creación de la Psiquiatría, disciplina médica fundada en el tratamiento de la enfermedad mental. Es en este entonces cuando los modelos de encierro, hospitales comienzan a funcionar como

centros de investigación humana envolviendo prácticas terribles como lo fue el posterior desarrollo de la terapia electroconvulsiva (TEC).

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) tiene sus inicios en los años 30', tratamiento no farmacológico caracterizado por el pasaje de corriente eléctrica a través del sistema nervioso central con el objetivo de inducir una crisis epiléptica. Sus inicios datan de los estudios de Wagner-Jauregg, médico austríaco quien consideraba que las altas fiebres y el efecto de las convulsiones en pacientes con cuadros psicóticos resultaban una mejora en dichos pacientes. En esta línea de pensamiento, experimentó con sus pacientes inoculados con determinados parásitos para generar las reacciones esperadas. Posteriormente, Ladislav Meduna, médico psiquiatra realizó investigaciones que establecían una mejora en los pacientes esquizofrénicos al experimentar un ataque epiléptico. Fue entonces que comenzó a aplicar metrazol a sus pacientes con el fin de inducir dichas reacciones. Poco tiempo más tarde, los médicos psiquiatras Ugo Cerletti y Lucio Bini continuando con las investigaciones establecieron el uso de la terapia electroconvulsiva como medio eficaz para el tratamiento de trastornos mentales. La realidad es que no existe prueba fiel que indique el TEC tiene resultados positivos en el tratamiento de las enfermedades mentales y al mismo tiempo existe una enorme polémica en torno a la misma debido a su cientificidad, forma de administración, secuelas u otros fines no terapéuticos. Es visible que a lo largo de la historia de la locura se visualizaron diferentes paradigmas y las creencias han impactado en el tratamiento de miles de personas ya sea como objeto de estudio y de prueba en los procesos de ir consolidando nuevas teorías y métodos de tratamiento. El camino a encontrar fórmulas o técnicas que contribuyen al tratamiento de enfermedades mentales trae consigo injusticias, violaciones a los derechos humanos y por sobre todo ratifica a la historia como una muestra del poder de unos hacia otros.

Otros hechos asociados a la psiquiatría tienen que ver con su participación en la era de la Segunda Guerra Mundial teniendo importante asociación con el partido Nazi liderando algunas de las peores prácticas de tortura en la historia. Dentro de ellas podemos encontrarnos con la eugenesia, filosofía que defiende y busca controlar la reproducción de personas con genética que no concuerde con el ideal del contexto. Es decir, los individuos que no estuvieran dentro del ideal (ladrones, enfermos mentales, discapacitados, apolíticos) no pertenecerán de igual manera a la sociedad y muchos de sus derechos serán coartados con el fin de forjar la raza ideal.

Foucault en "Las palabras y las cosas" publicado en 1966 pone en manifiesto cómo el discurso perteneciente a un saber técnico define lo normal y correcto. De este modo, el discurso de la locura producido por los técnicos vinculados a la locura (psiquiatras, psicólogos, entre otros) definen a la locura como anormal y es a través de esta forma de conjeturar lo normal y anormal es donde se desprenden las relaciones de poder en una sociedad (Foucault, 1966).

Con el desarrollo de las ciencias y laboratorios farmacéuticos, la medicación comienza a posicionarse como herramienta central del tratamiento de los enfermos mentales centrando el dilema de la enfermedad mental en aspectos biológicos y en la incapacidad de cumplir con el modelo de individuo en sociedad. De esta forma, la medicación se posiciona como mecanismo alternativo al encierro siendo de fácil acceso a la población proporcionando una píldora para cada padecimiento originando uno de las problemáticas centrales de los tiempos actuales, la medicalización y su dependencia y consecuencias.

Claramente no se cuestiona el modelo económico social ni se atribuye responsabilidad al cuerpo social, sino que se vincula la enfermedad mental como una debilidad e incapacidad que debe ser medicada con el fin de lograr la sumisión y dependencia. Entender la enfermedad mental como aspecto individual de la persona, reduciéndolo a la simpleza e ignorando la complejidad del ser humano. Esto deja a un lado la mirada integral del individuo en sociedad, entendiendo al abordaje multidisciplinario como el encare integral de las cuestiones de salud mental. El tratamiento de las enfermedades mentales en la modernidad y posmodernidad han estado liderados por la esfera médica psiquiátrica la cual creó manuales de diagnóstico que relacionan sintomatología con patología. De este modo, todo individuo fuera de la norma social pasaría por una evaluación psiquiátrica que al encasillar a individuos con patología dió continuidad con los modelos de exclusión ya vigentes.

Todos estos hechos fueron gestando, como fuerza opositora, el movimiento denominado anti psiquiatría. Dicho movimiento se caracterizó por estar liderado por psiquiatras que cuestionaron no solo las prácticas de la propia disciplina sino también los procesos sociales, las subjetividades los mecanismos de poder envueltos poniendo en eje de discusión la institucionalización, los manicomios. De este modo tomaremos los trabajos de algunos de los precursores de esta nueva corriente con el fin de comprender el cambio de paradigma y hacia dónde vamos en lo que concierne a la construcción de nuevos modelos de entender el modelo de abordaje en lo que hoy denominados salud mental.

Antipsiquiatría: Revolución Antimanicomial.

Como anticipábamos en el párrafo anterior, en contraposición con el modelo de exclusión y encierro, vigente hasta la actualidad, surge el movimiento antimanicomial, movimiento antipsiquiatría. Dicho movimiento contra cultural surgió en respuesta a las prácticas ortodoxas psiquiátricas y fue liderado justamente por renombrados psiquiatras quienes pusieron en cuestionamiento las prácticas hegemónicas en relación a las cuestiones de salud mental. Dentro de los fundadores de dicha contraposición podemos encontrarnos con David Cooper, psiquiatra

sudafricano y Thomas Szasz de origen húngaro, profesor emérito en psiquiatría. Sus trabajos se caracterizaron por denunciar las prácticas médicas psiquiátricas vigentes y poner en cuestionamiento la noción de enfermedad mental.

Ronald David Laing, psiquiatra escocés también considerado como uno de los precursores del movimiento antipsiquiatría, definió a la propuesta como un hecho social-político relacionado con el contexto social de los individuos. Esto significaba quitar del centro de las cuestiones de orden fisiológico y entender a los individuos como seres complejos pertenecientes a un entramado social que los atraviesa y se relaciona con el desarrollo de dolencias psíquicas. Además de poner en cuestionamiento las prácticas con fines terapéuticos de su la psiquiatría, toma al dispositivo familia como uno de los dispositivos vinculados al desarrollo de los desórdenes mentales entendiendo el ambiente/contexto como originador de tales padecimientos.

Por tanto, Cooper, Szasz y Laing introdujeron la concepción de paciente con sufrimiento psíquico no basado en una teoría exclusivamente biologicista sino entendiendo que el génesis del mismo se relaciona con aspectos sociales y familiares, es decir, de la vida del hombre en sociedad. Esta concepción rompe con los criterios universales en el entendido que la problematización de la salud mental no se funda únicamente en aspectos médicos, sino que su abordaje debe integrar aspectos políticos y sociales. Asimismo, reconocen que las prácticas psiquiátricas a diferencia de promover la inclusión social de los usuarios, promueve la exclusión y la vulnerabilidad social. No menos importante, las ideas planteadas por los fundadores del movimiento anti psiquiatría se centran en expandir la temática al plano político y jurídico. Cambia entonces la noción de locura como algo individual y se entiende a la misma como pertenecedora de un entramado social que la construye.

La corriente antimanicomial se instaura con la constitución de nuevos espacios y maneras de pensar, vivir y comprender la locura entendiendo que su desarrollo tiene también que ver con el contexto social, por lo que es preciso no solo trabajar con la persona afectada sino comprender el grupo social/cultural al que pertenece. Comprender los mecanismos vinculares que puedan tener relación con el surgimiento de dicha enfermedad. Asimismo, hacer partícipe a la comunidad de estos hechos ocupándose y comprometiéndose con el padecimiento del otro y no propiciando su exclusión.

Es así que surge el concepto de comunidad terapéutica que se caracteriza en primer momento por promover el quiebre con el tradicional orden jerárquico dentro de las instituciones psiquiátricas, lo que significa pertenecer a un modelo totalmente renovador en cuanto a su filosofía. Asimismo, pensar en comunidades terapéuticas significa dar respuesta a una de las problemáticas más relevantes, exclusión y aislamiento. Las comunidades se insertan en el medio

social urbano por lo que no significan un distanciamiento. Adicionalmente, el proceso terapéutico pasa a ser responsabilidad de todos los involucrados y no jerarquizando funciones generando una distinción entre los integrantes de dicha comunidad. Las personas se expresan con libertad de modo que favorece al relacionamiento con sus pares y con el cuerpo médico. La cuestión terapéutica se presenta en el relacionamiento con el otro entendiendo que todos pueden influir y colaborar con el proceso del otro sin basarse en aspectos de carácter científico o de otra disciplina en particular. La comunidad como medio para compartir con otros y poder problematizar los temas que nos aquejan.

“Una comunidad se vuelve terapéutica porque funciona sobre principios compartidos, que no pertenecen sólo al vértice de la institución y que llevan a todos a trabajar juntos: de esta manera el grupo logra curarse a sí mismo y la enfermedad pierde alguna de sus características esenciales porque hasta el enfermo más grave, el más delirante, empieza a ser parte activa de la comunidad” (Basaglia, 2008, pg. 100).

Franco Basaglia, médico psiquiatra italiano es reconocido por sus denuncias al sistema manicomial por sus lamentables condiciones para quienes se encuentran confinados a estos centros de reclusión para la locura. Como director del hospital psiquiátrico Gorizia, en el año 1961, comenzó una serie de reformas con el objetivo de cambiar el modelo presente logrando un cambio hacia instituciones abiertas, combatiendo el modelo manicomial. Como era de esperarse, esta lucha trajo consigo grandes repercusiones por parte de la fuerza médica y civil por romper con el modelo tradicional formulado a partir de las concepciones de la fuerza dominante. Fue una fuerte influencia en el ámbito psiquiátrico por su oposición a los modelos de exclusión y estigma y denominó usuarios a aquellos institucionalizados. Introdujo la denominada psiquiatría democrática y creó la ley 180 en Italia que (contrario al modelo operante) prohibió la internación de personas en contra de su voluntad. Basaglia tuvo oportunidad de plasmar muchos de sus ideales en instituciones, pero también en el plano legal, con el fin de poder extender dicho cambio al resto de los centros de asistencia y por sobre todo a poner en mesa de discusión la temática y los mecanismos presentes hasta el momento.

En su libro “La condena de ser loco y pobre, alternativas al manicomio” se presenta información relacionada a la conferencia realizada en Brasil en el año 2000. Dicho encuentro, con el fin de compartir la experiencia de la reforma Basagliana en Italia, y con el fin de tomar como insumo para pensar cómo abordar la problemática entorno a los manicomios, reúne a un colectivo social con el fin de conocer la experiencia y el proceso realizado. Con el fin de exponer las concepciones que presenta Basaglia, tomaré algunos de los temas tratados en dicha conferencia.

En relación a la problemática asociada al aumento de personas hospitalizadas, y por consecuencia, el hacinamiento, Basaglia toma en cuestionamiento el diagnóstico de cronicidad. Plantea que, en este marco, que el criterio de cronicidad no tiene que ver con las facultades de los individuos sino con su capacidad productiva. Adicionalmente, una vez hospitalizados, las personas se adentran en un sistema que, al no propiciar la rehabilitación y reinserción social, quedan envueltos en un ciclo decadente que se traduce en improductividad crónica. De acuerdo a Basaglia, otro aspecto que introduce es la importancia de la clase obrera en la lucha por lograr estos cambios en el entendido que el mismo no puede estar únicamente liderado por técnicos. Por tanto, posiciona en un lugar trascendental la participación ciudadana logrando su compromiso y empoderamiento para la ganancia de derechos.

Por otro lado, es necesario no solo pensar en la respuesta a las crisis sino también ir más lejos, entendiendo que la crisis es un pasaje en la vida y que la cura tiene que ver con el logro de libertades que tienen que ver con el logro de la autonomía e independencia. Por tanto, existen otros agentes que deben participar de este compromiso con el fin de construir un proceso real de rehabilitación brindando herramientas que permitan su empoderamiento como individuos.

“Es obvio que un esquizofrénico es un esquizofrénico, pero sobre todo es un hombre que necesita afecto, dinero, trabajo; es un ser humano total, y nosotros debemos dar una respuesta no a su esquizofrenia, sino a su ser social y político”
(Basaglia, 2008, p.105)

Esta cita hace referencia a uno de los temas principales que plantea Basaglia a lo largo de sus exposiciones. Dicho tema tiene que ver con el desarrollo de nuestro lado humano, con el afecto, la solidaridad dejando en un segundo lugar la formación de conocimiento clínico sobre una problemática. El centro de la rebelión que él plantea tiene que ver con priorizar el trabajo de relacionamiento con el otro entendiendo las diferencias individuales evitando la idea de pretender una sociedad homogénea y por ende construir prácticas o modos de abordaje estandarizados. Esta concepción significa un quiebre y cambio con nuestras concepciones, con nuestras subjetividades y sobre todo una actitud crítica frente a nuestra manera de crear y reproducir prácticas y frente a las políticas públicas. El compromiso de cambio comprende a toda la estructura social, desde aquellas que se encuentran directamente relacionadas con la temática hasta el resto de la sociedad civil justamente por entender que los cambios deben estar impulsados por la organización civil. Basaglia expone que uno de los mayores obstáculos de los cambios tiene que ver con separar las disciplinas del rol político que se encuentra en sí mismas. Es decir, cambiar la mirada simplista del exclusivo desarrollo de una práctica disciplinaria y entender lo político como aspecto fundamental para el abordaje de la presente temática.

Otro autor del cual podemos tomar consideraciones en torno al cambio de paradigma es Paulo Amarante, psiquiatra brasileño. En su libro "Locos por la Vida: Trayectoria de la Reforma Psiquiátrica en Brasil" realiza un análisis historizante sobre las distintas concepciones en relación a la locura con el fin de exponer al movimiento anti psiquiátrico centrándose en el contexto de Brasil. Tomando los aportes de Amarante en relación a la anti psiquiatría, "La anti psiquiatría procura romper, en el ámbito teórico, con el modelo asistencial vigente, buscando destituir definitivamente el valor del saber médico de la explicación-comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales" (Amarante, 2006, p.44).

"Se torna preciso desmontar las relaciones de racionalidad/irracionalidad que restringen al loco a un lugar de desvalorización y desautorización para hablar sobre sí, de la misma forma que es preciso desmontar el discurso/práctica competente que fundamenta la diferenciación entre aquel que trata y aquel que es tratado" (Amarante, 2006, p.51).

En relación al proceso de reforma, se entiende que la complejidad de su aplicación se relaciona no solo con el contexto político y jurídico sino con los operadores de las propias instituciones que se encuentran contaminados por el modelo tradicional adoctrinando sus prácticas.

"Se promueven reuniones que buscan subvertir la jerarquía y disciplina hospitalarias, detectando los prejuicios de los médicos y enfermero en relación a los pacientes y procurando quebrar sus resistencias al cambio. Esta propuesta combate a las estructuras hospitalarias que cristalizan al paciente en el lugar del enfermo mental (...)" (Amarante, 2006, p.44)

Alfredo Moffat, psicólogo social, psicodramatista y arquitecto argentino fundador de la Escuela de Psicología Argentina, se caracterizó por su gran aporte para el desarrollo de terapias innovadoras para la época. En su libro "Psicoterapia del oprimido", muestra la realidad manicomial de Argentina a partir de sus observaciones posicionándolo en contra de los modelos manicomiales. Realiza una descripción de los centros, entendiendo que los mismos están lejos de representar espacios humanizadores con el propósito de rehabilitación psicosocial y por el contrario son generadores de estructuras psicotizantes que solo promueven el desarrollo de las problemáticas.

"Pues los supuestos teóricos de sus esquemas conceptuales están basados en prejuicios ideológicos y no en comprobaciones reales. Es decir, nosotros sostenemos que gran parte de la psiquiatría manicomial es ideología y no ciencia

y es, en síntesis, la caricatura de todo el sistema ideológico adaptativo-represivo, que es utilizado para que un pequeño grupo oprima y explote económicamente a un pueblo” (Moffat, 1974, pg. 7).

El modelo médico psiquiátrico y la estructura de equipos técnicos encargados de los denominados procesos de rehabilitación simplemente reproducen prácticas que contribuyen al sufrimiento y a la pérdida de habilidades adquiridas de los propios individuos. Este modo de abordaje no trata de impulsar y/o desarrollar las habilidades preexistentes, sino que se gesta en un modelo que atenta contra esto y asevera las dolencias de los usuarios. Adicionalmente, se trabaja considerando la cronicidad el erróneo concepto de cronicidad e irrecuperabilidad de autonomía de los usuarios.

Tomando como punto de partida esta historización en relación a las concepciones de locura a lo largo de la historia, nos introduciremos en nuestro país con el fin de realizar el mismo recorrido. El mismo tiene como objetivo comprender cómo se construyeron las concepciones, instituciones y prácticas en nuestro país, cómo ha influido en el desarrollo de los modelos de abordaje y los marcos jurídicos hasta llegar al día de hoy, momento histórico en el cual se aprueba una ley de salud mental inserta en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Recorrido histórico de la Salud Mental en Uruguay.

Habiendo realizado un relevamiento histórico en relación a la concepción de locura y a los modelos de abordaje, nos adentraremos en el Uruguay con el fin de poder comprender los orígenes del proceso que se iniciará en nuestro país, proceso de desmanicomialización. Asimismo, tomaremos como eje en el recorrido tres etapas tomadas por Agustín Cano en “Genealogía del manicomio en Uruguay” las cuales describen tres estadios en lo que concierne al abordaje de la locura en nuestro país: Etapa del encierro, del abandono y del olvido (Cano,2011).

EPOCA HISTORICA	TERMINOLOGIA	CONCEPCION LOCURA	ABORDAJE	MARCO JURÍDICO
1880 – 1930	- Alienado	- Debilidad psíquica - Patologización - Individuos improductivos - Peso social - Peligrosidad	- Medicina -Derecho - Hospital Vilardebó - Colonias alienados - Exclusión social	
1930-1980	-Psicópata	- Patologización - Laborterapia	- TEC - Farmacología	1936: Ley del Psicópata - 9,581

1980- 1996	- Enfermo mental	Rehabilitación psicosocial Salud mental: prevención Sujeto bio-psico-social.	- Hospital Vilardebó - Colonias alienados -Hospital Musto centros diurnos casas de medio camino equipos comunitarios	Patronato del psicópata 1986: Plan Nacional de Salud Mental
Actualidad	Ley Salud Mental: trastorno mental	Sujeto de derecho - Rehabilitación psico-social. - Inclusión en la esfera de Salud Pública, Salud Mental. - Responsabilidad del Estado y del colectivo social.	- Priorizar primer nivel de atención en salud. - Hospitalizaciones restringidas. - Promoción y prevención. - Velar por el respeto de los DDHH. - Proceso de demanicomialización. - Abordaje interdisciplinario e intersectorial. - Proyectos alternativos comunitarios.	2017: Ley de Salud Mental Trastorno Mental

Etapa del encierro: Construcción del Hospital Vilardebó y de las Colonias

Podemos ubicar como punto de partida el año 1880 como el inicio de un modelo de encierro en lo que refiere a la locura. Dicho modelo proveniente de Europa y como producto del momento histórico en dicho entonces, entendía a la locura como una enfermedad que descalificaba a los individuos por no poder cumplir con los requerimientos sociales del sistema actual. Los nuevos tiempos se caracterizaban por el alza del comercio, la producción y el consumo. De acuerdo a este nuevo modelo económico, el capitalismo, los individuos se convierten en objeto de utilidad y productividad. Un nuevo modelo económico era ahora el regulador de todas las prácticas sociales buscando maximizar las ganancias a través de la opresión de las clases obreras. Todo este cambio de mercado formó una subjetividad colectiva basada en ese modelo, posicionando a las personas como un objeto de producción a su máxima expresión. Por tal razón, dentro de este modelo, los locos no se ajustaban a los requerimientos del sistema, es decir, no cumplían con los objetivos del hombre en sociedad.

“(…) comprendimos que la internación de los “locos pobres” era una consecuencia del hecho de que estas personas no eran productivas, en una sociedad basada en la productividad, y si seguían enfermas era por la misma razón, porque eran improductivas, inútiles para una organización social como ésta” (Basaglia, 2008, p.59).

De acuerdo a este modelo de separar los individuos prósperos al sistema de los que no, es que se crean instituciones fundadas en dichos estatutos es que se excluye lo que sobra. Es decir, lo que no es funcional y que por ende se traduce en una carga social. El encierro es entonces el modelo que viene a cumplir con dicha necesidad de separación aislando a los individuos para supuestos fines terapéuticos que terminaban tildando de enfermos crónicos logrando la exclusión total. Al mismo tiempo, se construyen los estereotipos en torno al loco, peligrosidad, agresividad y delirio son alguno de los adjetivos que rondan en torno a dicha concepción. La enfermedad mental como pérdida de la razón y pérdida de dominio de la propia vida. Todos estos criterios fueron creando un pensamiento colectivo que lejos de reaccionar contra este modelo simplemente lo ignoraba y en consecuencia lo apoyaba, lo que posteriormente llevará al abandono de ese sector de la población. El foco de atención de la sociedad se encontraba sujeto a este nuevo modelo y forjó una posición social pasiva, receptiva de los mensajes transmitidos y dictámenes tomando como verdad el discurso de quienes lideraban. Uruguay no fue excepción en lo que tiene que ver con este desarrollo social-económico y respondió a la problemática de la locura de acuerdo a los modelos asilares y monovalentes de Europa.

En el año 1876 comenzaron las obras para la construcción del primer hospital psiquiátrico en Uruguay. Al momento de su inauguración en el año 1880 el mismo pasó a llamarse Hospital Vilardebó en homenaje a Theodore Vilardebó, médico e historiador uruguayo. Remontándonos a la época, la creación del hospital para atender a la población afectada por problemáticas de enfermedad mental significaba un gran paso en el contexto histórico Sudamericano. Al poco tiempo, debido a la creciente de la población hospitalizada como resultado de políticas que lo enmarcaban como un depósito de personas, se funda en el año 1912 la Colonia Etchepare y Colonia Dr. Santín Carlos Rossi ubicadas en la ciudad de Santa Lucía, Canelones. El crecimiento de la población hospitalizada no se encontraba ligada únicamente por cuadros psiquiátricos, sino que dichos centros comenzaron a funcionar como depósitos de personas en situación de pobreza o asociadas al consumo problemático de sustancias. Tanto el Hospital Vilardebó como las Colonias comenzaron a encontrarse con la problemática del hacinamiento y falta de recursos para desarrollar sus prácticas. La población internada crecía abruptamente, el equipo técnico no daba abasto, la estructura edilicia comenzaba a deteriorarse y el hospital terminó oficiando de espacio en donde se internaban a todo aquel que no contara con recursos o familia. Asimismo, las internaciones lejos de ser transitorias y acompañar un proceso de rehabilitación, oficiaban y oficiaban al día de hoy como hospitales de permanencia y donde la aparente cronicidad de las patologías funda la dependencia y permanencia de los individuos que terminan perdiendo su espacio en sociedad, excluye y limita las posibilidades de reinserción social.

La creciente en materia de hospitales psiquiátricos trajo consigo, en el año 1936 la creación de la Ley 9.581 del Psicópata. Las leyes surgen a partir de contextos social y reflejan las concepciones y modelos de pensar en relación a una determinada temática. Esta ley es un claro

ejemplo de cómo se consideraba a la locura y qué lugar tenían en nuestra sociedad. Asimismo, pone en manifiesto, a través de sus artículos, la legitimación de mecanismos de poder como forma de abordarla como si el mismo representara un modelo terapéutico.

La misma se caracterizó, en lo que concierne a la locura, por construir centros psiquiátricos con el fin de separar la sociedad de acuerdo a su poder productivo buscando posicionar el nuevo modelo económico y social. Sumado a esto se vio caracterizado por la discriminación del colectivo de acuerdo a sus posibilidades productivas y su adecuación a un régimen que data de la época del 50'. Estos modos de abordaje fueron los impulsores de uno de los mayores problemas asociados a los denominados enfermos mentales y alienados, la discriminación y la estigmatización. Estos mecanismos de control social fueron los fundadores de los centros hospitalarios psiquiátricos, el sistema manicomial.

Ley 9.581: Ley del Psicópata.

Precede a la reciente Ley aprobada (19.529), la denominada Ley del Psicópata: 9.581 del año 1936 que se inscribe en un momento histórico particular, época moderna. Antes de adentrarnos en las características de la Ley, entiendo importante poder tomar como marco las consideraciones del historiador y filósofo argentino, Ignacio Lewkowicz en su trabajo "Ley Jurídica, Ley Simbólica y Ley Social" del año 2001. Considero importante tomar algunos de sus postulados con el fin de poder pensar porque las leyes se toman como hitos para comprender las subjetividades que definen a una sociedad en un momento dado.

El autor plantea que la subjetividad se puede analizar de acuerdo a cuatro parámetros fundamentales. La primera modalidad tiene que ver con el tiempo, la situación histórico-social y la segunda con el estatuto de la ley. En tercer lugar, se refiere al conjunto de prácticas que se consideran productoras de la verdad pensando en el origen de las mismas, sean instituciones, métodos de investigación, entre otros. El último módulo tiene que ver con la responsabilidad subjetiva entendiendo que existe en la sociedad una articulación entre lo que él denomina "Ley Jurídica, Ley Simbólica y Ley Social". Esto último refiere a que a lo largo de los tiempos existen aspectos de la ley jurídica que garantiza el funcionamiento estatal y la ley social regula la relación entre integrantes de una sociedad. Por último, la ley simbólica es la que articula la ley jurídica con la ley social lo que genera un equilibrio entre la norma enunciada por parte del estado y las relaciones interpersonales (Lewkowics, 2001).

Tomando dichas consideraciones, debemos considerar el momento histórico que dio origen a esta Ley Jurídica. La misma, representa un modelo de pensamiento tomado de otras experiencias y modos de abordaje provenientes de países considerados adelantados en lo que concierne al manejo de la problemática entorno a la locura. Como cualquier otra ley, la misma

tiene como objetivo definir los procedimientos y garantías estatales en relación a un determinado tema. Esto no significa que la misma logre representar a todo el conjunto social ni tampoco regular las relaciones entre los individuos que la componen.

Comenzando por el nombre, la Ley 9.581 data del año 1936 y fue denominada, Ley del Psicópata y supone la legitimación de lo que ya se estaba dando de hecho. Primeramente y de acuerdo al artículo Nro. 38 de la presente ley: la inspección general y vigilancia de la asistencia particular y oficial de enfermos psíquicos de todo el país dependerá del Ministerio de Salud Pública y estará a cargo de un Inspector General de Psicópatas.

Esta denominación claramente refleja las concepciones que se les atribuía a los locos. Los mismos eran considerados como individuos peligrosos, alienados, incoherentes e incapaces de vivir en sociedad. Es así que años después, en 1952 al lanzarse la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, el Psicópata se define dentro de los denominados Trastornos de la Personalidad Antisocial. De acuerdo al mismo atribuye características de escasa fiabilidad, carencia de empatía, insensibilidad en las relaciones interpersonales e incapacidad para seguir cualquier plan de vida, entre otras denominaciones.

En una primera instancia nos enfrentamos ante una ley que no solo estigmatiza, sino que posiciona al loco como un peligro para la sociedad atribuyéndole importantes conceptos que solo ponen en manifiesto la discriminación, el diagnóstico deliberado, el encasillamiento de personas de acuerdo a estándares y criterios elaborados por el cuerpo médico y lejos de promover un marco de ley de inclusión directamente promueve la exclusión y falta de amparo legal.

“(…)la amputación más dolorosa es la de la dignidad personal, en lo más íntimo del yo el internado se siente descalificado, y cosificado. Cualquier mensaje emitido es re-interpretado por el personal del hospital como “cosa de loco”, lo cual deteriora el sentimiento de autonomía, de auto-respeto” (Moffat, 1974, pg. 6)

De acuerdo al artículo Nro. 5, la Institución deberá estar a cargo de un médico psiquiatra centrando la atención y atribuyendo el tratamiento al cuerpo médico como disciplina responsable de los tratamientos asociados a la salud mental. Asimismo, los establecimientos psiquiátricos, hospitales monovalentes o asilares, deberán organizarse de acuerdo al dictamen de la disciplina médica, psiquiatría.

Los denominados “enfermos psíquicos” deberán ser distribuidos de acuerdo a determinados factores asociados a sexo, edad, género y grado de enfermedad psíquica. A su vez,

se especifica mencionar los denominados espacios abiertos y cerrados discriminando aquellas personas ingresados de forma voluntaria, contra su voluntad y/o por orden judicial.

Más adelante, continuando con el procedimiento de ingresos/egresos de los denominados enfermos, se menciona el documento "Registro General de Psicópatas" el cual deberá contener la información de todas las personas que tuviesen historia de hospitalización involuntaria. En referencia al procedimiento de admisión urgente, "Será dispuesta por autoridad policial y tendrá lugar cuando a juicio de un médico el enfermo se halle en estado de peligrosidad para sí o para los demás, o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la tranquilidad, la moral pública, la seguridad o la propiedad pública o privada, incluso la del propio enfermo" (Ley 9.581, 1936). Notoriamente, la adjudicación de aspectos de peligrosidad con la que se refiere a los usuarios de los centros hospitalarios es una constante que se percibe en cada enunciado presentado por la ley. Fácilmente podemos visualizar el pensamiento, las creencias vinculadas a quienes tienen un padecimiento psíquico e inician un proceso de institucionalización. De este modo también podemos pensar como lo vivenció la sociedad y la formación de subjetividades en torno a la presente temática. Posicionar al usuario de forma distante, lejano del resto de la sociedad funcional y productiva no solo a través de la disposición periférica de los hospitales sino también enviando mensajes de hostilidad, miedo, desconfianza y por ende exclusión.

Por último, de acuerdo a los artículos 42 y 43, se establece la creación de la comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas conformada por el Inspector General de Psicópatas, como miembro asesor; un delegado designado por la Sociedad de Psiquiatría; el Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Derecho, nombrado por el Consejo de esta Facultad; un Profesor de Psiquiatría, de la Facultad de Medicina, designado por la misma; el Abogado Asesor de Legislación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y el Fiscal de lo Civil que designará el Poder Ejecutivo (Ley 9.581, 1936).

Dicha comisión fue creada con el fin de relevar y tomar acciones relacionados con posibles faltas o fallas en el ejercicio de la presente ley como así también de las discrepancias que puedan presentarse en todo lo que refiere a: la institucionalización de personas, diagnósticos, ingresos y egresos, procediendo con los respectivos informes al Ministerio de Salud Pública, órgano del cual depende.

A través del análisis de los artículos de la ley podemos ver como la misma refleja el pensamiento de la época, coherente con la misma y con la concepción que crea los hospitales psiquiátricos. Se define a la locura como enfermedad mental la cual la coloca en el terreno de la

medicina creándose así la disciplina exclusiva para el abordaje de la locura, la psiquiatría. Asimismo, los entes reguladores tienen que ver justamente con asegurar el cumplimiento de control del ejercicio de la ley y no necesariamente en relación a aspectos de derechos de los locos.

En relación a la instauración de la psiquiatría como disciplina apoderada de los aspectos relacionados con la locura, llega en el año 1939 a Uruguay la denominada terapia electroconvulsiva (TEC). Como vimos en el primer apartado de conceptualizaciones de la locura a través de la historia, dicho tratamiento psiquiátrico induce convulsiones en los pacientes a partir de la administración de electricidad. Se estima que en nuestro país se realizan entre 14.000-15.000 sesiones por año entre Montevideo y el interior. De acuerdo a su funcionamiento, la TEC está dirigida a corregir los síntomas, no actuando sobre la etiología de la enfermedad psiquiátrica. Si bien podemos referirnos a la TEC como uno de los métodos de tratamiento más utilizados a lo largo de la historia, existen muchos cuestionamientos en torno a la aplicación de la misma a los pacientes. Asimismo, la discusión comprende el hecho de que su administración se ha vuelto algo rutinario para el tratamiento de casi cualquier patología y en muchas situaciones sin el consentimiento de los pacientes. Inevitablemente, esta aparente soltura para la aplicación de métodos invasivos acompaña el pensamiento presente en torno a la locura. Otro aspecto de discusión se relaciona no solo con la certeza de resultados positivos en los pacientes, sino la puesta en juicio de las consecuencias de la exposición a reiteradas instancias de TEC. Igualmente, de acuerdo al modelo y a la ley del psicópata, la medicina será quien definirá los mecanismos de tratamiento posicionando en un lugar de total pasividad a dichos pacientes.

La medicación comienza a ser tema de discusión considerando que los supuestos tratamientos se limitaban a la administración deliberada de fármacos y no generando planes de rehabilitación integral en el pasaje institucional y para la posterior reinserción al núcleo familiar, trabajo y mantenimiento de su autonomía.

“(…)se caracteriza la asistencia psiquiátrica por un marcado grado de pauperización, fragmentación organizativa y centralización geográfica inadecuada con cobertura insuficiente, teniendo escasos recursos entre otros, humanos y éstos parcialmente calificados. No existe adecuada integración docente asistencial ni participación de la comunidad en los programas actuales y no se cuenta con un diagnóstico acabado de la situación” (PNSM, 1986).

Con la instauración del hospital psiquiátrico y la ley del psicópata, se instaura el denominado modelo de encierro, concepto tomado por Agustín Cano en “Notas para una genealogía del

manicomio en Uruguay” (Cano, 2011). Al próximo período lo define como “de abandono del loco” iniciándose a partir del Estado de Bienestar hasta la actualidad.

Etapas del olvido: del 85 en adelante

Mag.Psic.Cecilia Baroni, plantea, en adición a lo formulado por Cano un tercer período: “de olvido del loco” instaurándose en 1984 hasta el comienzo de debate por la actual Ley 19.529 de Salud Mental. En estos 32 años plantea tres etapas:

- 1984 a 1996 - Apertura democrática
- 1997 a 2005 - Consolidación de ideas del PNSM
- 2005 a 2015 - Asunción del gobierno del Frente Amplio

La apertura democrática y las cuestiones en torno al posible cierre del Hospital Vilardebó siendo suplantado por el Hospital Musto conllevó a que varios agentes sociales se vieran impulsados a participar en torno a las acciones que se preveían y comenzaron a definir los lineamientos para el Plan Nacional de Salud Mental consagrado en el año 1986. Para responder a la problemática que transitaba la temática de Salud Mental, en el año 1986 la Comisión Nacional de Salud Mental elaboró el Plan de Salud Mental aprobado por el Ministerio de Salud Pública. Dicho plan, presentado ante el restablecimiento de la democracia, se caracterizó por ser una propuesta de varios agentes sociales relacionados a la temática de locura y encierro entendiendo que la mayoría de la población hospitalizada se encontraba en un lugar de vulnerabilidad articulando aspectos de locura y pobreza. El principal objetivo de la formulación del presente plan tiene que ver con la toma de medidas en relación a las problemáticas existentes sobre todo en una población vulnerable principalmente en aspectos de Derechos Humanos y proponiendo aspectos colectivos como vía de abordaje. Los reclamos urgentes se vinculan a aspectos sanitarios, la demanda de un plan de acción vinculaba a todas las áreas vinculadas a la salud mental y poniendo en cuestionamiento los modelos de atención predominantes y la responsabilidad que se debía asumir para lograr revertir el estado presente. Adicionalmente, las propuestas estratégicas de intervención se centran en impulsar el primer nivel de atención promoviendo la promoción de salud para poder pasar a un modelo en términos de salud y no centrarse en un modelo basado en la enfermedad.

Estos pasos dieron origen a las primeras propuestas de modelos comunitarios alternativos y el logro de colectivos, asociaciones civiles como el Centro Psicosocial Sur-Palermo o el CIPRÉS. Posteriormente y ante el cambio de gobierno tras elecciones parlamentarias, la situación coyuntural, los recortes económicos y la crisis social comienzan a obstaculizar el proceso de cambio de paradigma que se estaba gestando.

La segunda etapa está caracterizada por el cambio de concepción en relación al funcionamiento del Hospital Vilardebó considerándose un hospital de agudos. Este cambio tiene que ver con la implementación de alguno de los propuestos del PNSM en relación a la creación de centros diurnos y casa de medio camino. La nueva definición del Hospital Vilardebó generó la apertura de la institución logrando el intercambio entre el mundo interior y exterior del Hospital. Es en este período surge el Proyecto Radio Vilardevoz como primer proyecto comunitario, participativo y autogestionado por los propios usuarios del hospital y otros integrantes externos a la institución el cual figura como uno de los primeros precursores en lo que concierne al cambio de concepción en torno las denominadas enfermedades mentales otorgando poder y participación de los usuarios en la comunidad.

De acuerdo al nombre, la radio se encuentra físicamente en el hospital manicomial Teodoro Vilardebó y es abierta a quien desee participar. El surgimiento de la radio tiene relación directa con las teorías y corrientes antimanicomiales que comenzaban a tomar mayor fuerza en nuestro país y que buscaban poner en cuestionamiento los ejercicios de poder, el empoderamiento de usuarios a través de una actividad enriquecedora e inclusiva. De este modo, se propició la discusión colectiva sobre los actuales medios de “rehabilitación” asilares, el predominio de la psiquiatría y medicación por encima de las corrientes terapéuticas posicionando de este modo al loco como individuo sin derechos y sin poder de autogestión en su propio proceso de salud.

La tercera etapa se encuadra en uno de los mayores cambios políticos de nuestro país, la asunción del partido de izquierda, Frente Amplio. Dicho cambio pone entonces en relevancia los aspectos sociales creándose así el Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto Nacional de Derechos Humanos y el desarrollo del Sistema Integrado de Salud. Este cambio de gobierno trajo consigo un cambio positivo y esperanzador para los colectivos vinculados al área social impulsando la creación de dispositivos que lograran la paulatina inserción social de los excluidos y el desarrollo de espacios de carácter laboral con el fin de consolidar la autonomía de las personas con padecimiento psíquico.

En el año 2012 se fundó la Asamblea Instituyente por Desmanicomialización, Salud Mental y Vida Digna conformada por organizaciones sociales, colectivos académicos, universitarios, trabajadores, usuarios, familiares vinculados al campo de la salud mental.

En Uruguay podemos encontrarnos con varios centros de Rehabilitación Psicosocial como son el Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo, Centro Diurno Sayago, Centro de Rehabilitación Psicosocial Pando, Panacea-SM- CIPRES, Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica Dr. Alberto Martínez Visca y Centro Diurno Hospital Vilardebó. Asimismo, funcionan

residencias asistidas, hogares protegidos y hogares de medio camino que funcionan como dispositivos de rehabilitación alejándonos de los modelos de Colonias que se contraponen a los ideales planteados.

Ley 19.529: Salud Mental.

La recientemente aprobada ley de Salud Mental, es el resultado de años de trabajo y presión de distintos agentes vinculados profesionalmente y/o personalmente con la presente temática. Le precede, la ley 9.581 del año 1936 la cual refleja los criterios y preconceptos del momento histórico en el cual se formuló. Se entendía una deuda gubernamental por la falta de atención y toma de acciones referentes al área de la salud mental que favorablemente ha evolucionado en cuanto a su visión y su proclama para el abordaje de la presente temática.

En contraste con la ley antepasada, la nueva ley se crea en clave de Derechos Humanos. Esto significa jerarquizar y ponderar los aspectos referentes a los DDHH como base fundamental para la elaboración y definición del nuevo plan. Significa, en teoría, promover un cambio de paradigma en el cual la ley no acompañe prácticas de exclusión, normalización de los individuos, ni presente mecanismos de control social. La misma busca crear un instrumento que desacredite viejos estereotipos. Asimismo, la esfera de discusión sobre la nueva ley se encuentra conformado no solo por profesionales del área de la medicina, sino que se caracteriza por la participación de profesionales de distintas áreas de la salud y otras disciplinas competentes. Al mismo tiempo, el colectivo de usuarios de los servicios de salud se encuentra participando activamente no solo en lo que concierne a lo establecido en la ley sino también en la comunicación con la sociedad con el fin de lograr la participación y compromiso ciudadano, no solo para su elaboración sino también para su posterior ejecución y proceso de cambio de subjetividad social.

La formulación de la presente Ley ha contado con la participación e interés de grupos sociales con afinidad a la temática quienes han planteado su visión respecto al objetivo y abordaje que debe encarar la ley, también se busca profundizar en los aspectos que no acompañan, reflejan y visualizan el cambio de paradigma. De este modo, organizaciones sociales, estudiantiles e instituciones universitarias crearon la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental con el fin de concretar una ley justa, inclusiva y humanizadora. La participación de las organizaciones sociales como vía de reflexión sobre la ley, su propósito y los procedimientos para la aplicación de la ley y la puesta en acción de los cambios que plantea.

Primeramente, considero relevante destacar la terminología que se emplea en la Ley para

referirse a los usuarios de los servicios de Salud Mental: personas con Trastornos Mentales. Esta terminología ha sido cuestionada y criticada por varios colectivos sociales entendiendo que la misma no condice con el cambio de paradigma y que contrario a promover la integración de las personas, refuerza la discriminación y estigmatización. Al mismo tiempo, esta manera de referirnos y de definir a los usuarios mantiene las bases anteriores, diagnosticando y encasillando a los individuos en patrones estereotipados. Adicionalmente refleja cómo la temática sigue vinculándose fuertemente con aspectos médicos, fisiológicos y a la disciplina médica. De acuerdo a la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental (CNLSM) la denominación “trastornos mentales” atenta contra la perspectiva de DDHH posicionándose en el paradigma de lo patológico y enfatizando lo que sobra o falta para considerarse un sujeto normal. Adicionalmente, entienden que la ley no incluye el abordaje disciplinario en las diferentes etapas durante el proceso de atención generando así idealmente un enfoque psicosocial y comunitario en los dispositivos de atención.

De acuerdo al artículo Nro. 2 y tomado de la definición de Salud Mental formulado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2013, “(...) se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Ley 19.529,2017).

Anteriormente, desde la perspectiva biologicista, la salud mental y lo patológico se vinculaban con aspectos individuales, orgánicos y no como manifestaciones de aspectos del contexto de los individuos afectados. Al comienzo de la ley podemos observar su inclusión en el apartado de definición reflejando un cambio en la forma que concebimos al hombre en sociedad, sujetos complejos atravesados, una concepción integral de los seres humanos. Esto significa cambiar la forma de concebir y/o entender el origen de la problemática ya que no podemos reducirla a aspectos singulares y genéticos exclusivamente y pensar en la posibilidad de su manipulación. Actualmente nos encontramos frente a un análisis mayor que no solo comprende las singularidades, sino que comprende aspectos socio históricos y geográficos que tienen incidencia en el desarrollo de las crisis en la salud mental de las poblaciones. Esto conlleva pensar en aspectos altamente complejos y que necesitan diferentes modos de abordaje para su comprensión y posterior trabajo. En concreto, significa entender que la cultura tiene gran influencia en el desarrollo y manera de concebir el sufrimiento psíquico ya que en la misma se gestan las tensiones y se definen los modelos de vida comunes en una sociedad, decantado lo patológico o fuera de la norma. Por tal razón, los modelos de trabajo en Salud Mental deben adecuarse a las comunidades, cultura con el fin de comprender las subjetividades, los conflictos, poder teorizar

sobre sus orígenes y cómo poder impulsar las corrientes prevención y promoción en Salud Mental. De acuerdo al artículo Nro. 2°:

“La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental” (Ley 19.529, 2017).

Continuando en esta línea de análisis, poder elaborar un plan de acción para lograr la aplicabilidad de los enunciados propuestos en la ley, significa no solo el cambio de la estructura presente, el etnocentrismo que tiende a reproducir modelos sin considerar los aspectos particulares y al mismo tiempo descentralizar el conocimiento considerando la interdisciplina como medio de abordaje óptimo. Esto significa también descentralizar el poder, en el entendido de que la complejidad de la presente temática requiere la participación de especialistas de varias disciplinas, de los colectivos en torno a la salud mental, usuarios, familiares, representantes estatales y gubernamentales con el fin de prestar las correspondientes garantías. Justamente esto último, representa uno de los mayores hitos en relación al cambio de paradigma ya que no solo se refiere al cambio en el modo en concebir la salud mental, sino que también comprender que la esfera de lo psíquico no tiene única relación con la disciplina médica y que por sobre todo el cambio de abordaje tiene que ver con la incorporación de otras disciplinas y sus metodologías.

De acuerdo al artículo Nro. 16 en lo que refiere a los modelos de atención, la nueva ley propone organizar la estructura de acuerdo a los niveles de complejidad, focalizando su estrategia en la atención primaria en salud y priorizando el primer nivel de atención. El primer nivel de atención en salud representa la puerta de entrada de la población al sistema de salud y tiene como objetivo principal el desarrollo de actividades de prevención y el ser promoción de la salud, diagnóstico precoz y tratamiento tomando como eje las necesidades de salud más frecuentes en la comunidad en la cual se encuentra ubicado dicho centro de atención.

“La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación” (OMS,2016).

La atención primaria de salud tomó relevancia internacional en el año 1978, cuando los

Estados Miembros de la OMS firmaron la Declaración de Alma-Ata. Dicho evento político sobre salud mental planteó un conjunto de valores, principios y enfoques con el fin de contribuir a la mejora de la salud sobre todo en poblaciones desfavorecidas. De forma novedosa, se expresa que las causas de la mala salud y/o enfermedad no eran territorio de abordaje únicamente de la medicina y el sector de la salud y que por ende debía abordarse de forma integral y que se caracterizará por ser de acceso a toda la población mundial.

Tomando la situación actual, “Una gran proporción de los recursos se destinan a los servicios curativos, pasando por alto las actividades de prevención y promoción de la salud, que podrían reducir en un 70% la carga de morbilidad a nivel mundial” (OMS,2008).

Otro de los principales aspectos a considerar de la presente ley tiene que ver con su denominación, “en clave de derechos humanos”:

“La dignidad humana y los principios de derechos humanos constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de cualquier otra índole y en todos los ámbitos de aplicación que guarden relación con la salud mental” (Ley 19.529,2017).

De acuerdo a la definición formulada por las Naciones Unidas:

“Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles” (ONU,1948).

Habiendo realizado una profunda lectura en relación a la historia de la locura, podemos observar grandes vacíos en lo que concierne a los derechos humanos cuando nos referimos a Salud Mental. La historia pasada y aún el presente nos muestra las fallas que se han cometido y cómo se han vulnerado los derechos de los individuos a lo largo de la historia, particularmente en aquellos que han sido víctimas de los sectores dominantes. Si bien debemos considerar como punto de partida la Declaración Universal de los Derechos Humanos del año 1948, la misma no se encontró reflejada en el encuadre legal sobre la temática de salud mental mundialmente y por consiguiente en el Uruguay. Parece natural hoy hablar de derechos humanos y resulta imposible concebir una ley del estilo que no centre su discusión en este aspecto que no se relaciona únicamente con la salud mental sino con el ser humano en sí mismos.

La violación de los Derechos Humanos de las personas que son y han sido usuarias de centros hospitalarios psiquiátricos representa una temática de alta complejidad ya que envuelve a toda la estructura social desde la población, el encuadre legal, las subjetividades, las prácticas establecidas, la centralización de las decisiones por parte de jerarquías médicas y estatales, técnicos y funcionarios de dichos centros de internación. Esto tiene estrecha relación con los modelos de abordaje académicos que se han impartido en varias generaciones basadas en el autoritarismo y en la no consideración de aspectos humanitarios en las prácticas masivas.

La Ley de Salud Mental plantea el cierre paulatino de las actuales instituciones monovalentes y asilares para el año 2025, dicho proceso que se ha llevado a cabo en otros países pasando a un modelo alternativo que busca promover la inclusión, participación colectiva, controlar la institucionalización y ofrecer vías de rehabilitación que no tengan que ver con la reclusión y medicación estrictamente. Ofrecer programas integrales que comprendan el abordaje dentro del contexto social en el cual se encuentran los individuos, formulados y regulados por equipos interdisciplinarios que ofrezcan opciones de acuerdo a cada singularidad y que consideren no solo el trabajo ante la crisis, sino que destinen sus esfuerzos en pos de lograr una mejora en la calidad de vida que prevenga el desarrollo de posibles padecimientos psíquicos.

En lo que refiere particularmente a la ley, se crea la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública. Dicha comisión tiene dentro de sus principales funciones la responsabilidad de velar por el resguardo de los DDHH funcionando como un organismo de control que regulará el cumplimiento de los estipulado en la ley y relevará proactivamente el cumplimiento de los DDHH.

Análisis comparativo de la Ley 9.581 y Ley 19.529.

Habiendo realizado un relevamiento de las leyes 9.581 y 19.529, considero pertinente poder realizar un análisis comparativo que permita dar cuenta de las diferencias entre las mismas. De este modo, poder pensar cuál es la concepción y abordaje que legitima la Ley de Salud Mental y pensar en los desafíos para la implementación de los cambios propuestos.

Para comenzar, tomaré unos de los aspectos de mayor contraste entre una y otra ley, su nombre. Como se menciona en el apartado referente a la Ley 9.581, la misma se denominada Ley del Psicópata categorizando a los usuarios como individuos peligrosos cargados de connotaciones negativas. En contraste, la Ley 19.529 se denomina Ley de Salud Mental. Este aspecto representa un cambio circunstancial desde el inicio, desde su presentación. Este cambio refleja un cambio de

paradigma que indica que la salud no tiene que ver únicamente con aspectos fisiológicos, sino que también incluye aspectos del plano psíquico. Esto representa un cambio en la manera de comprender y abordar las dolencias entendiendo que la salud tiene que ver con la integralidad del sujeto tanto en el plano físico como emocional.

Por otro lado, si bien se ve reflejado un cambio en la manera en la denominación de la Ley, la terminología utilizada para hacer referencia a los usuarios sigue quedando en el debe. La Ley 9.581, del Psicópata, utiliza la expresión “enfermo psíquico” y la Ley 19.529, de Salud Mental, los caracteriza como “personas con trastornos mentales”. Este aspecto, visible apenas comenzamos a analizar la Ley, nos muestra cómo se mantiene reforzada la primacía de la medicina y su terminología por encima del resto de las disciplinas. Esto conlleva a mantener determinados preconceptos que se asocian a la temática de Salud Mental y que contribuyen al distanciamiento de los usuarios y del resto de la sociedad civil.

La sociedad en su totalidad es también responsable ya que todos nos encontramos insertos en un contexto social que en su medida genera situaciones que conllevan al desarrollo de crisis psíquicas. No somos seres independientes de nuestro contexto y del sistema y estos son fuertes generadores de estas problemáticas. Por tal razón, no sólo es relevante considerar los planes de atención en salud sino cuestionarnos qué estamos reproduciendo como sociedad y cuestionarnos si el modelo operante es un generador de tales padecimientos. Esto significa dejar de pensar en patologías individuales y complejizar la temática para poder realmente abordar con seriedad la prevención y promoción de cuidados en salud mental.

De acuerdo a este cambio, nos introducimos a otra de las diferencias que se presentan entre las leyes, prevención y promoción en salud mental en lugar de asistencia reactiva. Este punto tiene que ver con el desarrollo del primer nivel de atención en salud que se funda en la idea de asesorar a la población en aspectos de prevención y promoción en salud. Este aspecto tiene que ver con ofrecer espacios de asesoramiento, información y acompañamiento con el fin de promover la mejora en la calidad de vida de las personas y disminuir el desarrollo de enfermedades y/o sufrimiento psíquico. Promover hábitos de vida saludables que logren concientizar en el cuidado de salud logrando anticiparnos a posibles dolencias que puedan afectar la calidad de vida de los individuos. En contraste, la Ley del Psicópata se centraba en definir un modelo de respuesta para con los psicópatas mientras que la Ley de Salud Mental además de definir cómo se abordará, enfatiza en aspectos que tienen que ver con buscar disminuir el desarrollo de las mismas a través de la implementación de actividades de prevención y promoción.

Adicionalmente, la Ley 19.529 suma uno de los aspectos más delicados en relación a la temática, la protección de los Derechos Humanos. Como hemos visto, la historia de la locura es una historia de abusos, maltratos y exclusión. Por tal razón, entender a la salud mental como un derecho y velar por el respeto de los Derechos Humanos de los usuarios representa uno de los cambios históricos más importantes en lo que concierne a la forma de concebirla. Garantizar la

atención de los individuos ofreciendo alternativas adaptadas a las particularidades de los individuos basándose en el desarrollo su autonomía y empoderándolos en el cuidado de su propia salud como así también asegurando que las prácticas se realicen en el amparo de los Derechos Humanos. Es decir, sujetos como sujetos de derechos.

Asimismo, en relación al abordaje, nos encontramos frente dos cambios que además de reflejar un cambio de paradigma, representa uno de los desafíos más importantes para la real puesta en marcha de la Ley. Este cambio tiene que ver con el abordaje multidisciplinario y las propuestas alternativas al encierro. Primeramente, tomaremos el cambio que estipula que la salud mental debe ser abordada desde la multidisciplinariedad. Anteriormente, la medicina y en concreto la psiquiatría, se posicionaba como la disciplina que se ocupaba de la salud mental. La Ley de Salud Mental refleja el cambio de paradigma entendiendo que la salud mental no se vincula únicamente con una disciplina o saber, sino que requiere del trabajo de un conjunto de disciplinas, técnicos y comunidades con el fin de ofrecer un abordaje integral.

En segundo y último lugar, destacaremos la propuesta de cierre de los hospitales asilares y monovalentes plasmada en la ley, promoviendo el desarrollo de propuestas alternativas fundadas en la inclusión social. El modelo que legitimó la Ley del Psicópata fue el encierro. En contraste, la Ley de Salud Mental propone el desarrollo de proyectos alternativos comunitarios que suplanten el modelo manicomial actual logrando el cierre definitivo de los hospitales para el año 2025. De este modo podemos visualizar el cambio en lo que concierne no solo al abordaje y las propuestas de acción sino también un cambio que tiene que ver con la manera de concebir la salud mental. En lugar de aislar la temática se busca integrarla a la sociedad intentando naturalizarlo y entendiendo que es un tema que nos comprende y puede afectar a todos. Asimismo, comprender que todos los sujetos somos iguales en derechos y por ende la vida en sociedad, la socialización, la pertenencia y las posibilidades de independencia y autogestión son puntos claves al hablar de salud y salud mental en específico.

Uno de los fuertes reclamos en relación a la nueva ley de salud mental tiene que ver con la inclusión de los aportes que han realizado disciplinas no médicas. Entendiendo que la ley establece la multidisciplinariedad como forma de abordaje, también la elaboración de la ley debe considerar las propuestas de dichas disciplinas vinculadas a la temática. Tal reclamo tiene relación con el pedido de descentralizar la toma de decisiones en una única disciplina considerando la interdisciplinariedad como modelo de abordaje en un tema de tal complejidad. El abordaje integral solo será viable a partir del trabajo en conjunto de distintas disciplinas. Si bien la ley hace referencia a este último punto, el eje sigue permaneciendo en el plano médico simplemente notando el modo de referirse a los usuarios como personas con trastornos mentales. Asimismo, el cambio de paradigma se basa en la toma de acciones para evitar la segregación, discriminación y exclusión social lo que sin duda en la práctica no logrará su cometido entendiendo a las problemáticas de salud mental como trastornos mentales, sujetos portadores de

trastornos mentales. Otro aspecto que ha generado mucha preocupación se relaciona con la falta de un plan de acción para lograr los objetivos expresados, entendiendo que el proceso deberá velar por no reproducir las prácticas actuales y al mismo tiempo brindar soluciones para la reinserción de gran parte de la población usuaria que cuenta con años de internación.

“La desaparición del “modelo asilar” debería acompañarse de la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener y prestar los servicios necesarios y adecuados para nuestra población. Debería enfocarse en el uso de la internación en forma breve; en la psicoterapia, haciendo énfasis en la integralidad de la asistencia; privilegiar el desarrollo de estrategias en rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario; en la educación no sólo del usuario sino también de la familia, de los trabajadores de la salud y la comunidad en general” (De León, Fernández, 2013, pg. 20).

Asimismo, de acuerdo a experiencias en otros países, que han sido pioneros en la presente temática, se reclama un órgano revisor autónomo e independiente del Ministerio de Salud Pública con el fin de velar por el cumplimiento de lo establecido. La vocera de Vilardevoz, Mag. Lic. Cecilia Baroni, explicó, además, que en Uruguay no existe un órgano independiente del Ministerio de Salud Pública que se encargue de velar por los Derechos Humanos. La Comisión plantea que esa figura exista funcionando como un ente independiente que intervenga e investigue si suceden casos de abuso o de violación a los derechos humanos de las personas con padecimientos psíquicos y psicológicos.

La temática de Salud Mental y la Ley que se ha formulado ha contado con la participación de varias agrupaciones sociales que, de forma directa o indirecta, se encuentran vinculadas con la temática. En paralelo, podemos notar cómo la problemática comienza a expandirse y llegar a sectores de la población que ignoraban la temática o que entendían que era responsabilidad del estado y debía ser solucionado a través de medidas asistenciales del gobierno. Hoy en día, si bien aún sigue existiendo porcentajes de la población indiferentes al tema, grupos sociales organizados han participado activamente no solo del proceso para lograr concretar una Ley de Salud Mental sino también cuestionarla y definir los modos para su aplicación. A continuación, a modo de conclusiones tomaré esta ley híbrida que podríamos decir, refleja una tensión entre las viejas y nuevas concepciones.

Conclusiones.

Habiendo realizado un recorrido histórico de las concepciones en torno a la locura a nivel internacional para poder introducirme en la historia de la locura en nuestro país, significó poder lograr un acercamiento a los distintos tiempos históricos, las construcciones sociales y jurídicas y por sobre todo el sistema de creencias de cada momento histórico. A partir de esto se hizo posible poder introducirse en específico en la historia de la locura en sí misma y por consiguiente poder visualizar los modelos de concebirla y abordarla tomando el plano jurídico como aspecto que representa dicho momento histórico-social. El sistema de creencias que define cada época y el modelo socio-económico tienen gran influencia en la producción de subjetividades y en las formas de comprender y abordar las problemáticas, en particular la locura.

Este recorrido, de carácter bibliográfico, se ha caracterizado por intentar comprender las particularidades de cada época, conocer las características de la sociedad en cada momento, los agentes socializadores y las instituciones que a través de la historia han incidido en o definido las “verdades”. Asimismo, comprender que las problemáticas varían en cada época ya que definir las como problemáticas tiene que ver con la construcción social. Las preocupaciones y/o concepciones sociales van cambiando y, en consecuencia, la idea de lo que es la locura ha ido variando con el pasar del tiempo. Al mismo tiempo, el desarrollo de disciplinas sociales ha influido fuertemente en la investigación y concientización de ciertos aspectos que han estado siempre en la órbita del tema de la locura.

Centrándonos en nuestro país, hemos visto que nuestra historia de la locura se inicia en la época denominada del encierro representada por la construcción del Hospital Vilardebó y posteriormente de las Colonias de Alienados. El modelo de encierro se encontraba operante en los países europeos y por consiguiente llegó a Uruguay para instaurarse como el modelo de abordaje de la época. El encierro pasó a ser una medida que “solucionaba” y/o servía de herramienta para la reclusión de personas no solo categorizadas como enfermas mentales sino también como lugar donde se internaban a todos aquellos que por distintas razones no lograban cumplir con la norma social. Este vertedero de personas trajo consigo lo inevitable, el hacinamiento, el deterioro edilicio, la falta de técnicos suficientes, la inequidad de la inversión económica de acuerdo a la población internada, entre otras. Por consiguiente, en lugar de funcionar como espacio terapéutico transitorio, se convirtió en el hogar de muchas personas que carecían de bienes económicos y/o familia que los acompañara en el proceso. El encierro, como mecanismo de exclusión social (presente hasta nuestra actualidad) ha albergado no solo a aquellos diagnosticados como locos sino también a aquellos atravesados por la pobreza permaneciendo institucionalizados y olvidados por el resto de la sociedad productiva. La primera Ley que toma acciones en relación a la locura fue la Ley del Psicópata que llegó para confirmar legalmente aspectos que se venían dando de hecho y que lejos de comprometerse de forma

humanitaria con la temática, oficializó la exclusión y las relaciones de poder que ya se encontraban vigentes en las instituciones. El resto de nuestra historia como nación no es muy alentadora y esto podemos concluirlo al entender que recién en el presente año se crea una Ley de Salud Mental en nuestro país.

Como vimos anteriormente, entre las leyes existen 81 años de historia que si bien refleja el abandono que caracterizó a la temática, existieron muchas organizaciones civiles que a través de su participación fueron los impulsores y pensadores para que hoy estemos hablando de Salud Mental. Estas organizaciones comunitarias independientes fueron las cuales, en contraposición con los modelos establecidos, comenzaron a poner en práctica proyectos alternativos para el abordaje del sufrimiento psíquico e iniciaron un proceso de concientización social. Sin embargo, algunos de estos cambios se fueron concretando al margen de la jurisdicción y del apoyo gubernamental coexistiendo con las vías tradicionales de abordaje.

Llegando a nuestro momento actual, año 2017, me cuestiono si la Ley de Salud Mental, que tan esperada ha sido por algunos sectores de la población, y que por la vía de los hechos ya se venía poniendo en práctica, representa realmente un cambio de paradigma para quienes lideran en el plano legal y económico el país. Siendo un reconocimiento de la necesidad del cambio, un cambio en la forma de concebir los aspectos psíquicos y por ende la puesta en práctica de nuevos modelos de abordaje. Dicho cuestionamiento tiene que ver con saber si realmente hemos tomado conciencia, como sociedad, frente a la temática o simplemente estamos intentando instaurar jurídicamente un cambio con el fin de igualar los procesos que han pasado otros países de la región y del mundo. Una de las razones por las cuales planteo esta incógnita tiene se relaciona con algunos aspectos de la ley que la refleja a sí misma como una especie de híbrido entre las viejas y nuevas concepciones.

La Ley de Salud Mental debería romper con la exclusión y con las creencias subjetivas que se han creado a su entorno con el fin de naturalizar el tema y entenderlo como algo que puede presentarse a cualquier individuo en alguna/s etapas de su vida y que no corresponden únicamente a aspectos fisiológicos, sino que son también manifestaciones del tiempo en que vivimos, de la sociedad y de los sistemas en los cuales estamos insertos. Por tanto, y en relación a la propuesta de la Ley de Salud Mental, ¿la inclusión de otras disciplinas y el abordaje interdisciplinario representa una propuesta real o nos encontramos ante la misma doctrina camuflada?

La inclusión de los conceptos de promoción y prevención en Salud Mental, deben considerarse no solo como insumos para promocionar hábitos de vida saludables sino también para aceptar de una vez que nuestro entorno, los sistemas económicos, la miseria y las presiones sociales son fuertes debilitadores de la Salud Mental. Ya no podemos realizar un diagnóstico basado simplemente en sintomatología. La complejidad del tema requiere considerar la integralidad de los sujetos de acuerdo al contexto en el cual se encuentran insertos. Esto nos

llevará a pensar que el abordaje no siempre tiene que ver con eliminar el síntoma, sino que la solución se puede encontrar en otros aspectos que tienen que ver con el contexto social y las necesidades de las personas.

“Ante la sobre explotación, ante las nuevas formas de cansancio que producen los medios tecnológicos avanzados, ante una vida atravesada de exitismo, competitividad, condiciones laborales extremas, los ideologismos dominantes parecen decirnos, por todos lados, “el problema es suyo, no es del sistema, no es del entorno, es suyo” (individualización)” (Pérez, 2015, pg.3).

Al inicio del presente trabajo de egreso, uno de los cuestionamientos más fuertes que impulsaron la elaboración de la presente monografía era dilucidar cómo se había originado el cambio de paradigma. Aún ahora, habiendo realizado un recorrido histórico, me pregunto si el cambio que se pretende concretar a partir de la formulación de la Ley es producto de un cambio de subjetividad de nuestros gobiernos y de nuestra sociedad en respuesta al modelo de encierro y las prácticas abusivas que existen en los supuestos centros de rehabilitación o si el cambio tiene que ver con el aumento de la población que transita por internaciones, el incremento de consultas psiquiátricas, el aumento de consumo de psicofármacos y en consecuencia la extensión del padecimiento psíquico que ahora no solo se vincula con aquellos institucionalizados sino también con el resto de la población.

Por último, y cómo forma de cierre del presente trabajo final de egreso, me gustaría incluir algunas reflexiones en torno a al proceso que se inicia en el presente, habiendo comenzado a regir la Ley de Salud Mental. Uno de los puntos más fuertes de la Ley, y que representa la puesta en práctica del cambio de paradigma es la propuesta de cierre de las instituciones monovalentes y asilares con fecha final 2025. Esta propuesta, si bien representa el deseo de gran parte de los grupos sociales vinculados a la temática, no especifica el plan de acción y/o las medidas que se tomarán para poder cumplir con dicho objetivo. Este plan de trabajo se denomina proceso de desmanicomialización. Lic. Mag. Cecilia Baroni lo define como:

“Defino como “proceso de desmanicomialización” al diseño de propuestas, desde una perspectiva integral y de derechos humanos, tendientes a sustituir la lógica manicomial, ante su existencia y persistencia, así como la ausencia de políticas públicas en dicho campo. Propuestas que se nutren de una perspectiva despatologizante y tienen como base la lucha contra la estigmatización generadas desde los colectivos organizados autogestivamente”.

Uno de los mayores temores en relación al cumplimiento de este objetivo, cierre de los hospitales, sin ninguna aparente inversión económica adicional y sin ningún plan de trabajo, es que se termine dando de hecho lo que denominó Baroni como proceso de

“desinstitucionalización” en lugar de proceso de “desmanicomialización” (Baroni, 2016, pg.2). Es decir, establecer el cierre de las instituciones sin contar con proyectos que acompañen dicho proceso y que funden los nuevos modelos comunitarios. De acuerdo a la situación actual de nuestro país, ¿Cómo abordaremos la desinstitucionalización? Existen varios puntos que deben ser considerados para que el cambio sea próspero y no volvamos a reproducir las mismas prácticas manicomiales. Debemos considerar que un gran porcentaje de las personas hoy institucionalizadas cuentan con años de internación y esto significa la pérdida del contacto con el mundo externo, la pérdida de autonomía e independencia y por sobre todo la carencia de recursos económicos para poder construir un plan de vida fuera de las instituciones. De este modo, la participación y compromiso de todos los organismos involucrados resultan fundamentales para poder cumplir realmente con este proceso. Tomando palabras del Lic. Nelson de León:

“Para que sean posibles los cambios del modelo manicomial al abordaje comunitario –además de voluntad política– los mismos deben realizarse basados en el desarrollo de la investigación en salud mental, en la producción de conocimientos y tomando la realidad desde donde se producen los procesos. Y para que sean sostenibles resulta indispensable la organización y participación de las/os usuarias/os con una Ley de Salud Mental que los garantice” (De León, 2013, pg.92).

De acuerdo a lo visto anteriormente, considerando nuestra historia y tomando los avances en materia de Salud Mental y Derechos Humanos de otros países, entiendo que el logro de la concreción de la primera Ley de Salud Mental en nuestro país es sin duda una buena señal de cambio pero que no lo garantiza. Por tal razón, nos encontramos en un momento histórico clave, por sobre todo al cambio de mentalidad que se construye colectivamente, a reclamar medidas para cumplir con los objetivos de forma consciente brindando garantías que acompañen el proceso de cambio y el empoderamiento.

A modo de finalizar, y a modo personal, entiendo que el aspecto clave de esta “revolución” tiene que ver con uno mismo y con el otro. No se debe limitar la responsabilidad a la participación gubernamental, a las leyes jurídicas o a los presupuestos económicos, sino que el poder más fuerte es el poder colectivo. La solidaridad, el afecto, la empatía y la naturalización de la locura cómo aspecto indisociable del ser humano son puntos claves para poder pensar en la prosperidad de todos estos cambios. Asimismo, mantener una postura crítica con el fin de contribuir a la mejora de nuestra calidad de vida y de las prácticas que reproducimos como sociedad.

Bibliografía.

Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Asociación de las Madres de Plaza de Mayo.

Aparicio, A., Fernández, L., Laviana, M., López A., López, M., Rodríguez, A. (2007). *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible*. Recuperado: http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2015/03/La_lucha_contra_el-estigma.pdf

Apud, I. y Techera, A. (2010). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: CSIC, Udelar.

Balbuena, F. (2011). R. D. Laing: un "rebelde" que desafió el orden psiquiátrico imperante. Recuperado: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n4/06.pdf>

Baroni, C. (2016). *El ocaso de una promesa. La reforma de salud mental en el Uruguay de 1984 a 1996*. Recuperado: https://www.academia.edu/34762956/El_ocaso_de_una_promesa._C._Baroni.pdf

Baroni, C. (2016). *Un movimiento contra el olvido. Aportes para pensar el proceso de desmanicomialización en el Uruguay de 1985 en adelante*. Recuperado: https://www.academia.edu/28509712/Un_movimiento_contra_el_olvido_Aportes_para_pensar_el_proceso_de

Baroni, C. (2013). *Una Historia de locos. Historia del movimiento de desmanicomialización en el Uruguay de 1985 a la actualidad*. Universidad de la República. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Postulación al Programa de Doctorado, opción Historia.

Barrán, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La ortopedia de los pobres*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Basaglia, F. (2008). La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Buenos Aires: Topia.

Bastide, Roger (1978). Sociología de las enfermedades mentales. México. Siglo veintiuno Editores.

Boehme, V., Nader, A., Ruiz, M. Terapia Electroconvulsiva (TEC) en Psiquiatría infanto juvenil: Experiencia en una clínica privada. María Cecilia Ruiz, Virginia Boehme, Armando Nader. Clínica Los Tiempos. Recuperado:

<http://www.sopnia.com/guiasclinicas/psiquiatria/Terapiaelectroconvulsiva-Dra.Ruiz.pdf>

Casarotti, H., Galeano, E., Gold, A., Otegui, J., Savi, G., Zurmendi, P. (2004)

Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización. Recuperado:

http://www.spu.org.uy/revista/jun2004/02_pautas.pdf

Chiarino, F. (2017/05/19). Organizaciones piden que se modifique Proyecto de Ley de Salud Mental, por considerarlo “estigmatizante”. Crónicas (Diario). Disponible:

<http://www.cronicas.com.uy/politica/organizaciones-piden-se-modifique-proyecto-ley-salud-mental-considerarlo-estigmatizante/>

Cooper, D. (1967). Psiquiatría y Antipsiquiatría. Barcelona: Paidós

De León, N. (Coord.) (2013). Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. Montevideo: Psicolibros waslala.

Heers, Jacques (1988). Carnavales y fiestas de locos. Barcelona: Ediciones Península.

Foucault, M. (1967) Historia de la locura en la época clásica (Vol. 1). México: Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (1967). Historia de la locura en la época clásica (Vol. 2). México: Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (1966) *Las palabras y las cosas*. Francia: Gallimard.

Foucault, M. (1979) *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.

Gil, D. (2007). *Escritos sobre cultura y locura*. Uruguay: Trilce.

Goffman E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman E. (1988). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Guattari, F. y Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta limón

Laing, R. D. (1960). *El yo dividido: un estudio sobre la salud y la nefermedad*. Fondo Cultura Económico.

Ley 9.581: *Psicópatas* (1936). Uruguay. Publicada D.O. 24 ago/936 - Nº 9000. Recuperado: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp330194.htm>

Ley 19.529: *Salud Mental* (2017). Uruguay. Publicada D.O. 19 set/017 - Nº 29786. Recuperado: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484984925618.htm>

Lewkowicz, I. (2001). *Ley jurídica, ley simbólica, ley social*. Recuperado: <https://documents.tips/documents/ley-simbolica-ley-social-ley-juridica.html>

Organización Mundial de la Salud (2008). *Resumen del Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Recuperado: http://www.who.int/whr/2008/summary_es.pdf?ua=1

Moffat, A. (1974). Psicoterapia Del Oprimido. Editorial Humanitas. Buenos Aires: 1974.

Peñalta, R. (2008). *Locos y locura a finales de la Edad Media: representaciones literarias y artísticas*. *Revista de Filología Románica*, Vol. 25. Recuperado:

<https://core.ac.uk/download/pdf/38841079.pdf>

Pérez, C. (2015). Colección proposiciones. Antipsiquiatras. Clásicos y Actuales. Recuperado: <https://www.cperezs.org/wp-content/uploads/2015/02/Antipsiquiatras-clasicos-y-actuales.pdf>

Plan Nacional de Salud Mental (1986). Uruguay. Recuperado: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>

Santos, M. (2016). Cecilia Baroni: “Radio Vilardevoz es un ejemplo de cómo se pueden cambiar las concepciones, los dispositivos de intervención y abordaje en salud mental”. El Telescopio (Blog informativo). Recuperado: <http://eltelescopio.com.uy/cecilia-baroni-radio-vilardevoz-es-un-ejemplo-de-como-se-pueden-cambiar-las-concepciones-los-dispositivos-de-intervencion-y-abordaje-en-salud-mental/>

Szasz, T. S. (1961). El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu.

Techera, A., Apud, I. y Borges C. (2009). La sociedad del olvido: Un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Montevideo: CSIC.