

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

**Sobre locos y locuras:
enfermedad mental puertas adentro: una visión desde Colonia
de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare**

Yenny Andrea Casas
Tutora: María Noel Miguez

2005

Imagen extraída de muestra expuesta en el Ministerio de Salud Pública sobre obras de pintura de pacientes y ex pacientes de Colonia DE Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare, en el 2004. (existente aún hoy en hall del Ministerio de Salud Pública)

Autor: Raúl Alayón, ex paciente de la Colonia.

DEDICATORIA

Esta monografía esta dedicada a aquellas personas que en algún momento han pasado por un Hospital Psiquiátrico, y sobre todo a aquellas que aún siguen allí. A esas personas que han pasado larga parte de su vida en estas instituciones y que quizás han sido olvidadas por sus familias, amigos y por la sociedad en general.

Con este trabajo se pretende mostrar una visión de esta realidad desde un punto de vista científico sí, pero también y sobre todo desde un punto de vista humano.

Este fragmento de Moffatt parece reflejar en un principio el semblante humano que ha hecho al interés por la temática, y que en el desarrollo de la investigación se traducirá al científico:

“... cuando se entra a un hospicio con la expectativa de ver un mundo terrorífico o seductor se sufre una desilusión: la sensación es la de estar en una especie de pueblo de linyeras, de gente muy pobre, muy desesperanzada, aislada entre sí, pero de gente que contesta razonablemente a una pregunta, que pide fuego o un cigarrillo, que prepara su matecito, y no encontramos al delirante (o por lo menos hay que buscarlo bastante) declamando un discurso, ni tampoco nadie intenta atacarnos. Nos damos cuenta de que la imagen del gorro de Napoleón o del loco furioso con un cuchillo en la mano es la proyección de la locura y del temor a la locura de la sociedad de afuera que, además, es la que “inventó” este “sistema” de curación”.¹

¹ Moffat, Alfredo. *Psicoterapia del Oprimido. Ideología y Técnica de la Psiquiatría Popular*. Editorial FVManitas

AGRADECIMIENTOS

He aquí el fruto de sacrificados años de carrera, pero felices al fin... Felices porque han hecho madurar mi mente y espíritu, preparándome no solo para mi desempeño profesional sino para la vida misma.

Después de momentos de angustias y miedos que pudieron hacer temblar mi decisión por esta carrera, puedo decir hoy que nunca fue tan acertada la decisión de haber optado por ser una Trabajadora Social en este bendito Uruguay.

Agradecer, a muchos...

A mis padres... el agradecimiento y la gratitud eterna por ayudarme y apoyarme en mi carrera. Por haberme dado la vida y haberme criado de la forma que lo hicieron; con ideales firmes y objetivos claros. Por acompañarme en todo emprendimiento y soportar angustias, desilusiones, tristezas, malos humores, desplantes y otros; pero mil gracias por acompañarme en los triunfos y enorgullecerse por estos mismos como me lo han manifestado.

A Larita y sus papis: Beti y Marcelo... por estar siempre ahí acompañándome y disculpando ausencias y olvidos, siempre esperando con una sonrisa y unas palabritas que levantaban el ánimo y daba ganas de seguir a esta tía que promete una mayor participación de ahora en adelante.

A Victor... quien me acompañó en los últimos pasos de este proceso de elaboración de la monografía, por apoyarme y contenerme, pero sobre todo por estar... Gracias mi amor!!!

A mis amigas... Yeovane, Rosana, Yoli, Ana María, Carla, Nerina, Karina, y otras..., por desapariciones y ausencias en momentos importantes para todas, por acompañarme y apoyarme en cada momento: felices y no tanto. Por estar siempre ahí y seguir estando.

A mis compañeras de Facu... Daniela, Victoria, Erika, Gimena, Cecilia y otras tantas con las que compartimos momentos inolvidables; desveladas nocturnas, mateadas interminables, horas de biblioteca, frustraciones con el sistema universitario y con nosotras mismas, charlas eternas sobre miedos y ansiedades; en fin... momentos buenos y malos que perduraran en mi recuerdo aún cuando por circunstancias de la vida una se separe de ese grupo de estudiantes que optaron por esta carrera y siempre trabajaron duro para lograr su objetivo.

A Beatriz... quien apoyó desde un principio esta investigación, colaborando fielmente en el transcurso de la concertación de entrevistas y de acumulación de información institucional. Por ser más allá de una trabajadora de la salud, una excelente persona que lucha por hacer la diferencia con su granito de arena en la vida de los pacientes de la Colonia, y por manifestar

orgullo de que esta sobrina se interese por este mundo olvidado que constituye los hospitales psiquiátricos del interior. ¡Gracias tía!

A mi tutora... por acompañar y guiar este proceso, por bancar locuras, angustias y desazones. Gracias...

A la Universidad de la República Oriental del Uruguay... por permitirme la oportunidad de experimentar un viaje por el maravilloso mundo de la educación terciaria uruguaya, enfrentando situaciones precarias de estudio, con sacrificios y priorizaciones; pero descubriendo que ¡siempre se puede!.

Por último y no menos importante... a mí misma, por olvidarme tantas veces, por soportar sacrificios, obtener los triunfos y superar los fracasos. Gracias por llegar a todo lo que alcanzaste; por valorarlo y compartirlo...

Mil gracias!!!

INDICE

| | |
|---|---------|
| Prólogo | Pág. 8 |
| Introducción | Pág. 9 |
| Capítulo I- Enfermedad Mental: en el marco del par dialéctico normalidad- anormalidad | |
| I. 1- Devenir Histórico del concepto de Enfermedad Mental | Pág. 12 |
| I- 2- La internación como forma de tratamiento | Pág. 17 |
| Capítulo II- Enfermedad Mental en el Uruguay Institucionalizador: | |
| Estudio de Campo: Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare | |
| II. 1- Marco legal de la internación “a la uruguaya” | Pág. 21 |
| II. 2- Antecedentes Institucionales de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare | Pág. 22 |
| II. 3- Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare | Pág. 23 |
| Conclusiones | Pág. 38 |
| A modo de reflexión... .. | Pág. 39 |
| Bibliografía | Pág. 40 |

PRÓLOGO

"EL CANTO DEL CISNE"

Demencia

el camino más alto y más desierto

Oficios de las imágenes absurdas; pero tan humanas.

Roncan los extravíos;

tosen las muecas

y descargan sus golpes.

Afónicas lamentaciones

Semblantes inflamados;

dilatación vidriosa de los ojos

en el camino más alto y más desierto.

Se erizan los cabellos del espanto.

La mucha luz alaba su inocencia

El patio del hospicio es como un banco

a lo largo del muro.

Cuerdas de los silencios más eternos.

Me hago la señal de la cruz a pesar de ser judío.

¿A quien llamar?

¿A quién llamar en el camino

tan alto y tan desierto?

Se acerca Dios en pilchas de loquero,

y ahorca mi gañote

con sus manos enormes sarmentosas

y mi canto se enrosca en el desierto.

Jacobo Fijman (poeta interno en Hospital Psiquiátrico de Vieytes).

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, que procura ambiciosamente recapitular de alguna forma el devenir histórico del concepto de enfermedad mental (particularmente para las patologías psiquiátricas crónicas), implica la monografía final exigida curricularmente por la Facultad de Ciencias Sociales para la obtención del título de grado en la Licenciatura de Trabajo Social.

Este trabajo se propone desarrollar un proceso de investigación crítica acerca del devenir histórico del concepto de enfermedad mental, enmarcándose en el par dialéctico normalidad- anormalidad como determinaciones que atraviesan a los individuos en su vida cotidiana y resultan un elemento condicionante para la definición de una patología mental. Este par dialéctico, que se pretende ir develando a partir de algunas conceptualizaciones que de enfermedad mental se han ido realizando desde los comienzos de la modernidad, se intenta reconocer en el proceso de institucionalización que en nuestro país se ha producido en relación a las patologías psiquiátricas, haciendo especial hincapié en la situación concreta de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare.

Si bien con una conceptualización inmediata desde el sentido común podría alcanzarse una primera aproximación al concepto de enfermedad mental, se considera que reconociendo el devenir histórico de este concepto y su apropiación desde la realidad de una institución concreta, se podría alcanzar la esencia del mismo. Con esta pretensión se lleva adelante el presente trabajo, que busca no remitirse solamente a una recapitulación de conceptos teóricos acerca de la enfermedad mental, sino lograr una reconstrucción de los procesos de la realidad que han hecho a la evolución de este concepto y su tratamiento.

Para ello, se procura reproducir intelectualmente –como construcción de un concreto pensado-, el devenir histórico del concepto de enfermedad mental, reconociéndolo también a partir de su opuesto complementario: salud mental. En esta relación de opuestos complementarios, una vez determinadas aquellas pautas que definen a la salud mental podrá reconocerse entonces, cuáles son las que enmarcan la no- salud mental, y por ende desprenderse qué se entiende por enfermedad mental, desde un marco de definición que es atravesado por el par dialéctico anormalidad- normalidad.²

¿Por qué realizar un trabajo de estas características? Porque se considera que es necesario realizar un análisis crítico acerca de cuál ha sido el devenir histórico que ha atravesado al concepto de enfermedad mental (y su opuesto complementario: salud mental),

² De Martino, Mónica. *Una breve aproximación a la producción de conocimientos y procedimientos metodológicos*. In: Revista de Trabajo Social Nº 17 Año XIII Peal. 1999 Pp- 55

para a partir de allí reconocer este marco teórico en el objeto empírico de la presente investigación: *qué aspectos se identifican desde la sociedad uruguaya en un individuo como para categorizarlo como enfermo mental. Si esta categorización se relaciona a la anormalidad, qué tipo de tratamiento recibe este individuo; específicamente a lo que refiere la internación en instituciones psiquiátricas, y específicamente en una en nuestro país.*

Para ello se procurará construir un marco general recabando material bibliográfico redactado sobre esta área desde diferentes perspectivas: médica, psicológica y por supuesto social³. A partir de este marco general, se desarrollará una aproximación de carácter empírico a una institución psiquiátrica concreta como lo es la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare a través de entrevistas realizadas en profundidad, tanto a pacientes internos de la misma, como a los que han sido dados de alta o se encuentran en diferentes programas que implican la vida del paciente fuera de la institución.

Además de los internos y ex pacientes de la institución seleccionada, se realizarán entrevistas al personal de la institución y técnicos, especialmente a aquellos que mantienen contacto diario con el paciente; y a la población de los centros poblados cercanos⁴; elemento que se considera relevante para el análisis de esta institución en particular y sobre todo para enriquecer el concepto de enfermedad mental que se busca delimitar en este trabajo.

³ Puede agregarse aquí que dicho material ha sido reducido a aquello más actualizado y específico para el Uruguay. Incluso ha resultado ser uno de los obstáculos de esta investigación, y a su vez constituir uno de los objetivos de la misma en lo que implica –humildemente- alcanzar un producto concreto acerca de la enfermedad mental en el Uruguay de hoy.

⁴ Vale aclarar, que la institución: “Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare”, se ubica en el límite entre el departamento de Canelones y el departamento de San José. Si bien se encuentra a las afueras de todo núcleo urbano, la distancia de estos es de un par de kilómetros de cada uno. En acercamientos anteriores de esta estudiante a la institución para recabar material para esta investigación, se le ha manifestado por parte de un informante calificado: “¡esto es como otra ciudad que junta a los de alrededor. Fijáte que de Santa Lucía e Ituzangó, casi todos trabajan acá, o tienen algún paciente en su casa!”

**CAPÍTULO I:
ENFERMEDAD MENTAL EN EL MARCO
DEL PAR DIALÉCTICO ANORMALIDAD- NORMALIDAD.**

Se pretende aquí brindar una aproximación a lo que históricamente ha venido definiéndose como enfermedad mental, y cuál ha sido este proceso de conceptualización particularmente para las patologías psiquiátricas crónicas.

Ahora bien, no puede entenderse como un concepto aislado ya que más allá de que el mismo emerja de un complejo de estructuras biológica- psicológicas y sociales, los criterios de "sano" y "enfermo" se encuentran condicionados el uno al otro. En este sentido se considera oportuno aquí, retomar la definición que Roberto Capote establecía sobre la salud como:

"... una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permitiendo al individuo el cumplimiento de su rol social y que está condicionada por el momento histórico del desarrollo de la sociedad."⁵

Desde este concepto puede desprenderse que cada cultura definirá cánones que especifican cuando un individuo es saludable mentalmente y cuando no. De acuerdo a la adecuación del comportamiento del individuo a estos cánones, podrá determinarse si el comportamiento del individuo es normal para esa cultura.

Entonces, puede decirse que esta aproximación al concepto de enfermedad mental se encontrará enmarcada en el par dialéctico anormalidad- normalidad, en donde podrá visualizarse a lo largo de este capítulo cómo este individuo "enfermo" ha sido históricamente segregado a instituciones psiquiátricas, tal cual será analizado posteriormente, en una modalidad de institución totalitaria; particularmente para el caso concreto de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare.

⁵ Capote, Roberto apud Material de clase propio a la materia de Diagnóstico Macrosocial correspondiente a la Licenciatura de Trabajo Social 2002

I. 1- Devenir Histórico del concepto de Enfermedad Mental

El concepto de enfermedad mental es de difícil definición, ya que su contenido involucra en gran medida, un carácter valorativo. Las distintas configuraciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a un individuo como sano o enfermo, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico. Por lo tanto, podría afirmarse que el que una persona sea considerada como enferma mental no sólo dependerá de las alteraciones en su comportamiento, sino de las actitudes de la propia sociedad con relación a esas alteraciones. Otros elementos que sustentan esta dificultad para la definición radican en la diversidad existente de modelos explicativos para los procesos psicológicos vinculados a la enfermedad mental; así como criterios para su definición⁶, imposibilitando el prevalecer uno sobre otro más allá de que sí existan puntos de referencias básicos para un diagnóstico⁷.

Aún cuando se presenten estos obstáculos para la definición precisa de la enfermedad mental como tal, sí puede precisarse en cada momento histórico de las civilizaciones conocidas en el mundo occidental, diferentes comportamientos que podrían encuadrarse dentro de las acepciones existentes de la misma; denominada en ese momento como “locura”, y que pueden hacer a la construcción de este concepto.

En el siglo XVII, se le despojaba a la locura todo sentido humano, apoyándose en la concepción –con un contenido religioso o místico- de que el mayor signo de la misma recaía en una especie de posesión demoníaca que transformaba al hombre en otro diferente del que en realidad era: un hombre común; “normal”⁸. Es así, que en este momento de la historia se le atribuye a la locura un poder divino donde debía purificarse a esos individuos de los demonios que lo aquejaban y lo hacían “transformarse en otro diferente”, ya sea por intermedio de baños celestiales, o quemanzas en hogueras.

Se separa totalmente “la locura” del hombre, responsabilizando si se quiere a un elemento externo; en este caso un demonio. Ese tipo de posición demoníaca era la

⁶ González de Pablo y otros, 1993; Rosen, 1974 apud Álvaro, José Luis. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en Internet vía <http://www.margen.org/suscri/margen16/ateneo.htm>. Archivo consultado en 2005.

⁷ Según el “Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales” a través de diferentes sintomatologías de duración prolongada, así como también comportamientos sociales desajustados.

⁸ Si bien se ha instalado la categoría de “normal” en el análisis de esta etapa histórica, con el fin de dejar clara cuál era la diferenciación que se hacía en esta época, no es hasta llegada la modernidad con el surgimiento de los mecanismos de asistencia en salud mental producto del “despegue” médico y sanitario en Europa alrededor del siglo XVIII. A Carballada (1997)

responsable del comportamiento "extraño" del sujeto, de su comportamiento "anormal". Para "curarlo" debía exorcizársele ese demonio interno a través de diferentes prácticas que lograrían devolverle su carácter de hombre "normal". De esta manera podría concluirse que en esta época a partir de aquello que se consagraba como sagrado, y desde donde se definían las pautas de comportamiento "normal", la enfermedad mental constituía esa posesión demoníaca de la cual debía purificarse al individuo a través de baños celestiales, o quemanzas en hogueras; tratamientos a través de los cuales se lograba evacuar al "espíritu malo" del individuo "enfermo".

El siglo XVIII aportaría una nueva visión, donde la locura ya no sería una superposición del mundo sobrenatural sobre el mundo natural, sino una desaparición de las facultades más altas del hombre, aquellas consideradas como innatas al mismo. Se producía una deshumanización de ese individuo donde ya no se lo consideraba un "hombre común", "normal". Si bien deja de ser un endemoniado se le sigue temiendo, considerándolo como un sujeto peligroso. Por ende debe ser encerrado, excluido de la sociedad, de los hombres "sanos" a través de diferentes instituciones que contendrían entre sus muros a estos "seres anormales" de la sociedad.⁹

De esta manera, cuando un individuo no logra apropiarse de las herramientas necesarias para la resolución de los conflictos mentales que se le presentan en su vida cotidiana producto de su propia historia de vida, del contexto y de la sociedad en la que se enmarca; y por ende comienza a comportarse como "anormal" para el modelo imperante en la sociedad, pasará a ser calificado como "alienado", "diferente", o simplemente "loco".

Entonces, podría señalarse que cada sociedad optaría por determinadas virtualidades o condicionamientos que conformarían el comportamiento de un hombre como "normal", clasificando a aquellos que no se ajustaran a esos cánones de comportamiento como "anormales"¹⁰.

Podría entonces concebirse, que la "locura" como tal constituiría el resultado "fallido" si se quiere, de la adaptación considerada normal o de la integración del hombre a la sociedad de acuerdo a las pautas generalizadas por el poder hegemónico -con todos los condicionamientos socio- políticos y culturales que esto trae consigo según la estructura cultural y societal que

⁹ Según Barran, en ese momento se asociaba a la locura con la entrega a la pasión, a la pérdida del autocontrol y a la violación del orden familiar; en tanto implicaba una desobediencia tanto a la propia conciencia, como al orden social que imponía las reglas de cómo comportarse "normalmente" en esa sociedad. Barran, José Pedro (1995 Pp- 159)

¹⁰ Vale aclarar que en este caso, la denominación "anormal" será utilizada para aquellas patologías psiquiátricas, que podrían enmarcarse en lo que históricamente se ha señalado como locura

enmarque esa normalidad de conducta-. Estas pautas de conducta e integración a la sociedad consideradas "normales", tienen como contraparte aquellas pautas de comportamiento consideradas "anormales" -por aquellos individuos que imponen las primeras- para quienes no logren adaptarse a ellas. Por ende podría decirse que aquellos individuos que no se adaptan a la realidad de la forma esperada, no son inadaptados del sistema, sino adaptados a las condiciones alienadas de la misma.

Siguiendo esta línea de análisis, podría retomarse a Cochrane quien consideraba que la enfermedad mental debía concebirse más allá de un deterioro psicológico o una reacción patológica; como una respuesta adaptativa ante las presiones del medio cuando otras estrategias de afrontamiento no se encuentran disponibles¹¹. No todos los individuos podrán o aceptarán participar de aquellas normas de convivencia que se establecen en la sociedad, producto de una construcción colectiva y de su legitimación por parte de aquellos que actúan de acuerdo a esos criterios de normalidad para el comportamiento, o a los que se les adjudica la función de legitimar esa "normalidad"¹². Y parece ser que deberán afrontar las consecuencias de esta inadaptación para la sociedad enfrentando en muchos casos la internación en una institución psiquiátrica.

Foucault (1991) sostenía que en el contexto socio- económico que se desplegaba a fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, la socialización medicalizada del cuerpo en pos de la fuerza productiva se efectivizó, legitimando la figura de un nuevo "curador" de estas enfermedades. Ya no el cura, sino el médico como herramienta de control social para la legitimación del sistema rector de la normalidad. El médico buscaría el triunfo de la razón y la valorización de la ciencia (en este caso la médica) que parecería expresarse en una matriz positivista traducida en una tecnología de ajuste al *statu quo* imperante en cada sociedad. Desde su saber y poder sobre la enfermedad y su curación, el médico preguntaría y diagnosticaría en una especie de juicio sobre el individuo. Esta psiquiatría se caracterizaría como organicista de origen positivista, la cual enmarcaría la enfermedad mental en un origen físico- cerebral de la misma, una razón instrumental que buscaría controlar y manipular la realidad de este sujeto "perturbado" como un objeto; característica básica del positivismo¹³.

¹¹ Cochrane, 1983 apud Álvaro, José Luis. *Critico de Ciencias Sociales*. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en Internet via www.margen.org/suscri/margen16/ateneo.htm. Archivo consultado en 2005.

¹² Ahora se adjudicarían las causas de la enfermedad mental al avance propio de la civilización con todas sus consecuencias inherentes, que según Barrán (1995: Pp- 127) muchas veces causaban exigencias desmedidas a la realidad de cada hombre. En esta época se le adjudicaba a la enfermedad mental sus causas, a enfermedades propias de la época tales como el alcoholismo, la sífilis, etc. Y actividades que eran consideradas impropias para la moral de la época como el gasto de energía en la sexualidad por ejemplo.

¹³ Barrán, José Pedro. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Volumen III: La invención del cuerpo*.

Ahora bien, este origen físico de la enfermedad generaría una “*legión infinita de crónicos*” como la define Barran, que viviría dentro de una institución por encontrarse incapacitados para vivir en sociedad con la gente “normal”.¹⁴

El siglo XIX agregaría a esta concepción que la facultad más importante que se había perdido es la que definía la humanidad del hombre: la libertad de ser hombre, donde todos sus derechos y privilegios como tal serían tutelados por un tercero, ya sea su familia o el Estado. Incluso se agregaría la internación involuntaria, donde la familia es considerada la representante del individuo en ese momento –quien no puede velar por sus propios intereses y hacerse cargo de él mismo-, con la potestad de internarlo en una institución psiquiátrica si la situación así lo justifica¹⁵.

El discurso psiquiátrico de ese momento revelaba claramente según Barran cuáles eran los valores culturales de esa época, identificando como síntomas de enfermedad o anormalidades, aquellas perturbaciones -tanto en el plano moral, social, como familiar- al orden establecido que exigía una dedicación exclusiva al trabajo -estigmatizando el ocio- para alcanzar el éxito en todos los aspectos, tal como lo establecía la cultura industrial burguesa de la época¹⁶. Así, se tendería a lograr una sociedad de “normalización” según esos estándares, con el fin de homogeneizar a las sociedades y tornar al comportamiento de su población previsible¹⁷. Entonces, podría decirse que la sociedad discriminaria a todo aquel que no se ajustase a las normas preestablecidas por la ideología dominante, apartándolo y considerándolo como “anormal” o “diferente” a través del mecanismo de institucionalización.

Este afán por establecer diferencias entre el “sano” y el “enfermo”, legitimar los cánones establecidos para esta diferenciación y establecer estrategias y dispositivos que los garanticen,

por Barrán como el mayor exponente del organicismo; fundador de la Colonia objeto del análisis empírico de esta investigación.

¹⁴ De esta afirmación, y en el contexto donde emergen nuevos valores fundados en lo que implica una modernidad donde la burguesía como clase privilegiada, e instaurando por ende sus valores y normas como las “normales” para la convivencia en sociedad, ciertos personajes como los pobres, los locos, las prostitutas, los vagabundos, etc. quienes no contribuían a la perpetuación de este orden, son considerados una amenaza al mismo. Por ende, son excluidos de la vida en sociedad a través de una internación, que puede traducirse en control y aislamiento; donde a la enfermedad mental se la relaciona con la incapacidad para adaptarse a las normas y valores sociales imperantes. No se diferenciaba entre quien sufría una enfermedad mental y quien representaba en esa época a un delincuente, vagabundo, etc.

¹⁵ Foucault apud Susana Murillo. *El discurso de Foucault: Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Oficina de Publicaciones del CBC. Buenos Aires, 1996.

¹⁶ Barran, José Pedro. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Volumen III: La invención del cuerpo*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1995. Pp. 164.

¹⁷ Murillo, Susana. *El discurso de Foucault: Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Oficina de Publicaciones del CBC. Buenos Aires, 1996. Pp. 202

sumado al avance de las ciencias -sobre todo en la medicina-, resultan en la consolidación de la psiquiatría como una nueva especialidad médica. Ahora bien, parecería ser claro que si bien esta nueva especialidad de la medicina invocaría ahora la internación como actividad terapéutica y no como una forma de impedir sus desórdenes a lo establecido como lo "normal" sino "por su propio bien", lo cierto es que seguiría siendo la misma realidad de asilamiento y aislamiento que vivían estos alienados antes.

Castell expresaba:

*"...el loco (...) foco de desórdenes, hay que reprimirlo más que nunca, pero según un sistema de punición distinto del establecido por los códigos para aquellos que han transgredido las leyes voluntariamente ya sean estos delincuentes, vagabundos, etc."*¹⁸

Mientras el siglo XIX se caracterizó por un énfasis en la descripción y clasificación de las enfermedades (una explicación somática si se quiere), el siglo XX se caracterizaría por la introducción y el desarrollo del psicoanálisis, la expansión de la clasificación nosológica de las enfermedades mentales, el desarrollo de la neurología, la fisiología y la bioquímica (bases del desarrollo de la psiquiatría organicista), el auge de la psicofarmacología y, por último, el inicio de concepciones psico- sociológicas de la salud y la enfermedad mental. Surge también uno de los principales aportes que marca el paso de un modelo organicista que buscaba "ordenar y clasificar el mundo en modelos pre-fijados"¹⁹ a otro: el psicoanálisis encabezado por la figura de Freud que procuraba escuchar a su paciente revalorizándolo como individuo que tenía algo que decir; al menos respecto a su propia patología.

Paralelamente, surgía en los años sesenta el denominado "movimiento anti-psiquiátrico" encabezado por T. Szasz y D. Cooper, quienes rechazaban el concepto tradicional de enfermedad mental como anormalidad bio- psíquica donde aquel individuo que padecía una enfermedad mental que respondía a determinados síntomas ya pre- fijados para cada patología era considerado anormal, junto al modelo médico tradicional aplicado a la psiquiatría y el manicomio-asilo como mecanismo represivo²⁰. Parece claro el hecho de que este movimiento intenta evidenciar una imagen nefasta de la psiquiatría como tal y de la modalidad de

¹⁸ Castel, Robert. *El Orden Psiquiátrico* In: Genealogía del Poder N°5. Ediciones La Piqueta. Madrid, 1980. Pp-25.

¹⁹ Álvaro, José Luis. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en Internet via <http://www.margen.org/suscri/margen16/ateneo.htm>. Archivo consultado en 2005.

²⁰ Pérez, Guillermo. *Enfermedades Mentales y Antipsiquiatría*. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en Internet via <http://www.margen.org/suscri/margen16/ateneo.htm>. Archivo consultado en 2005.

institucionalización que trae consigo, la cual considera que termina por generar o cronificar más la enfermedad mental dentro de sus muros. Puede decirse que este trabajo retoma, o al menos buscará poner en evidencia o no los principios de este movimiento, en tanto procura analizar críticamente este modelo manicomio- asilo que puede asociarse a la institución escogida: la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare.

No se pretende aquí ahondar demasiado en estas complejidades médicas que no hacen al objeto de esta investigación, pero sí se considera relevante establecer esta diferenciación en el tratamiento que hace a lo que es el devenir histórico de la enfermedad mental como tal.

I. 2- La internación como forma de tratamiento.

Basaglia expresaba:

“Si la enfermedad puede ser entendida como la condición de quien se pone fuera de la norma, la institución es la sanción que tiene la función de llevar al anormal a la normalidad; es por lo tanto el lugar dentro de la norma para las desviaciones de la norma”.²¹

Si entendemos la locura como la condición de quien se coloca “fuera de la norma” establecida por la sociedad normalizadora –como expresaba anteriormente la definición establecida por Basaglia-, sería lógico pensar que la misma cree mecanismos o estrategias que perpetúen el orden establecido, aislando esas perturbaciones. Podría decirse entonces, que el hospital psiquiátrico surge como un dispositivo de control y contención de la enfermedad mental, así como también una forma de respuesta para quienes intentaban transgredir los límites de lo normado y establecido por la ideología dominante.

Siguiendo los planteamientos de Foucault:

“La “sociedad de normalización” tendió a la homogeneización de toda la población a los efectos de tornarla previsible... surgen una serie de técnicas que representaron un acontecimiento institucional, ya que a través de ellas el Estado se hizo cargo por primera vez de todos aquellos que resultaban peligrosos para la seguridad de la población. Esos lugares de reclusión desarrollaron procedimientos de adiestramiento del cuerpo y por su intermedio del comportamiento.”²²

²¹ Basaglia (1974) apud Autores varios. Capítulo III: *Una mirada sobre la repetición y el cambio en la comprensión de la locura*. In: *La Función Social de la Locura*. Editorial Espacio. Buenos Aires, 1988. Pp- 25.

²² Foucault apud Bleger, I. *Psicoanálisis y dialéctica materialista*. Paidós. Buenos Aires, 1958 Pp- 202

Puede observarse que las sociedades modernas han intentado erradicar la conducta que se desviaba de la que era considerada “normal” para el comportamiento de un individuo, aislando a estos “anormales” en instituciones especializadas en “corregir” esa conducta “diferente o rara”, produciéndose una imposición de poder desde el que produce y constituye un comportamiento como “normal” en la sociedad hacia ese individuo “loco” u “anormal” que no encaja. Según Barran, este comportamiento “normal” podría identificarse con el predominio de lo intelectual sobre lo emocional; la razón sobre los sentimientos.

Es claro entonces, que el internado en sus formas iniciales haya funcionado como un mecanismo social que permite a la sociedad alejarse de aquellos individuos diferentes, raros, “anormales”, “locos”, y a los alienados de aquel ambiente que podía contener y reproducir su enfermedad logrando así recobrar la voluntad “racional” del individuo para un comportamiento acorde a las normas. Desde allí, la internación constituyó –desde la ideología dominante- un modo de preservación de esos individuos enfermos para el cuidado de su salud.

Ley 9. 581 del 8 de Agosto de 1936: Asistencia a Psicópatas

Artículo 1: *Todo enfermo psíquico recibirá asistencia médica y podrá ser atendido: en su domicilio privado o en otra casa particular; en un establecimiento psiquiátrico privado o en un establecimiento psiquiátrico oficial, cuya organización técnica se ajustará a los reglamentos que se dicten.*

Artículo 4: *Se entiende por establecimiento psiquiátrico: todo sanatorio o casa de salud sostenido por particulares o sociedades -laicas o religiosas) donde se asiste más de un psicópata. Deberá estar a cargo de un director que será médico, con autorización oficial para el ejercicio de la profesión.*

¿Qué características presenta una institución de este tipo? Goffman ha caracterizado esta institución para pacientes psiquiátricos como totalitaria, en tanto constituye:

“[...] el manejo de muchas necesidades humanas a través de la manipulación burocrática de grandes grupos de gente. En tales circunstancias, los deseos y necesidades del individuo se subordinan a la operación sin problemas y regularizada de la institución”.²³

Una vez institucionalizado el paciente psiquiátrico ya no puede tomar decisiones por él mismo, perdiendo su libertad en muchos sentidos: libertad personal, libertad de ambulación, libertad de manejo de sus bienes, etc. Cada actividad es estrictamente programada y

²³ Goffman apud Cashdan Sheldon. *Psicología de la conducta anormal*. Editorial Prentice. New Jersey, 1973. Pp-93

debidamente autorizada por la autoridad del establecimiento y reflejada en una planilla de horario: comidas, horarios de sueño, aseo, visitas, actividades extras, etc.

¿Se toman en cuenta entonces las necesidades, deseos y sentimientos de los pacientes al momento de su ingreso y en el proceso de su internación? En diferentes textos médicos se plantea que el ingreso de cualquier individuo a una institución genera sentimientos diferentes sobre él mismo y la situación que está viviendo. Cook y Fontaine, por ejemplo, enumeran diferentes reacciones afectivas de los pacientes al momento de su internación en un hospital psiquiátrico:

- i. *Ansiedad*: como una reacción del individuo al miedo, al dolor o a la pérdida de algo.
- ii. *Impotencia y desesperación*: como reacción de enfrentamiento a una situación que se les ha impuesto y que deberán afrontar en su vida, que quizás puedan no entender.
- iii. *Culpabilidad*: como referencia a situaciones o comportamientos pasados que se cree pudieron contribuir a su enfermedad.
- iv. *Soledad*: como el sentimiento que experimenta una persona al ser separada de sus seres queridos, reemplazando ese entorno por un extraño y frío entorno institucional.
- v. *Enfado y Hostilidad*: como la reacción ante el miedo, dolor o pérdida de algo al ser internado en un establecimiento de este tipo.²⁴

Además de los sentimientos que puede profesar el institucionalizado, existe otro elemento importante a retomar: el hecho de que cuando llega por primera vez a la institución posee una “cultura propia” que trae “del exterior” producto de su vida cotidiana, y si bien la institución no puede reemplazar esa cultura sí se producirá una especie de aculturación o una asimilación de la propia cultura de la institución. Esta afirmación radicaría en el hecho de que al ingresar en la institución se modifica la vida cotidiana del paciente tal y como la venía viviendo.

Ya no existe una libertad de desplazamiento, ni de tenencia libre de propiedades individuales²⁵, deben acatarse normas de comportamiento y horarios para determinadas actividades, etc.²⁶

²⁴ Cook, J. S.; Fontaine, K. L. *Enfermería Psiquiátrica*. Editorial Interamericana Mc Graw- Hill- Madrid, 1990. Pp. 10- 12)

²⁵ De diversas entrevistas tanto a profesionales como a internos se desprende que deben solicitar permiso a la dirección para comprar o recibir elementos materiales en la institución.

²⁶ Estos aspectos serán desarrollados en mayor profundidad en el siguiente capítulo donde se realice un recorrido por la vida de una institución psiquiátrica como lo es la Colonia de Alienados Dr. Bernardo Etchepare, con el fin de ilustrar y contrastar estos conceptos con la realidad uruguaya actual de la institucionalización psiquiátrica

Hasta este punto se han desarrollado diferentes características que hacen a la internación en instituciones psiquiátricas como forma de tratamiento a la enfermedad mental. En el capítulo siguiente se pretende examinar este marco teórico sobre una institución específica en nuestro país: la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare.

**CAPITULO II:
ENFERMEDAD MENTAL EN EL URUGUAY INSTITUCIONALIZADOR:**

Estudio de campo:

**COLONIA DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA
DR. BERNARDO ETCHEPARE.**

Este capítulo intenta plantear el reconocimiento de la enfermedad mental en el Uruguay Institucionalizador, a partir de una institución concreta: la Colonia de Alienados Dr. Bernardo Etchepare. Para ello se analizará críticamente la estructura y funcionamiento de la misma; la realidad de los internos y del personal; desde el marco general planteado anteriormente acerca de la internación como forma de tratamiento.

II. 1- Marco legal de la internación "a la uruguaya".

Con el objetivo de analizar concretamente una institución uruguaya como lo es la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare, se considera oportuno realizar previamente una breve recorrida por la Ley de Asistencia al Psicópata del 8 de Agosto de 1936, con el fin de identificar cuáles son las garantías de un individuo frente a una situación que requiera su internación en una institución psiquiátrica. El artículo 13 de esta ley expresa que:

"Todo enfermo psíquico podrá ingresar en un establecimiento psiquiátrico oficial o privado, en las siguientes condiciones:

- A) Por propia voluntad.*
- B) Por indicación médica.*
- C) Por disposición judicial o policial.²⁷*

Respecto a la primera condición, sobre una internación por la propia voluntad del paciente, requiere la constancia de admisión del médico que lo recibe, una declaración del propio paciente o de su representante legal de su deseo de ser tratado en el establecimiento elegido y la admisión del enfermo por el director- médico del establecimiento²⁸. No es el caso de esta institución, ya que solo se reciben pacientes por derivación judicial.²⁹

Una internación por indicación médica de carácter involuntaria, debe constituir sólo un medio de tratamiento y nunca una privación de la libertad, por lo que se requiere una

²⁷ Ley 9. 581 de 8 de Agosto de 1936: *Asistencia a Psicópatas*. Artículo N° 13.

²⁸ Op. Cit. Artículo N° 14

constancia de admisión del médico que lo recibe y la declaración firmada de un pariente cercano en la que se indique su conformidad, y un certificado de enfermedad psíquica expedido por dos médicos³⁰.

En cuanto a la disposición policial, sólo podrá realizarse en aquellos casos de alienación mental que comprometan el orden público, luego de un juicio médico y la certificación posterior del médico de la institución. En la disposición judicial deberá acreditarse igualmente su envío mediante un informe médico ordenado por la autoridad que dispone su ingreso³¹.

Ahora bien estas disposiciones han sido analizadas por diferentes comisiones; una de ellas la del Mental Disability Rights International³², la cual alega que esta ley es incompatible con los requisitos mínimos establecidos por los Principios de Salud Mental para asegurar garantías contra la detención arbitraria de cualquier individuo. Por ejemplo, no se requiere que el paciente sea peligroso o que necesita tratamiento psiquiátrico para su internación, sino solamente el criterio de un médico que certifique su “enfermedad mental”.

Parecería ser que los espacios vacíos de esta ley o sus carencias de redacción, afectarían a lo que es la realidad actual de un individuo que padece patologías psiquiátricas crónicas en lo que refiere a su internación. Resulta de un inmenso valor esta información para luego interiorizarse en lo que refiere a la realidad de la Colonia, pero antes resulta interesante interiorizarse acerca de la cronología de la internación de la enfermedad mental en Uruguay para luego comprender como afectan estos aspectos prácticos a la misma.

II. 2- Antecedentes Institucionales de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare.

Antes de adentrarse en el análisis de esta institución psiquiátrica, se considera pertinente primero describir como ha sido el proceso de internación psiquiátrica en el Uruguay hasta llegar a las Colonias Psiquiátricas en la actualidad.

Hasta 1860, los pacientes psiquiátricos eran internados en lo que en ese momento constituía el Hospital de la Caridad; hoy en día Hospital Maciel. Desde ese año hasta 1880,

³⁰ Ley 9. 581 de 8 de Agosto de 1936: *Asistencia a Psicópatas*. Artículo N° 15.

³¹ Ley 9. 581 de 8 de Agosto de 1936: *Asistencia a Psicópatas*. Artículo N° 20 y 23.

³² El MDRI, con sede en Estados Unidos envía en 1995 una comisión encargada de vigilar y promover el cumplimiento internacional de los derechos de personas con discapacidades mentales invitada por el Instituto de

pasarían a ser alojados en un lugar específico para esta "problemática", denominado Asilo de Dementes, ubicado en la Quinta Vilardebó.

En 1880 este lugar ya se inauguraría como Manicomio Nacional, lo que actualmente constituye el Hospital Vilardebó. Registros hospitalarios de la época muestran que existirían alrededor de 1500 pacientes hasta 1910. Este aumento de la tasa asilar se correspondería con los estudios realizados por Barran con el período de "disciplinamiento" (1880- 1930).

Posteriormente, sería derivado un número importante de estos pacientes a la Colonia, cuando es inaugurada en 1912. El número de ingresos anuales era de unos 40 pacientes a la apertura, creciendo luego de 1920 a cifras de 350 pacientes por año aproximadamente.

Cuando la Colonia se inaugura, admitía solamente pacientes de sexo masculino, quedando abiertos los ingresos para mujeres en 1921. Igualmente el número de pacientes hombres predomina sobre el de mujeres en prácticamente todos los años. Las edades más frecuentes de ingreso se encuentran entre el tramo etéreo de los 20 a 40 años. En cuanto a las patologías podría decirse que mayoritariamente correspondía a psicosis crónica y oligofrenia, aunque tampoco era extraño el ingreso por motivos de vagabundaje, incontinencia familiar, alcoholismo crónico, etc.; los denominados pacientes sociales que serán retomados más adelante para analizar su realidad actual.

Respecto a los egresos, puede apreciarse un aumento con el correr de los años. El número de internados ha disminuido desde que en 1985 se cierran los ingresos a la Colonia, paralelamente al avance de la terapéutica y la introducción de tratamientos psicofarmacológicos que posibilita el manejo ambulatorio de los pacientes en lugar de la internación de tipo asilar. Se agrega a esto la habilitación de camas en los hospitales generales y otros recursos asistenciales psiquiátricos. Podría decirse que, incluso, ha retrocedido la tasa de internados hasta cifras del inicio del "modelo asilar".

II. 3- Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare.

La Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare es fundada el 8 de Diciembre de 1912, situada próximamente a la ciudad de Santa Lucía (a 90 Km. de Montevideo) con una extensión de aproximadamente 400 hectáreas que combinan grandes espacios verdes con viejas edificaciones. Su construcción se distribuyó originalmente de forma

tal de albergar villas separadas y hasta distantes una de las otras, con el fin de compatibilizar los caracteres de hospital y colonia simultáneamente propios del modelo a reproducir: la Colonia de Alt- Scherbitz en Alemania.³³

Este “manicomio” debe enmarcarse dentro del contexto socio- político en el que surge; un estado de carácter batllista que combinado a la reforma asistencial en la salud con la reforma rural, demuestra el peso que la agricultura tenía en ese momento histórico. Un reflejo de esta realidad es la característica esencial que desplegaba la Colonia en sus comienzos: la esencia del tratamiento a sus pacientes radicaría en que trabajaran en diferentes actividades; en especial en lo que refería al trabajo en huertas, que además servirían de insumos para alimentación de ellos mismos.

El Dr. Ayala³⁴ expresaba que:

*“...ya nadie discute los prejuicios que tiene la inactividad para el enfermo mental, puesto que el ocio le permite destinar todo su tiempo y todas sus energías a la meditación de su delirio, sus obsesiones, sus alucinaciones, creciendo en esta forma su enfermedad y alejándose cada vez más de su posible mejoría”.*³⁵

Con este énfasis en el trabajo como actividad terapéutica, Ayala pretendía no sólo “aislar” a los pacientes psiquiátricos de su enfermedad sino también con esta aplicación adquirir hábitos de orden y disciplina, recuperar la maleabilidad perdida y canalizar sus facultades dispersas o disminuidas. Parecería ser entonces, que el trabajo buscaba ser empleado más bien como medio de reeducación de facultades supuestamente perdidas para la socialización, y no como fin en sí mismo.

En ese momento se estimulaba la participación de los pacientes al trabajo por medio del reparto de tabaco, yerba y golosinas, permisos especiales, etc.; y en algunos casos, pequeñas sumas de dinero que alegando la institución diferentes inconvenientes y riesgos de la posesión

³³ “Este gran establecimiento modelo, obra de los alienistas Koeppé y Paetz, está constituido por una vasta colonia libre en cuyas villas abiertas se hallan más de los dos tercios de la población total de enfermos y de un hospital provisto de todos los elementos para la asistencia y vigilancia continua de los enfermos agudos y para el aislamiento de los excitados. Ayala de, Isidro. *La Colonia de Alienados “Dr. Bernardo Etchepare”*. Montevideo, 1937. Pp- 8.

³⁴ Isidro más de Ayala, (1899- 1960) fue un destacado médico psiquiatría, narrador y ensayista uruguayo, quien llegó a ser director de la Colonia en sus comienzos.

³⁵ Op. Cit. Pp- 3 y 4

de dinero por parte de los pacientes eran transferidos a bonos canjeables en la cantina por diferentes tipos de artículos o depositados en cuentas de ahorro bancarias. Actualmente, se sigue desarrollando esta modalidad de retribución, al igual que el pago de las pensiones por discapacidad que reciben los pacientes.³⁶

Aquellos pacientes "más tranquilos" eran autorizados en ese entonces a trabajar en jardines y huertas; actividad que constituía parte de su terapia³⁷. En ese momento existía además una gran variedad de talleres: carpintería, herrería, zapatería, hojalatería, alpargatería, escobería, cestería, colchonería, ladrillería, etc.; mucho más de lo que hoy en día existe.

Podría decirse que si bien este tipo de actividad ya no se realiza de acuerdo a los objetivos propuestos al inicio de la Colonia, sí existe aún interés por parte de los técnicos de esta institución de que los internos realicen actividades y tareas de acuerdo a las patologías que padecen, tal como lo expresa la maestra coordinadora del Proyecto Educativo de la Colonia:

*"Lo que tratamos es de que ocupen su tiempo, el objetivo no es que ganen plata, porque no hay recursos como para salarios, aunque tampoco queremos explotarlos. Si trabajan es justo que tengan remuneración. Lo importante es que tengan hábitos, sepan cumplir órdenes, horarios, lo que es una responsabilidad. Todo lo que harían cuando salgan. No queremos que estén tirados en la cama todo el día."*³⁸

Con esta reivindicación del trabajo como terapia se procuraba obtener el máximo del desarrollo de la parte "sana" del "enfermo" en todas sus fuerzas mentales y físicas. Sin embargo, asistentes sociales consultadas manifestaron que aún cuando los internos "necesitaban" mantenerse ocupados en algunas actividades, los que concurrían a la escuela o a los talleres eran muy pocos, y que no existía por parte de la Institución iniciativas de cambiar esta situación.

Debe aclararse que tanto desde la posición del Dr. Ayala como desde los profesionales que actualmente desempeñan tareas en la Colonia, con el término "trabajo" se refieren a todo

³⁶ Información recabada de entrevista realizada a trabajadoras sociales de la Colonia. Noviembre, 2004.

³⁷ Barran, José Pedro. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Volumen II: La ortopedia de los pobres*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1993. Capítulo II: Pp. 34- 63.

³⁸ Entrevista realizada a la maestra coordinadora del Proyecto Educativo de la Colonia. Noviembre, 2004.

tipo de actividades, tanto remuneradas como artísticas o recreativas.

Una de las maestras de la Escuela de la institución manifiesta en una entrevista realizada que lo que se busca con las diferentes actividades es eliminar la apatía y los diferentes efectos que puede producir la institución sobre el individuo:

*"Creando una asiduidad de asistencia ya sea a la escuela o a los talleres, un respeto hacia la actividad y los profesores, enseñándoles que deben respetarse ciertas reglas u ordenes; cosas que cualquiera en su vida cotidiana tiene que hacer, hasta en el trabajo."*³⁹

Podría retomarse el posicionamiento desarrollado anteriormente⁴⁰ por Foucault acerca de que el contexto socio- económico de fines de siglo XVIII y fines del XIX y la socialización medicalizada del cuerpo en pos de la reproducción de la fuerza productiva legitimaba la figura del médico como elemento reproductor del sistema impuesto por la socialización normalizadora que imponía la ideología dominante.

Entonces, podría decirse que esa delimitación entre una conducta "normal" o "patológica" no sólo remite a esta modalidad de control social de normalización de los individuos, sino también a una infraestructura de relaciones sociales de producción que reproducen las conductas establecidas como aceptables; y donde la enfermedad mental no corresponde con la idea de progreso social que contiene el orden social vigente.

La sociedad normalizadora imponía como ya se ha desarrollado anteriormente, que los individuos debían actuar lo más "normal" posible según lo impuesto. Parece ser que esta institución no escapa a esta lógica, y como el trabajo involucra un valor regente para esta sociedad, el mantenerlos en actividad y como individuos productivos constituiría parte importante del ideal de tratamiento para alejarlos de la "enfermedad".

Sin embargo, parece ser que la Colonia hoy en día no logra escapar a lo que Moffatt⁴¹ expresaba acerca de la actividad de los internos, ya que no logra "*instrumentar*" a sus pacientes para el trabajo sino solamente para una única tarea: la de su "*rol de loco*", su "*trabajo de paciente*". Incluso su producción no sería retribuida de la misma forma que para los individuos auto- considerados como "normales". Por su carácter de "locos u "anormales" no se

³⁹ Entrevista realizada la maestra coordinadora del Proyecto Educativo de la Colonia. Noviembre, 2004.

⁴⁰ Ver página N° 11 de este trabajo.

⁴¹ Moffat, Alfredo. *Psicoterapia del Oprimido. Ideología y Técnica de la Psiquiatría Popular*. Editorial HVManitas. Buenos Aires, 1988 Pp- 22.

los consideraba aptos para manejar a discreción el fruto de su trabajo.⁴² Aún hoy, se conserva la misma modalidad para el cobro de las pensiones y para aquellos pocos que realizan alguna actividad remunerada en la institución.

En cuanto a su estructura puede decirse que desde sus comienzos y hasta la actualidad se separan a los internos en pabellones para hombres y para mujeres, según las diferentes patologías. Al día de hoy funcionan dos pabellones de ingreso (separados por sexo), 10 pabellones abiertos (2 para mujeres, 7 para hombres y 1 mixto con perfil geriátrico) y 1 denominado de seguridad. En estos pabellones, a fecha de mes de setiembre de 2004, residen 446 pacientes, 342 hombres y 104 mujeres⁴³. Este tipo de estructura ha sido clasificada por el MDRI como impersonal, ya que no permite una adecuada intimidad para los pacientes, e incluso no presenta ningún tipo de adorno o elemento para la vida diaria que contribuya a la identidad de estos. Pondera además que el único espacio privado u objeto personal que todos los pacientes poseen es su cama.

Además de estos internos existen pacientes que se encuentran bajo los programas Hogar Sustituto y Asistencia Familiar, los cuales funcionan albergando a aquellos que no necesitan tratamiento institucional en familias u hogares sustitutos.

“Estos programas responden a la recuperación y rehabilitación psico-social de los pacientes de los Establecimientos Psiquiátricos, que debidamente seleccionados se les ubica en un ambiente familiar de apropiadas condiciones psicológicas y morales.”⁴⁴

Estos programas procuran brindar al individuo una vida con más estimulantes de los que una institución como la Colonia pueda brindarle; y quizás más similar a la que llevaba antes de ser internado o la que llevaría en su alta definitiva. Podría contemplarse como la etapa intermedia entre su internación en la institución y su alta de la misma, evitando quizás el cambio brusco que significaría pasar de una vida cotidiana en una institución totalitaria a la que le espera a su salida.

En la época histórica de inauguración de la Colonia (1912), las poblaciones de la zona se constituían por pequeñas propiedades rurales provistas en su mayoría por jardines y huertas pequeñas, donde se procuraba que el paciente participara de estas actividades que la familia

⁴² Por ello debían canjear su trabajo por vales que cambiarían más tarde en la cantina de la propia institución. Para más claridad, ver páginas 24 y 25.

⁴³ Datos oficiales obtenidos del Departamento de Estadísticas de la Colonia Dr. Bernardo Etchepare.

⁴⁴ M.S.P. *Reglamento de Asistencia Familiar de Alienados*. Montevideo, 1984

desarrollaba. Otro dato importante es que se proponía en ese momento que el número de pacientes por familia fuera proporcional al número de integrantes. Con esto se evitaba que la tenencia de pacientes se transformara en un "negocio" o un nuevo "asilo" para los mismos, y no se desarrollara la reintegración a una vida familiar que es lo que procuraba⁴⁵.

Este vínculo existente entre las poblaciones de la zona implica para la psiquiatra encargada del programa Asistencia Familiar una actitud frente a la enfermedad mental diferente a la del resto de la población, que rechazaría y temería menos a la patología mental por estar no solo familiarizados con ella por su cercanía a la institución; sino porque la Colonia constituye una fuente importante de empleo para ellos.⁴⁶ Lo interesante sería saber qué porcentaje de esos individuos realmente obtienen el alta definitiva y no prosiguen su internación en otro tipo de modalidad por su carácter de "dementes inofensivos"; aunque pueda resultar seguramente más beneficiosa que la de una institución totalitaria –si es que esta modalidad se desarrolla de acuerdo a las pautas establecidas para la recuperación del paciente–.

A la misma fecha de los datos ofrecidos anteriormente, se encuentran en ambos programas 67 pacientes masculinos y 52 pacientes femeninos.

Respecto a los egresos, se considera pertinente establecer una diferencia entre la des-hospitalización y la des-institucionalización, ya que el egreso de la Colonia es solamente uno de los componentes del proceso de la des- institucionalización. Para alcanzar el proceso total de re-integración a la sociedad se requeriría de alternativas extra-hospitalarias, de la participación comunitaria y del mejoramiento de la calidad de vida del interno durante su internación en la institución. Esto radica en superar lo que se define como institucionalización de los pacientes producto no sólo del padecimiento de sus patologías y del transcurso del tiempo en la institución, sino también por la separación de sus vínculos familiares y comunitarios.

Si bien la institución los ampara, parece ser que no solo no brinda el espacio necesario para su crecimiento y desarrollo personal, sino que también genera una nueva patología a sus pacientes producto de su estadía en la misma: la institucionalización o colonización (como la

⁴⁵ Ayala de, Isidro. *La Colonia de Alienados "Dr. Bernardo Etchepare"*. Montevideo, 1937. Pp- 30.

⁴⁶ Ladowski, Ivonne. *Acerca del Programa de Asistencia Familiar de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare*. In: *Revista de Psiquiatría del Uruguay* Volumen 63, Nº 1 Agosto 1999

denominan los técnicos) de los mismos.⁴⁷

Respecto a esta colonización resulta interesante retomar un testimonio recogido sobre personal que realiza los paseos y salidas recreativas con los pacientes fuera de la institución:

“Fijáte que acá en los paseos hacen osas que en la Colonia no pueden. Mirá... cuando ponen la mesa por ejemplo tienen los cubiertos adecuados y no solamente una cuchara para que no se lastimen, tienen servilletas, incluso se cocina entre todos, y se lava la loza entre todos. Comen todos juntos pacientes y personal.” (...) Cuando se va a bañar tienen agua caliente, shampoo, crema, jabón y se bañan a cada rato. Tienen su sábana, su frazada y su almohada, tienden la cama al levantarse y se higienizan, cosa que es imposible en los pabellones porque no se controla todo eso.” (...) Todo eso que es común para nosotros ¿viste? Y que lo hacen como rutina acá no lo hacen en la Colonia, y cuando vuelven allá es lo mismo y pierden todos los hábitos que tienen acá.”⁴⁸

La “cultura propia” que estos individuos puedan traer consigo del exterior propia de su vida cotidiana, parece perderse o alienarse a la de la Colonia. Hábitos que vuelven a retomar en los paseos, parecen perder en su vuelta a los pabellones, producto de la falta de interés, anonimato o carencias de los mismos.

“Acá cada uno tiene su cepillo de dientes, su papel higiénico ara ir al baño. Tiene que asearse al llegar, ya que pedimos colaboración en los pabellones pero tenemos poca respuesta por parte del personal. Si les diéramos los cepillos, al otro día no tienen nada. (...) De acá se van bien limpios y prolijitos, con la uñas limpias, y al otro día es lo mismo, de nuevo a limpiarse y a intentar inculcar los hábitos.”⁴⁹

Si bien la institución no reemplazará esa cultura, sí se producirá una aculturación o una asimilación donde ya no se ofrecerán determinadas oportunidades de comportamiento a las que deberán adecuarse, como se refleja en este testimonio acerca de los elementos de aseo personal. Un ejemplo de esta realidad es la sexualidad que desarrollarán los pacientes en

⁴⁷ Parece ser que aún cuando los Principios de Salud Mental establecen derechos que garantizan a las personas institucionalizadas en este tipo de hospitales psiquiátricos, a recibir protección contra posibles daños, contra la administración injustificada o inadecuada de medicación, a ser tratados dignamente y a preservar su autonomía y desarrollo personal; en este tipo de evaluaciones resulta claro que existen carencias que terminan contradiciendo estos derechos y hasta violándolos en su esencia.

⁴⁸ Entrevista realizada al personal encargado de los paseos recreativos, luego de la última experiencia realizada en Colonia de Vacaciones “Paso Severino”. Noviembre, 2004.

⁴⁹ Entrevista realizada a maestros de actividades del Departamento Educativo de la Colonia. Noviembre, 2004.

la Colonia, no necesariamente diferente de la que desarrollaba en el exterior de la institución, pero sí en un contexto diferente con otras “reglas de juego”.

Tanto en entrevistas como en material bibliográfico revisado, se ha podido recabar información que determina que en algún momento se produjo una situación difícil de controlar acerca de nacimiento de niños, dada la falta de métodos anticonceptivos distribuidos entre los pacientes. Cuando esto sucedía, el niño era entregado a algún familiar de los pacientes o directamente entregado a I.NA.ME. (actualmente INAU) donde el niño sería colocado en adopción temporaria por un año donde los padres biológicos podrán reclamarlo si fueran dados de alta, y si esto no sucediera se les otorgaría la adopción permanente. Asistentes Sociales consultadas, expresan que hoy en día ya no se producen estos embarazos entre las pacientes, dado que se utiliza el D.I.U. como método anticonceptivo de forma controlada.

Respecto a la sexualidad expresan que es:

“...es una situación de violencia, las mujeres muchas veces ni pueden defenderse de situaciones así, porque ni siquiera pueden darse cuenta de lo que pasa”.⁵⁰

Parecería lógico pensar que en pabellones separados por sexo, sería difícil que existieran relaciones entre los pacientes, pero los técnicos consultados han expresado que es “difícil controlar esas actividades” en un espacio tan grande como lo es la Colonia. Incluso, agregan que existen parejas de internos que buscan su espacio y “se revuelven como pueden”.

Un aspecto que se repetía en el discurso de los diferentes profesionales, es el hecho de que el hacinamiento de los pabellones, la separación de los mismos por sexo, y la falta de contemplación de esta realidad contribuye a que se produzcan relaciones homosexuales entre los pacientes dentro de cada pabellón. La psiquiatra coordinadora agrega que si bien es un tema importante en la vida del paciente, nunca se ha contemplado por parte de la institución y es producto de la despersonalización que la Colonia produce y de esa “vista gorda” a las necesidades y sentimientos de los pacientes como individuos, más allá de su patología psiquiátrica.

Volviendo al tema de la desculturación que produce la institucionalización, si la estadía de los pacientes es larga, ésta es más factible de suceder, perdiendo esa cultura que traían del exterior y asimilando la de la institución, lo cual suele levantar profundas barreras entre los pacientes internos y el exterior. Incluso varios pacientes han manifestado estar “a

⁵⁰ Entrevista realizada a trabajadoras sociales de la Colonia, Noviembre, 2001.

gusto” en la Institución y sí disfrutar de las salidas, pero siempre volviendo a la institución a la que parecen sentir “su hogar”.

A. mujer, 6 años de Colonia: “...los paseos me gustan, pero para pasear nomás, porque la Colonia es linda. Podes tomar mate, tranquila, nadie te joroba...”

C. hombre, 23 años de Colonia: “yyyyyyyy, yo soy socio fundador, fijate que hace 23 años que estoy acá, ahora tengo 61. Yo estoy cómodo acá, tengo un lugar para mí, hay espacios libres para tomar aire, tengo la cantina para lo que preciso, los compañeros son buenos conmigo. La verdad que no tengo ganas de salir, acá estoy tranquilo y bien”.⁵¹

Aquí intervienen múltiples fenómenos: la incomunicación en los pacientes o la comunicación distorsionada, el aislamiento, los sentimientos de pertenencia a la institución, la pérdida de la noción del tiempo por las características propias de la institución totalitaria, etc.

¿Cómo se puede mejorar la calidad de vida de los pacientes que no egresan de la Colonia? Aquí toma su verdadera relevancia la rehabilitación intra-hospitalaria, refiriéndose a rehabilitación⁵² y no recuperación o habilitación, porque esto implicaría un proceso de recuperación de lo que supuestamente han perdido los pacientes al enfermar y que los inhabilitan según la normalización establecida a vivir como el resto de la sociedad. En la mayoría de estas situaciones, esa pérdida es irreversible dadas las características de las patologías que padecen con consecuencias irreparables, por lo que se necesita un aprendizaje de ese comportamiento “normal” que requiere la vida fuera de la institución con recursos diferentes, dada la situación de cada paciente.

Si bien la tendencia evolutiva de este asilo, según las cifras, parece ser su progresiva reducción, siguen encontrándose internos sin posibilidades de salida de la institución, y no por no lograr el alta de su enfermedad, sino por su situación socio- económica, de continencia familiar o su edad avanzada.

⁵¹ Entrevistas realizadas a pacientes durante las visitas de la entrevistadora a la institución y en un encuentro ocasional con un grupo de pacientes en una salida recreativa de los mismos.

⁵² En este trabajo se retoma la posición de la OMS acerca de la rehabilitación: “La rehabilitación, genéricamente hablando, es un término que se aplica a los impedidos físicos y mentales y consiste en el uso racional de procedimientos de validismo, como son las medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales, que tienen por objeto adiestrar o readiestrar al individuo, para tratar de llevarlo, de acuerdo con sus posibilidades reales, a los niveles más altos de capacidad funcional.”. OMS apud Material de clase propio a la materia de Diagnóstico Macrosocial correspondiente a la Licenciatura de Trabajo Social, 2002

Parece ser que más que hospitales psiquiátricos se han transformado en hospitales sociales, y que aunque existan programas que apunten a su erradicación no han recibido los suficientes recursos o la realidad socio-económico del país lo impide. Un reflejo de ello es el Programa Nacional de Salud Mental adoptado por el Ministerio de Salud Pública en 1986, quien recomendaba que Uruguay abandonara el hospital psiquiátrico como eje de los servicios en salud mental, y simultáneamente implementara un sistema nacional de servicios comunitarios. Si bien a esto es a lo que se pretende apuntar con la progresiva reducción de la internación de pacientes psiquiátricos en las Colonias, no se ha llegado a implementar dicho Programa porque no se han asignado los fondos necesarios para esto⁵³. Esta afirmación no sólo ha sido resultado de diferentes evaluaciones como la del M.D.R.I., sino también por parte de los técnicos y profesionales de la institución.

Lo cierto es que pueden encontrarse en este tipo de instituciones los llamados “pacientes sociales”; personas capaces de vivir y trabajar según las normas que impone la comunidad como normales, quienes en algún momento ingresaron al hospital por necesitar tratamiento psiquiátrico pero que actualmente residen allí con carácter permanente por no tener un lugar en la comunidad. También existen individuos internados que aún con la posible alta de su tratamiento psiquiátrico, siguen allí por otras enfermedades, por su avanzada edad, por haber delinquido durante el desarrollo de su enfermedad fuera de la institución, marginados sociales y personas sin hogar o vagabundos.

Parece ser que la realidad que viven hoy en día estos establecimientos psiquiátricos, no dista demasiado de lo que eran aquellos manicomios del siglo XVIII y XIX donde se segregaba a esas instituciones a aquellos individuos que no encajaban en los cánones establecidos por esa sociedad para vivir en la “normalidad”. Sin diferenciar las necesidades que pueda tener cada uno: un tratamiento psiquiátrico, una posibilidad de empleo o simplemente un espacio en la sociedad; nuevamente se núclea pacientes psiquiátricos, marginados sociales, ancianos, etc. detrás de los muros de una institución psiquiátrica.

Estos individuos que en algún momento no lograron apropiarse de las herramientas necesarias para la resolución de los conflictos que pudieron presentárseles en su vida cotidiana de la forma esperada por los demás, ocasiona que sean calificados como alienados de la sociedad y sean destinados a una institución mental, de la cuál saldrían cuando el cuerpo médico de la misma considerase que se encuentran aptos para reintegrarse. Sin embargo, aún cuando esto suceda puede que en el proceso de sus tratamientos se alejen de su entorno

⁵³ Mental Disability Rights International. *Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay*. Washington College of Law, American University Washington, 1995. Pp- xii

familiar, pierdan su trabajo, sus posesiones, etc.; quedando confinados a vivir definitivamente en la institución porque sus patologías dejan de ser mentales para pasar a ser sociales.

Esta realidad radica en que no existe una red de alternativas comunitarias que contemplen a estos individuos luego de su internación⁵⁴. Quizás por esto la misión actual de la institución ya no sea la inicial de atender y tratar las patologías psiquiátricas de los individuos internados allí, sino la de brindar una asistencia a aquellos que padezcan patologías crónicas no rehabilitables y que no posean ni continencia social ni familiar⁵⁵. Podría decirse que estos individuos padecen además de una patología médica, una patología social que es la verdadera causa de su permanencia definitiva en la institución. ¿Termina siendo, entonces, un modelo asilar que no busca la rehabilitación ni la re- inserción del paciente en la sociedad, sino su contención, o más bien su segregación de la sociedad "normal"?

*"La Colonia es un modelo asistencial que no le hace bien a nadie, ni al paciente ni al técnico (...) es el resto de algo, de proyectos que se quisieron hacer y no se pudo por falta de fondos o problemas socio-económicos."*⁵⁶

La directora de la institución, al igual que otros técnicos consultados ha expresado un matiz negativo cuando se les ha cuestionado sobre qué constituía la Colonia actualmente y en cómo afecta a los internos este modelo como se ha expresado en el testimonio anterior. Este argumento también puede encontrarse en la evaluación realizada por el M.D.R.I. que expresa que para aquel individuo que sea internado en alguna institución psiquiátrica, es más probable que la experiencia sea destructiva que provechosa:

*"El tratamiento psiquiátrico en las instituciones públicas se limita casi exclusivamente a la terapia somática (medicaciones psicotrópicas)"*⁵⁷ y

⁵⁴ Mental Disability Rights International. *Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay*. Washington College of Law, American University. Washington, 1995. Pp- xii.

⁵⁵ La misión de la institución fue brindada en un documento durante la entrevista con la directora de la institución. *"Brindar asistencia integral a los usuarios de Administración de Servicios de Salud del Estado con patologías crónicas psiquiátricas, no rehabilitables y que no tengan continencia social ni familiar, con niveles de calidad adecuado a sus necesidades básicas"*.

⁵⁶ Entrevista realizada a la directora de la Colonia en Noviembre 2004.

⁵⁷ Si bien esta medicación es efectiva en algunos cuadros psiquiátricos, debe administrarse cuidadosamente dado sus efectos secundarios, en tanto si es administrada inapropiadamente puede retardar o inhibir la capacidad del paciente de reintegrarse a la comunidad. Además de no existir mecanismos que permitan al paciente por optar si acepta este tipo de medicación en su tratamiento, como la mala información o nula de los efectos secundarios de los mismos para el M D R I (1995) Pp-39 a 42

*Terapia electro- compulsiva)*⁵⁸. Estos tratamientos son frecuentemente administrados sin justificación médica alguna (por ejemplo, en personas que sufren de retardo mental y que no tienen diagnóstico psiquiátrico). La falta de historias clínicas completas, de diagnósticos específicos, de personal profesional, y el inadecuado análisis de los efectos colaterales de la medicación, hacen que la administración efectiva y no riesgosa de medicación sea imposible para muchos pacientes. Las instituciones psiquiátricas no suministran ningún servicio de psicoterapia y pocos servicios de rehabilitación social o de orientación vocacional. Muy pocos pacientes reciben atención personalizada que les ayude a regresar al trabajo, a sus familias, y a la comunidad. En consecuencia, los pacientes duermen o yacen sentados junto a sus camas, vagan por los pasillos o no hacen absolutamente nada durante casi todo el día. Cualquier capacidad social o vocacional que tuvieran al entrar al hospital se deja deteriorar o perder durante el período de internación".⁵⁹

De esta manera, podría concluirse que la atención que reciben los pacientes psiquiátricos en la Colonia puede resultar ser más destructiva que provechosa, ya que no sólo el tratamiento clínico es a veces inapropiado e innecesario, sino que también los servicios psiquiátricos que en ella se prestan no contribuyen a fortalecer la autonomía personal de los pacientes ni a su reinserción a la comunidad.

Respecto al tratamiento clínico, en esta institución se desarrollan las terapias somáticas o por medicación psicotrópica (con serios efectos secundarios si no son administrados adecuadamente) y terapias electro- convulsivas (también potencialmente peligrosas). Según el M.D.R.I. estos tratamientos son muchas veces administrados sin justificación médica, dado una falta de historias clínicas completas, diagnósticos específicos o personal profesional adecuado en cantidad y calidad al número de pacientes, mala calidad de los registros médicos, falta de servicios de rehabilitación social, etc.⁶⁰

Los Principios de Salud Mental protegen a los pacientes de los posibles daños que pueda ocasionar este tipo de medicación, la que produce fuertes efectos secundarios por lo que debería ser administrada y supervisada cuidadosamente. Incluso su uso indebido podría

⁵⁸ Este tratamiento es aceptado para casos de depresión severa pero es potencialmente peligroso y puede causar pérdida de memoria. Debe controlarse su grado y frecuencia por estos efectos, aunque estos quedan librados a cada institución. M. D. R. I. (1995) Pp-42 a 44.

⁵⁹ Mental Disability Rights International *Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay*. Washington College of Law, American University. Washington, 1995. Pp- xiv.

⁶⁰ Op Cit Pp- xiv

perjudicar la capacidad del paciente de reinserción en la comunidad. La terapia electroconvulsiva que es utilizada en los casos de depresión severa, también puede provocar serios efectos secundarios como la pérdida de memoria a corto plazo.

Un elemento importante a destacar por parte del M.D.R.I.⁶¹ de estos dos tipos de tratamientos es que, en cuanto a la medicación psicotrópica los pacientes no son muchas veces informados de sus efectos secundarios, y en cuanto a la terapia electroconvulsiva no se les consulta a los pacientes sino solamente a su familia, e igualmente no se informa de sus efectos secundarios.

Otro elemento importante que establecen los Principios de Salud Mental es que los sistemas de salud mental deben de contar con el equipo médico y profesional, así como también personal en general adecuado tanto en cantidad como en calidad.

Profesionales y técnicos de la institución expresan que existen algunas iniciativas de rehabilitación social además de los programas de Asistencia Familiar y Hogar Sustituto, como diferentes actividades recreativas de paseos y de exposición de los elementos que producen en sus talleres además de las actividades realizadas en la Escuela de la Colonia y los talleres dirigidos por la Universidad del Trabajo. Sin embargo, Asistentes Sociales consultadas han expresado que existe un déficit de profesionales que permitan una atención particularizada, el desarrollo de servicios de rehabilitación, etc. Incluso han agregado:

“A veces no puede mantenerse las historias clínicas tan completas como se debería, porque desatenderíamos otras tareas que son más importantes para ellos...”⁶²

Esta realidad es retomada por el M.D.R.I. acerca de que no existen en las historias clínicas diagnósticos específicos, violando aquí nuevamente Los Principios de Salud Mental que establecen que un diagnóstico apropiado es *“esencial para ofrecer al paciente el cuidado apropiado de sus necesidades de salud”⁶³*. A esta situación la dirección respondía que muchos pacientes no poseían en sus historias clínicas diagnósticos psiquiátricos porque en realidad no se trataba de enfermos mentales⁶⁴.

⁶¹ Mental Disability Rights International. *Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay*. Washington College of Law, American University. Washington, 1995. Pp. 39 a 44.

⁶² Entrevista realizada a trabajadoras sociales de la Colonia. Noviembre, 2004.

⁶³ Op. Cit. Pp- 38.

⁶⁴ Ver artículo N° 203 de esta revista

Más allá de la carencia de formalidad en la documentación de aquellos individuos que necesitan un tratamiento psiquiátrico de acuerdo a su diagnóstico, imposibilitando un control del desarrollo del mismo y de un enfoque integral del equipo profesional por desconocer cual es el trabajo que desarrolla otro profesional con el individuo; violando claramente los derechos de este enunciados por la Declaración de los Derechos Humanos en la Salud Mental, Los Principios de Salud Mental y la Ley de Asistencia al Psicópata. Respecto a aquellos individuos que no poseen un diagnóstico psiquiátrico en su historia, solamente refleja la realidad de asilo de estos pacientes sociales que se han especificado a lo largo del trabajo y que aunque reciben tratamiento médico por otra afección no sería necesaria su internación; más aún en una institución psiquiátrica.

Respecto al conglomerado humano que hace a un hospital psiquiátrico, se encuentran los que habitan en él y los que hacen al personal encargado de su asistencia y vigilancia. Entonces podría distinguirse entre un grupo "manejado" (los internos) y un grupo "manejador" (el equipo profesional y técnico). Cada grupo tendrá su visión del otro basado en la realidad que vive cada uno: el paciente vive en la institución y depende de los profesionales y personal para su supervivencia en la institución. Debe *"confiar y aceptar"* el cuidado de personas desconocidas, en todos los aspectos de su vida diaria.

Los profesionales y técnicos desempeñan un horario de trabajo y una tarea determinada, después del cual se retiran aunque dependiendo de alguna forma de los pacientes para mantener su fuente de trabajo en esa institución.

Finalmente respecto a la infraestructura física de la Colonia, puede decirse que si bien ha sufrido varias mejoras desde el fin de la dictadura hasta el día de hoy, según el M.D.R.I. aún las instalaciones no se aproximan a lo que los Principios de Salud Mental establecen como *"condiciones de vida normales y aceptables"* para los individuos internados en la institución, y que además no es explotado el potencial de extensión y espacios verdes con los que se cuenta.

Parecería existir una delgada línea entre las condiciones físicas con las que se cuenta dado los recursos económicos, y el respeto a la dignidad y a la privacidad de los pacientes. Y ya que son mínimas las iniciativas para la reinserción de los pacientes a la comunidad al menos debería de garantizárseles al menos, una infraestructura que no produjera el deterioro de su salud mental y la posibilidad de un desenvolvimiento social con el mayor nivel de salud física y mental posible.

Ahora bien, sí es cierto que es responsabilidad de la Colonia el hecho de no contar con servicios para la reinserción de los pacientes a la comunidad, aún cuando según el M.D.R.I., existen en nuestro país los medios técnicos y el conocimiento necesario para el desarrollo de

servicios comunitarios, siendo posible lograrlos aún con aportes limitados de recursos públicos o privados.

Incluso en el transcurso de esta investigación se han descubierto varias iniciativas de instituciones privadas y O.N.G.s⁶⁵ que desarrollan diferentes actividades con el fin de incluir tanto a pacientes internos como ya dados de alta por la Colonia. Lo que sí se ha expresado ya desde parte de estas instituciones como por personal de la Colonia es que no existe una debida coordinación entre estas y la Colonia.

⁶⁵ Un ejemplo interesante de ello es la escuela de Música “.....”, a cargo de un ex profesional de la Colonia quien realiza no solo actividades educativas y recreativas con pacientes y ex pacientes de la misma, sino que dichas actividades son integradas con individuos que no padecen de ninguna patología psiquiátrica. Según una entrevista realizada a este coordinador, las actividades tienen como fin el de enseñar música integrando a estos individuos a la comunidad utilizando la música como parte de su tratamiento psiquiátrico.

CONCLUSIONES

Las diferentes interpretaciones que se han realizado a lo largo de la historia acerca de la enfermedad mental, desde un carácter místico-religioso a una inadaptación a las normas de comportamiento establecidas como "normales" por la ideología dominante; posiblemente podrían ser traducidas a un término común: la "locura".

Esa imagen de "locura" que reproduciría la estigmatización, el aislamiento y la exclusión de la sociedad para aquellos que la padecían, produciría también una variante del control social. Como las cárceles constituían ese control social para quienes violaban las normas jurídicas que establecía la sociedad, en este caso el control social lo establecería el manicomio.

Pero el manicomio buscaría constituir no solo un sistema de control y contención para los individuos que padecieran enfermedades mentales, sino que también implicaría una forma de responder a aquellos que trasgredieran lo establecido por la sociedad normalizadora -bajo el discurso médico y racional que regía en esa época- como el comportamiento "normal".

Aún cuando se produjeran profundos cambios en la concepción y el tratamiento de la enfermedad mental; estableciéndola ahora como cualquier otra enfermedad en el afán de desestigmatizar al enfermo mental, la palabra "loco" continúa conteniendo un matiz negativo en su concepto. Y parecería ser que el símbolo más grande del rechazo a la enfermedad mental radicaría en la realidad de estos manicomios; en esa forma de aislar a "los locos" tras el velo de un discurso medicalizador, producto de la ideología dominante:

"[...] El destino de los "locos" es el revelador siniestro de las contradicciones que encubre y determina nuestra racionalidad burguesa, proclamadamente humanista y efectivamente tecnocrática y reificante. La racionalidad instrumental del capitalismo ha promovido toda una serie de "técnicas" y "saberes" –las llamadas "ciencias humanas"– cuyo proyecto implícito es el de velar, desplazándolo, el origen de las contradicciones y amortiguar/ neutralizar, privatizándolas o secuestrando en instituciones de marginación, a los individuos más desvalidos de nuestra sociedad en los que estallan tales contradicciones en forma perturbadora para el funcionamiento del sistema."⁶⁶

⁶⁶ Autores varios. *Razón, locura y sociedad*. Editores Siglo Veintiuno. México, España, Argentina y Colombia, 1978 (Contratapa)

¿Es posible una transformación de esta institución que parece "in-amovible" en su estructura y funcionamiento a través de la historia? Y si esta transformación se efectiviza, ¿puede hacerlo en el marco de los derechos propios de un paciente psiquiátrico, y sobre todos los inherentes a la condición humana?

Porque parece clara la pérdida de la ciudadanía de los pacientes psiquiátricos como sujeto de derechos; en tanto quedan en la institución "a merced" de los médicos y del personal que deberán cumplir con su "compromiso" de adaptar a estos individuos a las normas y valores establecidos por el sistema hegemónico normalizador.

¿No resulta paradójico que mientras estas instituciones se constituyen como una herramienta del sistema hegemónico para "*re-insertar a sus alienados*", dadas sus características de encierro como institución "totalitaria" a la vez impone acciones que imposibilitan realizar aquellas funciones que son propias de una vida cotidiana "normal" en sociedad?

Es decir, mientras se procura reinsertarlo en la sociedad se lo separa de la misma reclusándolo detrás de unos muros que encierran otra realidad que lejos está de ser la que se vive en sociedad. No solo se reduce la capacidad de desarrollo de sus funciones personales y sociales, sino que también se produce un empobrecimiento de su vida cotidiana, producto de los efectos inherentes a la institucionalización totalitaria.

¿Cómo lograr re- insertar o rehabilitar a un individuo considerado apartado de las normas "normales" de la sociedad en la misma, si a la vez se lo está separando de ella durante su internación? ¿Por qué se busca aislar al enfermo del ambiente de su locura no solo a través del tratamiento médico, sino también a través de las rejas y el encierro? ¿Es que el encierro contribuye también al tratamiento otorgado por los médicos? ¿Es que debe admitirse que los hospitales psiquiátricos logran controlar aquellas distorsiones del comportamiento, en la ausencia de compromisos habituales o actividades cotidianas que un sujeto inserto "normalmente" en la sociedad y en contacto permanente con los otros tendría?⁶⁷

Si es que como diversas fuentes tanto institucionales como bibliográficas manifiestan que se está viviendo el "ocaso del modelo asilar", se pretende con esta reflexión evidenciar una forma posible de llegar a ello con medidas apropiadas, ya que con esta desaparición debe contemplarse la realidad de aquellos individuos que poseen con trastornos mentales graves.

⁶⁷ Goffman, Erving. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editores Amorrortu Buenos Aires, 1961.

De acuerdo a los lineamientos principales del Programa Nacional de Salud Mental, debería de adoptarse una modalidad de hospitalización de la mayor brevedad posible (aumentando el número de camas en los hospitales generales y mejorando las condiciones de las que ya existen) y con una atención de carácter integral. Debe desarrollarse una educación del paciente y de su familia acerca de la patología que posee ese individuo. Paralelamente implementar una modalidad continua de asistencia en la comunidad de ese individuo, a través de centros de salud que se dirijan al sostén grupal de los individuos en la comunidad y de asistencia domiciliaria en crisis, etc.

Aquí es claro entonces introducir la distinción pertinente entre necesidad de hospitalización y necesidad de asilo o albergue, para no volver a caer nuevamente en una institución de las características de la Colonia actualmente que provocan grandes daños en la evolución del paciente durante el transcurso de su internación; daños que muchas veces no son contemplados a la hora de re- insertarse en la comunidad.

Ya se han desarrollado a lo largo de este trabajo los diferentes aspectos que evaluaciones realizadas en la Colonia han arrojado: un empleo limitado de los recursos terapéuticos que podrían aplicarse, una discontinuidad en la asistencia al egreso (transitorio o no) de los pacientes, exclusión de la familia en la terapia, casi inexistente énfasis en la prevención, y programas de rehabilitación, etc.

Podría expresarse que la asistencia de personas con trastornos mentales graves constituye una deuda importante que la psiquiatría, técnicos de salud mental, política y gestión estatal y universitaria en salud mental, y la sociedad uruguaya tiene consigo misma; pero se procura con este tipo de trabajos - identificando las debilidades y fortalezas del sistema- dar algo de luz a ese camino en saldar esa deuda.

A MODO DE REFLEXIÓN...

"YA NO HAY LOCOS"

*Ya no hay locos, amigos, ya no hay locos se murió aquel manchego,
Aquel estafalario fantasma del desierto y... ni en España hay locos.*

Todo el mundo está cuerdo, terrible, monstruosamente cuerdo.

Oíd... esto, historiadores... filósofos... loqueros...

¿Cuándo se pierde el juicio? (yo pregunto loqueros).

*¿Cuándo entoquece el nombre? ¿Cuándo, cuando es, cuando se anun-
cian los conceptos absurdos y blasfemos y se hacen unos gestos sin
sentido, monstruosos obscenos?*

*¿Cuándo si no es ahora (yo pregunto, loqueros), cuándo es, cuando se
paran los ojos y se quedan abiertos, inmensamente abiertos, sin que
puedan cerrarlos ni las llamas ni el viento.*

*¿Cuándo es, cuando se cambian las funciones del alma y los resortes del cuerpo y
en vez de llanto no hay más que risa y baba en nuestro gesto?*

*Si no es ahora, ahora que la justicia vale menos, infinitamente menos
Que el orin de los perros; si no es ahora, ahora que la justicia tiene
Menos, infinitamente menos categoría que el estiércol; si no es ahora...*

¿Cuándo se pierde el juicio? Respondedme, loqueros.

*¿Cuándo se quiebra y salta roto en mil pedazos el mecanismo del
cerebro?*

*Ya no hay locos, amigos, ya no hay locos. Se murió aquel manchego,
Aquel estafalario fantasma del desierto y... ¡Ni en España hay locos!*

¡Todo el mundo está cuerdo, terrible. Monstruosamente cuerdo!...

¡Qué bien marcha el reloj! ¡Qué bien marcha el cerebro!

Este reloj..., este cerebro, tic- tac, tic- tac, es un reloj perfecto...

Perfecto, ¡perfecto!

LEON FELIPE.¹

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, Luis Pérez. "La Marginación desde los Derechos Humanos." In: Uruguay Marginado. Voces y reflexiones sobre una realidad oculta. Ediciones Trilce. Montevideo, 1995. Pp. 14- 27.
- Álvaro, José Luis. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en Internet vía <http://www.margen.org/suscri/margen16/ateneo.htm>. Archivo consultado en 2005.
- Arduino, Margarita; Cáceres, DINA y Grases, Elena. "Colonias Dres. Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi: su evolución entre los años 1912 y 1992". In: Revista de Psiquiatría del Uruguay Año LVIII N° 328. Setiembre, 1994. Pp. 10- 22.
- Autores varios. *Razón, locura y sociedad*. Editores Siglo Veintiuno. México, España, Argentina y Colombia, 1978.
- Ayala de, Isidro. *La Colonia de Alienados "Dr. Bernardo Etchepare"*. Montevideo, 1937.
- Barran, José Pedro. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Volumen II: La ortopedia de los pobres*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1993.
- Barran, José Pedro. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Volumen III: La invención del cuerpo*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1995.
- Bleger, J. *Psicoanálisis y dialéctica materialista*. Paidós, Buenos Aires, 1958
- Carballeda, A. *Los aspectos sociales de la intervención dentro de las instituciones psiquiátricas*. In: MARGEN – Revista Electrónica de Trabajo Social. Edición N° 10 - 1997. Disponible en Internet vía <http://www.margen.org/suscri/margen10/ocho.html>. Archivo consultado en 2005.
- Cashdan, Sheldon. *Psicología de la conducta anormal*. Editorial Prentice. New Jersey, 1973.
- Castel, Robert. *El Orden Psiquiátrico* In: Genealogía del Poder N° 5. Ediciones La Piqueta. Madrid, 1980.
- Cook, J. S.; Fontaine, K. L. *Enfermería Psiquiátrica*. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill- Madrid, 1990.
- Declaración de los Derechos Humanos y la Salud Mental.
- Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad de Mar del Plata. *La Función Social de la Locura*. Editorial Espacio. Buenos Aires, 1988.
- Foucault, M. *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo veintiuno, 1991.
- Foucault, Michel. *Enfermedad Mental y Personalidad*. Editorial Paidós. Barcelona, 1991.
- Foucault, Michel. *Historia de la Locura en la Época Clásica I"*. F.C.E. México, 1967.

- Giorgi, Víctor. *Vínculo, marginalidad y salud mental*. Editorial Roca Viva. Montevideo, 1988.
- Goffman, Erving. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editores Amorrortu. Buenos Aires, 1961.
- González, Guadalupe. *Cordura vs. Locura. ¿Quién dice que estoy loco?*. Tesis. Montevideo, 2004.
- IELSUR. *Salud y Enfermedad Mental en el Uruguay. Compilación de normas jurídicas que regulan su asistencia*. Editorial Grafo. Montevideo, 1992.
- Ladowski, Ivonne. *Acerca del Programa de Asistencia Familiar de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare*. In: *Revista de Psiquiatría del Uruguay* Volumen 63, Nº 1. Agosto 1999.
- Ley 9. 581 de 8 de Agosto de 1936: *Asistencia a Psicópatas*.
- Martino, Mónica de. *Una breve aproximación a la producción de conocimientos y procedimientos metodológicos*. In: *Revista de Trabajo Social* Nº 17, Año XIII. Peal, 1999.
- Mental Disability Rights International. *Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay*. Washington College of Law, American University. Washington, 1995.
- Moffat, Alfredo. *Psicoterapia del Oprimido. Ideología y Técnica de la Psiquiatría Popular*. Editorial HVManitas. Buenos Aires, 1988.
- Murillo, Susana. *El discurso de Foucault: Estado, locura y anomalía en la construcción del individuo moderno*. Oficina de Publicaciones del CBC. Buenos Aires, 1996.
- Pérez, Guillermo. *Enfermedades Mentales y Anti- psiquiatría*. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en Internet via <http://www.margen.org/suscri/margen16/ateneo.htm>. Archivo consultado en 2005.
- *Programa Nacional de Salud Mental*. M.S.P. Montevideo, 1986.
- *Reglamento de Asistencia Familiar de Alienados*. M.S.P. Montevideo, 1984.