

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

Locura y peligrosidad: reproducción de un
modelo de estigmatización social

Danielle Kristiansen Da Silva
Tutora: María José Beltrán

2016

*Le dedico esta monografía final de grado, a los pilares de mi vida.
A mi tía Lina y a mi abuela Enilda, gracias por apoyarme
incondicionalmente siempre. Las amo.*

*es tan lindo
saber que usted existe
uno se siente vivo
y cuando digo esto
quiero decir contar
aunque sea hasta dos
aunque sea hasta cinco
no ya para que acuda
presurosa en mi auxilio
sino para saber
a ciencia cierta
que usted sabe que puede
contar conmigo.*

Hagamos un trato

Mario Benedetti

Índice:

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1 - La institucionalización del loco peligroso	
1.1 - Recorrido histórico de la locura	7
2.1 - Peligrosidad, breve concepción desde el derecho y la psiquiatría	13
3.1 - Proceso de medicalización y el control de los cuerpos	20
Capítulo 2- Subjetividad e identidad, una mirada hacia la construcción social del otro.	
1.2 - Estigma. Condena social, prejuicios y desaprobación	31
2.2 - Ideología de la normalidad - Locura y peligrosidad desde la perspectiva de la otredad, del riesgo y la incertidumbre	40
3.2 - Debate actual sobre las políticas de salud mental en Uruguay	46
Reflexiones finales	56
Bibliografía	60
Fuentes Bibliográficas	67
Fuentes electrónicas	69
Anexos	70

Resumen:

El presente documento analiza la asociación que existe entre la noción de peligrosidad y los trastornos mentales severos en el imaginario colectivo. Las principales categorías que se utilizarán en torno al tema central será el de locura, medicalización-psiquiatría, derecho jurídico y legal, otredad, institucionalización, dispositivos manicomiales, encierro, modelo asilar, estigma, prejuicio, riesgo, incertidumbre, desmanicomialización, paradigma, entre otros. Se examina, como se ha ido construyendo a lo largo del tiempo, más precisamente a partir del siglo XVI, la idea de que el loco era necesariamente peligroso, la medicina y el derecho han contribuido desde sus saberes legitimados socialmente, a reforzar esta asociación. Se crearán instituciones asilares para resguardar a la sociedad de las pasiones incontrolables que representa los locos en las sociedades occidentales, el encierro y el aislamiento siguen siendo mecanismos que se utilizan en la actualidad para el tratamiento de la locura. El loco pertenece a la categoría de *anormales*, en un mundo donde la normalidad es lo establecido como lo correcto y lo anormal como cuestión a corregir, moldear, recuperar o en último caso destruir. El sujeto con una enfermedad mental será destinatario de discursos y técnicas legitimadas por el saber y el poder médico, delimitando su trayectoria de vida. En los últimos años se ha discutido una nueva forma de atención a la salud mental, la cual se posiciona desde un enfoque de derechos humanos. Este nuevo paradigma pretende dismantelar los dispositivos asilares y el estigma que recae sobre las personas con un padecimiento psíquico, entre los que se encuentra el mito de que el loco es peligroso, para ello se proporcionará elementos de atención a partir de la salud comunitaria, la cual brindará al sujeto posibilidades reales de inserción social.

Introducción:

El presente documento constituye la monografía final de grado, requisito necesario para la obtención del título de Licenciada en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El tema central que se abordará en el presente trabajo refiere a la asociación que puede existir entre la idea de peligrosidad y trastornos mentales severos, se problematiza sobre la construcción social en torno a la supuesta peligrosidad que representan las personas que son diagnosticadas con algún trastorno psiquiátrico severo. Para ello se deberá realizar un breve análisis histórico sobre la enfermedad mental y cómo los sujetos portadores de dicho diagnóstico se les ha atribuido determinadas características que los estigmatizan, ser considerados como personas peligrosas es una de ellas. Ésta construcción social se mantiene en el imaginario colectivo en la actualidad, aunque presenta ciertas variantes, las cuales se mencionaran a lo largo del documento.

La categoría central del presente documento girará en torno a la noción de peligrosidad. Es necesario visibilizar que componentes permanecen arraigados en torno a la asociación de peligrosidad y la locura, para ello se debe problematizar lo que se entiende por peligrosidad y la implicancia médico-legal que existe en torno a esta temática.

Para profundizar en el tema, es necesario realizar preguntas guías que nos permitan comenzar con el análisis del trabajo. Como punto de partida ¿qué se entiende por locura?, ¿qué es ser peligroso?, ¿cómo surge la asociación del loco como peligroso?

La elección de dicho tema se debe al interés particular de quien escribe. En el año 2013 y 2014 lleve a cabo la práctica pre-profesional de la Licenciatura en Trabajo Social en Instituciones que trabajan en el área de salud mental. Específicamente en el año 2014 la práctica pre-profesional

correspondiente al segundo año del Proyecto Integral "Protección social, Instituciones y Práctica Profesional" se realizó en el Hospital Vilardebó, Hospital psiquiátrico de Montevideo, el cual asiste a pacientes con episodios agudos, pero también es considerado como un hospital judicial ya que alberga a personas que cometieron algún tipo de delito bajo condiciones que exceden de su responsabilidad. Se puede decir que desde la misma Institución se puede llegar reforzar en el imaginario colectivo, determinados estereotipos en torno a las personas que se encuentran hospitalizadas o se atienden de manera ambulatoria. Por lo tanto, no solo se asocia la idea de peligrosidad a las personas que poseen algún trastorno mental sino que también se puede llegar a asociar la idea de peligrosidad hacia una determinada institución y la población que alberga en ella.

A su vez dicha problemática surgió como interés por parte de la docente de investigación de la práctica pre profesional del año 2014, el cual fue trasladado al subgrupo de salud mental, realizando un trabajo, un proyecto que trató a grandes rasgos, de abordar la misma temática pero desde la perspectiva del usuario. Dicho documento "Peligrosidad - Salud mental; buscando la mirada del usuario" pretendió dar cuenta de la existencia o no de la idea de peligrosidad, en base a la percepción que tiene el individuo que ha transitado por el hospital Vilardebó y así tratar de comprender el efecto que produce en el sujeto el pasaje por esta institución.

El Objetivo general del presente trabajo es:

- Realizar una aproximación teórica sobre el modelo que asocia, en el imaginario colectivo, a las personas diagnosticadas con algún trastorno mental severo como potencialmente peligrosas.

Los objetivos específicos son:

- Analizar el recorrido histórico que generó la asociación entre locura y peligrosidad y como fue variando a lo largo del tiempo.

- Identificar los mecanismos actuales a través de los cuales, se construye la relación entre la idea de peligrosidad y los trastornos mentales severos.

La metodología que se utilizará estará centrada en la técnica de recolección de información, la cual permite analizar diversos documentos relacionados al tema que se va estudiar. A partir de las fuentes históricas se puede obtener información sobre investigaciones pasadas, lo cual no solo facilita el proceso de trabajo, sino que también permite obtener una mirada más amplia y un análisis crítico sobre la temática a abordar.

A su vez, se utilizarán entrevistas que fueron realizadas en el año 2014 dentro del proyecto de investigación "Peligrosidad - Salud mental; buscando la mirada del usuario" que corresponde al segundo año de la práctica preprofesional del Proyecto Integral "Protección social, Instituciones y Práctica Profesional" de la Licenciatura de Trabajo Social.

El marco teórico que se utilizará para el abordaje de la temática, estará centrada en las categorías de locura, peligrosidad, estigma, otredad, medicalización, enfermedad y patología, normalidad y anormalidad.

Para abordar la locura se desarrollarán los aportes de Michel Foucault, principalmente retomando los textos *Historia de la locura en la época clásica*, *La vida de los hombres infames*, *Los Anormales*, entre otros.

De Erving Goffman, se retomará el análisis sobre *Estigma* y los aportes de *Internados*. En cuanto a Robert Castel, se tomarán los aportes centrales de su obra *De la peligrosidad al riesgo*, así como también de *El orden psiquiátrico* y cuestiones relacionadas a *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?*.

A su vez, se incluirá un análisis sobre peligrosidad desde un enfoque médico - judicial . Para ello se retoman aportes realizados por especialistas en

el tema, pero también se expondrán posturas que muestran cierta disconformidad en cuanto al análisis exclusivo que parecería poseer el enfoque médico-legal en torno la categoría de peligrosidad.

Se realizará un aproximación teórica en torno a los aportes efectuados por autores regionales que abordan la otredad, la discapacidad y la ideología de la normalidad desde un enfoque antropológico-social.

Para el abordaje de la enfermedad y lo patológico se recurrirá al análisis que realiza Giovanni Berlinguer, a través de su libro *La enfermedad: sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo* y de Georges Canguilhem a partir de *Lo normal y lo patológico*. Asimismo, se incluirá el estudio de la expansión de la medicalización en los espacios sociales, a partir de la contribución de diversos autores que analizan en profundidad esta temática.

En cuanto a la estructura del documento, el mismo estará dividido en dos Capítulos, los cuales estarán organizados de la siguiente manera: el Capítulo 1 - *La institucionalización del loco peligroso*, estará comprendido por el recorrido histórico de la locura, el estudio de la peligrosidad, desde una breve concepción desde el derecho y la psiquiatría, finalizando con el análisis del proceso de medicalización y el control de los cuerpos, a través de las Instituciones abocadas al área de salud mental en el Uruguay.

El Capítulo 2 - *Subjetividad e identidad, una mirada hacia la construcción social del otro*, se encuentra conformado por la noción de estigma, asociada a la condena social, a los prejuicios y a la desaprobación. También se reflexiona en este capítulo, sobre la Ideología de la normalidad, asociando a la locura y a la peligrosidad desde la perspectiva de la otredad, del riesgo y de la incertidumbre, dando paso al debate actual sobre las políticas de salud mental en el Uruguay.

A partir de lo expuesto con anterioridad, se culminará el presente trabajo con reflexiones finales en torno a la asociación de peligrosidad y enfermedades mentales severas.

Capítulo 1 - La institucionalización del loco peligroso

1.1 Recorrido histórico de la locura

Las personas categorizadas como locas, han sido asignadas a determinados roles dependiendo el momento histórico que se analice, la locura ha sido un tema tratado a lo largo del tiempo, por lo que se ha abordado desde diversas posturas. Se le ha llegado asociar con aspectos referidos a la burla y hazme reír del pueblo hasta incluso ser señalada como consecuencia y práctica de brujería, relacionándose al pecado y a cuestiones sobrenaturales. Hacia el siglo XVII la locura se institucionaliza a través de los grandes internados, en el siglo XVIII comienza a ser tratada a través del saber médico y la justicia, en el siglo XIX y parte del siglo XX es monopolizada por la psiquiatría. A mediados del siglo XX se cuestiona el modelo arraigado hasta ese momento y se pretende un cambio de paradigma enfocado hacia la desmanicomialización de los sujetos con trastorno mentales.

En la Edad Media se relacionaba la locura con los vicios, la maldad y los aspectos negativo del hombre. A finales de esta época *"La locura y el loco llegan a ser personajes importantes, en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sin razón del mundo y ridiculez menuda de hombres"* (Foucault, 2014: 28)

Comienza a producirse una categorización y distinción de la locura, por un lado se encuentran los locos pobres-vagabundos y por otro lado los locos que de alguna manera no terminan de ser expulsados de la sociedad y se integran al conjunto de la población, ya que no poseen el factor determinante de la pobreza como categoría de exclusión. *"Durante el siglo XV y XVI se registran casos de locos expulsados de las ciudades, (...). Generalmente se trataba de locos vagabundos, lo cual anuncia desde ya que la locura y la pobreza caerán en una misma exclusión social. Algunos locos son tratados*

para su curación en hospitales, pero se trata de los locos de la población."
(Murillo, 1996: 163).

A su vez durante estos siglos, se refuerza una nueva moral y conciencia orientada a la individualidad y la consolidación del yo, se establece los límites de lo que está permitido y lo que está prohibido. La persecución de la brujería como práctica no permitida e indeseada, a través de técnicas perpetuadas bajo el poder monárquico, pretendía perseguir y eliminar toda opinión y actitud desviada, es decir todo aquello que se encuentra por fuera del dogma religioso instaurado. La locura no sería ajena a esta persecución ya que la misma era entendida desde lo sobrenatural, asociada a las posesiones diabólicas y a la herejía, por lo que su tratamiento debía ser entendido desde la purificación y expulsión del mal. (Murillo, 1996)

Foucault (2014) en su libro *Historia de la Locura Tomo I*, comienza analizando la situación de los enfermos de lepra y cómo el tratamiento a esta población, que fue encerrada y estigmatizada por su enfermedad, se traspasó, en un momento de la historia, a la enfermedad de la locura. *"Desde la mitad del siglo XVII, la locura ha estado ligado a la tierra de los internados, y al ademán que indicaba que era aquél su sitio natural."* (Foucault, 2014:80)

La creación de los asilos y manicomios como lugares de encierro y aislamiento, se caracterizaban por el hecho de que en ellos coexistía un conglomerado de personas que no necesariamente poseía una patología psiquiátrica, su objetivo era encerrar aquellas personas que se desviaban de la razón y de la norma social establecida, separando los enfermos de los no enfermos. Por lo tanto más allá de lo patológico o enfermedad diagnosticada, el aislamiento, la estigmatización y otras prácticas relacionadas con el sujeto calificado como loco, corresponde al mantenimiento de un orden histórico-social que asigna el lugar que debe ocupar cada persona en esa sociedad, y quien debe quedar por fuera de la misma por representar un peligro al orden establecido. Es así que los leprosos, criminales, locos, prostitutas, vagabundos

eran encerrados y excluidos fuera de la ciudad para preservar a la sociedad de los males que estos representaban. *"Se sabe bien que en el siglo XVII se han creado grandes internados (...) más de uno de cada cien habitantes de París, ha estado encerrado allí, así fuera por unos meses"* (Foucault, 2014:79).

Comienza a aparecer el encierro como forma de control de la locura, y con él los manicomios. El manicomio por tanto, se vuelve un lugar de confrontación, donde se encuentran, la locura, la pasión, la perversión, la voluntad desordenada; frente a una voluntad recta y normas ortodoxas del hospital. Este choque producirá, el despliegue máximo de la enfermedad, que se opondrá a la rectitud del médico, saliendo victoriosa en esta lucha, la voluntad recta, reflejada ahora en el enfermo a través de la sumisión y renuncia a la voluntad perturbada. (Foucault, 2014).

Dentro de la categoría de los anormales, Foucault (2000) distingue a tres personajes, los cuales denomina como los monstruos, los incorregibles y los onanistas. Precisamente, retomando los aportes de Foucault, Vallejos menciona que el individuo a corregir:

(...) paradójicamente denominado también como el incorregible, es un personaje que aparece en el siglo XVIII, perfilándose en el interjuego entre la familia, la escuela, el taller, la policía, la parroquia; contemporáneo a la valoración del espacio cerrado al servicio de la domesticación y el adiestramiento de los cuerpos (Vallejos, 2009:48)

En el siglo XVIII *" A la vez que peligroso, el loco es digno de lastima. Es un desgraciado, un <<infortunado>> que ha perdido el atributo más preciado del hombre: la razón."* (Castel, 1980: 52)

A finales del siglo XVIII y en el transcurso de todo el siglo XIX, el saber médico psiquiátrico, fue desarrollando explicaciones acerca de la enfermedad mental, creando elementos discursivos que sirvieron de base para su

legitimación. Este proceso se vio fortalecido con la creación de instituciones para atender a los alienados, llevando adelante diversas terapéuticas para ello.

Lo que implica el encierro en los manicomios no es en sí la recuperación o rehabilitación del loco, si no categorizar a los moralmente inadaptados, aquellos que no se comportan de acuerdo a las reglas de una sociedad dada. Se deberá por lo tanto, inculcar por medio de la fuerza, del poder médico, la moral y los valores propios de un determinado orden. (Foucault, 2014)

El encierro no significó un mejor trato hacia las personas con algún padecimiento psíquico, por el contrario, seguían perpetuándose el sometimiento y la represión de conductas inadecuadas asociadas a los sujetos considerados como anormales o desviados. El loco será el destinatario de prácticas de corregimiento y castigos que logren reprimir y adaptar sus valores y prácticas de acuerdo a lo que la sociedad le exige: *"La represión adquiere así una eficacia doble, en la curación de los cuerpos y en la purificación de las almas. El internamiento hace posibles, así, esos remedios morales (...) que serán la actividad principal de los primeros asilos del siglo XIX (...)"* (Foucault, 2014: 139)

Los castigos físicos, el sometimiento del cuerpo, tratamientos inhumanos, el encierro, la exclusión y pérdida de intimidad de los locos constituían métodos considerados como efectivos y necesarios. A través del afianzamiento de la medicina en la sociedad y específicamente de la psiquiatría, el loco es destinatario de prácticas legitimadas por el poder médico para su posible curación y para el bienestar de la sociedad.

La psiquiatría se crea como disciplina médica a mediados del siglo XIX y su consolidación se extendió hasta principios del siglo XX. El psiquiatra ejerce el poder y el control sobre los cuerpos, clasificando al sujeto como normal o anormal-patológico, por lo tanto establece quiénes son poseedores de derechos y quienes quedan expulsados del ejercicio pleno de la ciudadanía. *"Con la cuestión de la locura, por medio de su medicalización, se inventa un*

nuevo estatuto de tutela esencial para el funcionamiento de una sociedad contractual." (Castel, 1980: 41)

A su vez, el despliegue de diagnósticos por parte de los psiquiatras, se fue incrementando, esto produjo cambios en las formas de clasificación no solo de las enfermedades sino también de los sujetos.

Durante la tercera década del XX se crean y legitiman prácticas médicas que sometieron a los individuos a tratamientos sumamente invasivos, como el caso de la lobotomía y la electroconvulsoterapia (esta última sigue siendo utilizadas en Hospitales psiquiátricos, con posiciones a favor y en contra sobre su utilización). Hacia la segunda mitad del siglo XX, se produjo cambios en las formas de tratamiento que avanzan hacia el creciente uso de medicación con psicofármacos. A su vez, con el avance de la tecnología se produce el estudio y el desarrollo de las denominadas neurociencias las cuales permiten obtener un análisis más minucioso de las enfermedades mentales desde un punto de vista biológico.

A partir de la década sesenta del siglo XX se desarrolla un proceso crítico hacia la intervención que se le brinda a las personas con enfermedad mental, la cual se basa en un poder centralizado por el médico psiquiatra:

El modelo de atención a la enfermedad mental que caracterizó al siglo XIX y la mayor parte del siglo XX, que privilegia el aislamiento, el encierro de las personas consideradas <<fuera de juicio>> o <<locas>>, comienza a discutirse de forma amplia partir de 1959 en Inglaterra, con el movimiento de la antipsiquiatría, propiciado fundamentalmente por Laing y Cooper y, en Italia, por Basaglia, a través de un movimiento intelectual y político que cuestionó el modelo manicomial de manera radical. (Bentura; Mitjavila, 2012: 1).

Este cambio de paradigma propone la rehabilitación psicosocial del sujeto diagnosticado con algún trastorno mental, promoviendo un enfoque hacia afuera de las instituciones manicomiales, con una perspectiva que no refuerce, ni privilegie las lógicas de encierro, las cuales vulneran los derechos

humanos de las personas con una enfermedad mental. Para ello se debe apostar a una mirada interdisciplinaria donde el poder hegemónico del psiquiatra en el tratamiento de la salud mental sea cuestionado, abriendo paso a nuevas disciplinas, como la psicología y el trabajo social, que permitan la inserción a los diversos espacios que conforman la vida social y brindando herramientas para el uso y goce de su ciudadanía, como pleno sujeto de derecho. (Amico, 2004)

Se debe apelar a la hospitalización en casos de episodios agudos de descompensación, con internaciones que sean lo más acotadas posibles, lo suficiente para que el sujeto logre su adecuada recuperación sin prolongar innecesariamente su pasaje por la institución. A su vez este modelo promueve la erradicación del estigma con el que cargan las personas con trastornos psiquiátricos. Los estereotipos califican y limitan la vida cotidiana de las personas, resaltando sólo un aspecto de la vida diaria con la que convive esta población:

El enfermo mental no es un ser anormal que deba ser cambiado, sino la víctima inocente de un sistema patógeno que proviene de un medio que manifiesta constantemente las contradicciones y conflictos de la sociedad (malestar de la cultura) (Amico, 2005: 53).

Cabe mencionar, que el breve análisis que se ha realizado hasta ahora corresponde a sociedades occidentalizadas donde lo desviado, el otro, lo patológico, la enfermedad, lo distinto, lo que está por fuera de la norma es condenado y aislado ya que se encuentra por fuera del mundo de los *normales*. (Boivin; Rosato; Arribas,1999).

2.1 - Peligrosidad, breve concepción desde el derecho y la psiquiatría

El término peligrosidad es objeto de estudio de una multiplicidad de áreas y disciplinas. Entre ellas las que han jerarquizado o monopolizado su tratamiento es la justicia y la medicina:

La calificación de un hecho como delictivo o de una persona como peligrosa, implica la existencia y actuación de una estructura de poder que da validez a determinadas pautas de conducta, de acuerdo con una jerarquía de valores cuya defensa asume ese poder. (Terradillos, 1981: 9-10)

La noción de peligro no solo hace referencia al momento específico de un acto o persona peligrosa, sino que también hace referencia a la posible potencialidad de cometer dicho acto dañino o peligroso. " (...) *la peligrosidad es de una parte un pronóstico de futuro y de otra un juicio de probabilidad que parte del conocimiento de un autor y de su conducta.*" (Terradillos, 1981: 119)

¿Cómo se establece qué conductas son peligrosas?

La noción de sujeto peligroso se constituye a través de la asociación del mismo con la desviación. Ésta responde a una determinada estructura social, en el cual las partes que la conforman se basan en un acuerdo que determina pautas y criterios de conductas, las cuales son legitimadas por todos los miembros que la conforman, estableciendo que se puede hacer y que no. Quien transgreda esas pautas y criterios estará incurriendo en una desviación. Pero este concepto se encuentra íntimamente ligado al sistema social al cual pertenece, por lo tanto no se lo puede entender por fuera de ella. Es decir, estas posibles desviaciones no se deben entender como casualidades que surgen de manera aisladas, sino como causas que nacen de contradicciones internas del propio sistema (Terradillos, 1981)

Sin embargo, la mayor parte del tiempo, se culpabiliza a la persona con algún trastorno mental de ser responsable del deterioro de sus vínculos más cercanos, así como también de ser parte de quienes perturban el orden social. *"El loco es un perturbador con el que llega el escándalo al espacio familiar o al*

espacio social. (...) Vagabundo peligroso que suscita una intervención con frecuencia enérgica en nombre de la seguridad de las personas, de la salvaguarda de los bienes, de la decencia, etcétera." (Castel, 1980: 37)

Históricamente la locura ha representado un alejamiento de las pautas socialmente establecidas, por lo que constituye un objeto de análisis en el cual se debe depositar una serie de mecanismos y dispositivos para controlarla. *"La asociación entre locura y peligrosidad instauro la superposición entre punición y tratamiento, tutela y locura, dando por resultado la restricción de derechos y deberes y la vinculación, así más no sea implícita, con las conductas delictivas."* (Mantilla, 2010:117)

En el imaginario colectivo, parecería que las personas que poseen un trastorno mental no logran visualizar la línea divisoria entre lo que se puede hacer y lo que no. Las conductas desviadas al tiempo que implican potencialmente algún tipo de daño a terceros, comenzaron a vincularse a la órbita de lo criminal.

Un claro ejemplo de lo mencionado anteriormente se manifiesta en nuestro Código Penal, donde el grado de responsabilidad o no de una persona en un delito queda expresada de la siguiente manera: Título II de las circunstancias que eximen de pena, Capítulo II de las causas de inimputabilidad artículo 30 (Locura) del Código Penal ¹:

No es imputable aquél que en el momento que ejecuta el acto por enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación, se halle en tal estado de perturbación moral, que no fuere capaz o sólo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo, o de determinarse según su verdades apreciación.

El punto donde se une la medicina y el derecho es a través de las pericias médico-legales. Es en esa interacción es que se decide sobre la vida de los sujetos, sobre su posible aislamiento, represión, condena, liberación,

egreso, seguimiento y/o acompañamiento: *"Así los expertos definen la realidad para el conjunto de la sociedad, y especialmente para quienes viven en su propia carne sus contradicciones."* (Castel, 1980: 160)

La psiquiatría se introduce en la justicia penal, a través de crímenes extremadamente violentos que llamaban la atención de la opinión pública. Estos crímenes no son actos cometidos en sí contra la sociedad, sino que se producen por lo general dentro del ámbito doméstico o de cercanía del individuo peligroso, denominándose como crímenes contra natura, los cuales no presentan una razón o un motivo aparente. (Foucault, 1996) Es así que: *"La psiquiatría del crimen en el siglo XIX se inauguró pues con una patología de lo monstruoso."* (Foucault, 1996: 161)

La locura se encuentra estrechamente ligada al crimen, es que en ella está el crimen. La misma no solo implica conductas desviadas, sino que a partir de ella se originan los crímenes que sobrepasan las leyes naturales y las que rigen a la sociedad. Ésta puede pasar desapercibida, sin que nadie sospeche que se encuentra latente en determinado individuo, hasta el momento que estalla y se hace presente en forma de algún acto violento o crimen. Solo aquellos que posean una saber específico y experimentado pueden percibir los signos ligados a la locura. (Foucault, 1996) *"El crimen monstruoso, a la vez contra natura y sin razón, es la forma bajo la cual concurren la demostración médica de que la locura es en último término siempre peligrosa (...)"* (Foucault, 1996: 168)

Según Foucault (2000) el médico, es el encargado de conocer y estudiar los aspectos y las características de los sujetos factibles de cometer un delito o de ser potencialmente peligroso. La psiquiatría interviene en el ámbito penal a principios del siglo XIX. A través de la pericia psiquiátrica se debe demostrar si el sujeto estaba en el pleno uso de sus facultades mentales en caso de que exista un delito, a su vez debe ser capaz de percibir si existe alguna perturbación que sea la causante de un daño a terceros. Es aquí donde

se produce el punto de quiebre en cuanto a las medidas que se pueden aplicar, de acuerdo al grado de responsabilidad del sujeto o los sujetos implicados, unas pueden estar destinadas al castigo y el cumplimiento de una pena correctiva en centros penitenciarios y otras, destinadas a la mejora y rehabilitación del sujeto en centros hospitalarios de salud mental. Es decir se pone en marchas dispositivos de poder a través de técnicas normalizadoras destinadas al cuerpo y las conductas de los individuos en instituciones médico - judiciales.

No parece extraño que los manicomios o internados tengan gran parecido a las cárceles y que por ello ambas sean frecuentemente confundidas, hasta el punto de enviar, a las personas, en ocasiones, a unos u otros indistintamente. (Foucault, 2014):

(...) se ha señalado que la medicina mental se había construido a partir de una percepción diferencial (y de una separación institucional) entre los enfermos mentales, los criminales, y los otros desviados. Pero esta operación creaba una separación entre patología y criminalidad y ponía el acento sobre la inocencia de los locos en comparación con otras categorías a las que se les había asimilado injustamente en la indiferenciación relativa del <<gran encierro>> (Castel, 1980: 190-191)

La medicina mental y su intervención de la locura cobra relevancia en la órbita judicial "*(...) por medio de unos casos que, en definitiva, le son ofrecidos por la justicia ya que le plantean un enigma insoluble.*" (Castel, 1980: 188)

La pericia es la unión entre la medicina y la justicia, ambas gozan de renombrado status científico por lo que su discurso de verdad no parece ser cuestionado, ya que se encuentra respaldado por expertos calificados dentro de una élite científica. Actúan bajo un discurso moralizador y paternalista hacia los sujetos que son acusados de originar algún tipo de perjuicio o daño a la moral y orden establecido, por lo tanto se deslegitima la palabra y el discurso del sujeto acusado en contraposición de los expertos. Los individuos a corregir

son destinatarios de medidas que apelan a su reeducación a través de mecanismos basados en el control y el miedo. (Foucault, 2000). La pericia médico legal no se aplica a individuos con ciertas características en confrontación con otros, los destinatarios de la misma se encuentran dentro de la categoría que el autor denomina como los anormales.

La medicina psiquiátrica comienza a desplegar su saber y poder no solo a los grandes crímenes que llaman la atención de la opinión pública, sino que se expande hacia el terreno de las infracciones. A su vez, se plantea como cuestión central el nivel de peligro que el individuo puede representar para la sociedad, constituyéndose como el mayor de los peligros aquellos sujetos considerados como locos, enfermos y anormales. (Foucault, 1996)

El enfoque médico-judicial establece mecanismos de control:

El desarrollo de estrategias punitivas (...) comprende el conjunto de prácticas técnico - políticas dirigidas a la aplicación de sanciones - fundamentalmente mediante mecanismos de aislamiento, estigmatización y confinamiento - a determinados sectores de individuos portadores de <<conductas socialmente desviadas>> o que representan algún tipo de amenaza o riesgo social (Mitjavila, 1998: 13).

A lo largo de las últimas décadas, la medicina ha sido una de las disciplinas que por excelencia ha regulado y controlado los aspectos que tiene ver con el comportamiento de los individuos, y la psiquiatría se ha encargado y ha monopolizado el tratamiento de todas aquellas conductas consideradas como desviadas, aislándolas del resto de la sociedad " (...) *la función de la psiquiatría es delimitar el grado de peligrosidad de un individuo y evitar un retorno prematuro a la sociedad cuando sea susceptible de poner en peligro a uno de sus miembros.*" (Mantilla, 2010:117)

Con la legitimación de su saber, el psiquiatra expande su poder médico a diversas áreas que en teoría no le son propias " (...) *la actitud psiquiátrica no sólo supone ayuda al sufrimiento (asistencia) sino miradas sospechosas al*

conjunto de los comportamientos sociales." (Castel, 1980: 194). Por lo tanto, posee la capacidad de delimitar conductas sociales dentro de los márgenes de la medicina:

Para la psiquiatría clásica, el <<riesgo>> se presentaba esencialmente bajo la forma del peligro que encarnaba el enfermo mental susceptible de realizar un acto imprevisible y violento. La peligrosidad (...) implica al mismo tiempo la afirmación de la presencia de una cualidad inmanente al sujeto (es peligroso) y una simple probabilidad, un dato aleatorio, puesto que la prueba del peligro no se tendrá más que a destiempo, es decir, cuando el acto se haya efectivamente realizado. (...) solo existen imputaciones de peligrosidad, es decir, la hipótesis de que existe una relación más o menos probable, entre tales o cuales síntomas actuales, y tal o cual acto futuro. (Castel, 1986: 221-222)

Si un sujeto con trastorno mental, en algún momento en su vida, bajo alguna conducta considerada como sospechosa representa un peligro, un riesgo para su entorno o la sociedad, se recurrirá al psiquiatra ya que es quien debe esclarecer qué tan predispuesto está el sujeto a cometer o no un delito. En el caso de concretarse el hecho, ante una pericia, el psiquiatra debe dilucidar en qué estado mental se encontraba el sujeto cuando cometió el delito, posteriormente se debe controlar y corregirlo ya que posee una errónea percepción de la realidad o una incapacidad de discernir qué se puede hacer de lo que no. *"El poder médico goza de un privilegio de hecho, pues le corresponde la función pericial: el certificado, validando o invalidando el estado de enfermedad, zanja la cuestión de la legitimidad del internamiento."* (Castel, 1980: 177-178)

El médico, el psiquiatra se convierte en juez del cuerpo y la mente de las personas, ante una falla éste actúa para recomponerlo, imponiendo su saber: *"A la Psiquiatría, como disciplina médica, le atañe todo lo referente al hombre mentalmente enfermo o simplemente alterado, o en trance de estarlo, tanto en la etapa en que necesita protección para no enfermarse como cuando, ya enfermo, precisa curación."* (Reyes; Puppo apud Reyes, 1980:35).

La expansión de la medicina, produjo una categorización de la vida de los sujetos bajo una lógica de salud y/o enfermedad:

(...) con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, el loco pierde parte de su condición humana y adquiere el rótulo de enfermo, de simple portador de síntomas de una extraña enfermedad, que debían ser eliminados, porque el loco <<es peligroso>>y por eso es preciso detectarlo precozmente, separarlo del medio, internarlo, y curarlo. (Amico, 2005:23)

La medicina es una disciplina que abarca múltiples dimensiones de la vida cotidiana, no solo " (...) *como una ciencia orientada a conocer y controlar enfermedades , sino como organización que quiere controlar a los enfermos, por peligrosos*" (Berlinguer, 1994: 77). De esta manera crece el poder médico sobre los enfermos, la necesidad de internación urgente debido a una enfermedad mental, se realiza en función de prevenir acciones que hagan daño a la sociedad.

El poder médico no solo ejerce su influencia, en la conducta y en el cuerpo del individuo enfermo, sino que también regula el contexto y los aspectos de la vida diaria de los sujetos, en nombre de las prácticas preventivas de salud. Las políticas preventivas " (...) *promueven en consecuencia una nueva modalidad de la vigilancia (...) Existe vigilancia en el sentido de que el objetivo que se pretende es el de anticipar e impedir la emergencia de un suceso no deseable: enfermedad, anomalía o comportamiento desviado.*" (Castel, 1986:230)

La vigilancia constante que realizan los especialistas sobre los aspectos cotidianos de las personas, genera un efecto de deshumanización de los sujetos, ya que se centralizan en ciertos factores heterogéneos que juegan en torno a elementos estadísticos, es decir, en la probabilidad de que la conjunción de estos factores produzcan un efecto no deseado, un riesgo. Ya no se apuesta hacia una mirada integral del sujeto en sí, sino que el enfoque se traslada hacia los aspectos y actitudes que pueden producir un riesgo. (Castel,

1986) En el capítulo siguiente del presente trabajo, se profundizará en el concepto de riesgo relacionándolo a la incertidumbre y a la otredad, como factores que determinan la construcción social que existe en torno a la locura y la peligrosidad.

Actualmente se apunta a una revisión de la noción de peligrosidad en el campo de los derechos humanos y la salud mental, acorde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas. Los análisis críticos de la peligrosidad plantean dejar de considerarla como una propiedad individual de cada paciente, para situarla en un conjunto complejo de relaciones. Estas posturas críticas proponen invalidar la noción de "paciente peligroso", a fin de contemplar las situaciones puntuales de riesgo, respecto de quienes y bajo qué circunstancias concretas pueden manifestarse conductas peligrosas. (Mantilla, 2010)

3.1- Proceso de medicalización y el control de los cuerpos.

Los sujetos tienden a la distinción y dicotomización entre lo normal y lo patológico, y a éste último le atribuyen las nociones de irregular, desviado, poco razonable, ilícito e incluso criminal. Todo lo que se considera extraño, es entonces, excluido. Esto sin duda, porque desde el siglo XIX, la medicina creyó que podía establecer dicha distinción, y que era indudable, lo que significaba, en los diversos tiempos y lugares, la concepción de enfermedad (Foucault; 1996). Por ello decimos que: *"(...) la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado"* (Foucault; 1996: 13).

Es pertinente realizar una breve presentación del proceso de medicalización en las sociedades occidentales. Se analizará el traspaso de la medicina moderna y científica hacia una medicina social. El capitalismo socializa al cuerpo y ejerce un control social sobre el individuo, no se opera

solamente mediante los mecanismos de conciencia y de la ideología, sino que también se ejerce un control sobre el cuerpo y con el cuerpo. (Foucault; 1990)

Siguiendo con los aportes de Foucault (1990), en Europa del siglo XIX, en una primera instancia, la práctica médica empezó a desarrollar estrategias para intervenir en la salud en términos poblacionales.

Este proceso estuvo acompañado de una fuerte institucionalización del saber médico a través de la creación de universidades. De este modo, la medicina comienza a adquirir mayores niveles de legitimación, llegando a esferas vinculadas al control estatal. (Foucault, 1990)

La ciudad se constituye como factor de organización de los cuerpos en el ámbito urbano de una forma coherente, homogénea y reglamentada. La medicina urbana se constituyó de métodos de vigilancia y de hospitalización, se puede establecer una relación entre organismo-cuerpo y medio de existencia-condiciones de vida. El último objeto de medicalización en lo que respecta a la medicina social, se centra en la fuerza laboral, en el obrero. Se denominó la medicina de los pobres, ya que éstos ocupaban un espacio y una función en el contexto urbano. (Foucault, 1990)

La noción de peligrosidad estuvo asociada a las poblaciones obreras, pobres e inmigrantes, ya que eran asociados como factores de riesgo y peligro, lentamente se los desplazó territorialmente y fueron relegados de las funciones que desempeñaban, esto produjo disturbios populares; considerándolos peligrosos desde una perspectiva política - sanitaria . Ante esta situación, se inició una serie de medidas para atenuar los conflictos, por ejemplo se divide el territorio urbano entre ricos y pobres, a su vez el pobre se beneficiará de programas de asistencia, lo cual lo introducirá dentro de la dinámica del control médico. Se produce así, una forma de protección contra el descontento de los pobres y las características que rodean a estos. (Foucault, 1990)

Es a través del proceso de medicalización de los espacios sociales que el saber médico ha ocupado un rol primordial en la vida de los individuos a lo largo del tiempo:

Los procesos de medicalización de la vida social constituyen un aspecto central de la modernidad. (...) imponiéndose en dominios de la vida de los individuos que anteriormente eran totalmente externos a la medicina y, con ello, permitiendo codificar en términos de salud/ enfermedad comportamientos que permanecían en otras áreas de la vida social. Esto significa una intervención creciente en las relaciones sociales en nombre de la salud y el ejercicio de ciertos controles en esos ámbitos que anteriormente eran externos a su influencia. (Ortega, 2008: 27)

Es así que se le otorgó a la psiquiatría, como disciplina médica, "*(...) un poder exorbitante si se tiene en cuenta el lugar real que ocupa en la sociedad y el carácter aleatorio de su saber. El psiquiatra se ve llamado a intervenir sobre una amplia gama de problemas propiamente sociales (...)*" (Castel, 1986: 228)

En Uruguay, en el siglo XIX, se desplegó el saber médico en las diversas áreas de la vida de los individuos, mediante un proceso de cambio de la sensibilidad de la sociedad, llevado a cabo por las clases dirigentes, la burguesía y los sectores conservadores. Se produce el traspaso de la barbarie hacia una sociedad civilizada, donde el cuerpo debe estar al servicio del trabajo ya que este representa la salvación y cura de todos los males, se debía erradicar los excesos, la suciedad y el vicio los cuales eran asociados al medio rural. El cuidado del cuerpo, la higiene, la protección de la salud cobra relevancia en esta sociedad civilizada, por lo que el médico posee un rol primordial. (Barrán, 1990)

El médico, ejerce su poder categorizando a las personas, decidiendo quien está enfermo y quien no, quien debe realizar un tratamiento o debe ser encerrado, inspeccionando, aislando y/o curando a los cuerpos enfermos, clasificando a las personas según sus parámetros y según un orden normalizador establecido. "*Se produce entonces la conversión de la salud en*

un problema eminentemente político desde el punto de vista de la relevancia de la higiene pública, la revalorización del cuerpo (como fuerza de trabajo) y la moralización, que lleva al control social de la <<conducta desviada>>" (Ortega, 2008:27- 28)

Este proceso de medicalización en la sociedad uruguaya se desarrolló a finales del siglo XIX y principios del siglo XX asociado al proyecto político del primer batllismo, el Estado fue el principal medio para llevar adelante dicho proyecto. Con la modernización, se originaron modificaciones importantes en casi todas las áreas imprescindibles de un país. Cambios en las pautas culturales, en la economía , en la política, y en lo social, produciéndose paulatinamente un pasaje de una cultura bárbara hacia una sociedad disciplinada. La educación y la salud fueron mecanismos imprescindibles para lograr el disciplinamiento de la población, a través del control de los cuerpos. Se creó y legitimó una serie de instituciones que prevenían, vigilaban y controlaban las enfermedades infecciosas, se enfatizó la mirada hacia la familia y principalmente a la mujer como figura intermediaria que transmitiría los cuidados que se debía tener en torno al cuerpo y las conductas que se debían seguir en relación a la consolidación de la higiene moderna, producida por la legitimación social del saber y el poder médico. (Ortega, 2008)

Por lo tanto, ante la creciente expansión de la medicalización en los diversos espacios sociales, el médico transmite y enseña parte de su saber sin perder el privilegio de ser quien monopoliza las cuestiones relacionadas a la salud y la enfermedad. *"El médico no cuida directamente, no actúa por sí mismo; dice la forma en que se debe cuidar y actuar; supervisa la forma en que se cuida y actúa."* (Castel, 1980: 169)

Se produce un cambio en el modelo de atención de la salud, en el siglo XVIII los hospitales se encargaban de cuidar más que curar ya que los mismos estaban bajo el servicio de personal religioso, a partir de finales de siglo XIX y principio del siglo XX se transforma el modelo y se invierte los roles, las

instituciones hospitalarias comenzaron a enfatizar el poder de curar monopolizado por los médicos a través de legitimación de su función. Es así que a partir de este periodo histórico, se comienza a crear diversos organismos e instituciones que se abocarán plenamente a la atención de la salud, ya no desde un panorama religioso y caritativo, sino desde una perspectiva científica legitimada en el poder médico de curar. (Ortega, 2008)

Específicamente en relación al tratamiento de la salud mental, en 1860 se crea el Asilo de Dementes, el cual constituyó el acercamiento de enfermos mentales al primer dispositivo manicomial creado en Uruguay. Durante el período militarista (1875-1886) se construye El Manicomio Nacional, el cual más tarde se llamó Hospital Vilardebó en honor al Dr. Teodoro Vilardebó. Esta institución psiquiátrica fue fundada el 21 de mayo de 1880 y comenzó siendo de tipo asilar, con características de control, reclusión y de exclusión del enfermo mental. Su construcción formó parte del primer impulso modernizador del país. (Techera; Apud; Borges, 2009)

Para alivianar el exceso de población que albergaba el Manicomio Nacional, se creó, en 1912 las Colonias de alienados Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi, ubicadas en el departamento de San José, impulsando un modelo en el que los pacientes crónicos mantuvieran contacto con la naturaleza bajo un modelo autogestionado. Las malas gestiones y los altos grados de corrupción, provocaron que dicho modelo no prosperará, lo que fortaleció el aspecto asilar y represivo de dichas instituciones. (Techera; Apud; Borges, 2009)

Antes del cambio de concepción del tratamiento de la salud, el único centro hospitalario era el Hospital de la Caridad creado en 1788, a partir del impulso modernizador surge una oleada de instituciones médicas, entre ellas, el Asilo de Dementes en 1860, el Manicomio Nacional en 1880, re-inaugurado a principios del siglo XX como Hospital Vilardebó, en 1875 se inaugura la Facultad de Medicina, en 1899 el Hospital Fermín Ferreira, en 1902 La Liga

Uruguay contra la Tuberculosis, en 1908 el Hospital Pereira Rosell, el cual es dirigido a la atención de niños y niñas, en el mismo año se origina el Cuerpo Médico Escolar, en 1910 las Inspecciones Departamentales de Higiene, en 1917 El Instituto Profiláctico de la Sífilis, en 1922 se crea el Hospital Pasteur, en 1927 el Hospital Pedro Visca, en 1928 la Colonia Saint Bois, en 1931 el Consejo de Salud Pública y en 1934 Ministerio de Salud Pública, entre muchas otras que consolidaron el proceso de medicalización en la sociedad uruguaya. (Ortega, 2008).

El saber médico se consolidó tanto en el espacio público como en el privado, influyendo en el comportamiento de los sujetos y las dinámicas familiares:

En 1930 el médico era ya una figura clave en cualquier familia uruguaya (...) El silencio respetuoso, la solicitud, el ofrecimiento de lo mejor, el acatamiento a sus consejos y órdenes, habían sustituido la antigua familiaridad, la irrespetuosidad, la desobediencia, la consulta a los otros saberes (Barrán, 1993:77)

Las instituciones de salud operan como receptores de la ejecución final que toma el saber médico sobre aquellos individuos enfermos, siendo estos albergados en un lugar en el cual deben someter su cuerpo y mente ante la voluntad de quienes poseen el poder de curar. En el caso de las instituciones de salud mental, la relación de poder por un lado y sometimiento por el otro, es aún más visible. " *Las instituciones implican relaciones de fuerzas y, consecuentemente, regímenes de imposición.*" (Weisshaupt, 1988: 27) Siguiendo con la idea del autor, se puede decir que la razón principal de una institución gira en torno al poder y a la legitimación de dominación.

Estas características, son claramente observables en las denominadas instituciones totales, las cuales son aquellas en las que " (...) *todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. (...) cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo*

trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas." (Goffman, 1961: 19). Se pueden denominar como instituciones totales a las cárceles, internados y hospitales psiquiátricos.

A continuación, se realizará una breve descripción de las principales instituciones que se ocupan exclusivamente de la atención de la salud mental en Uruguay, en la actualidad.

El Hospital Vilardebó hoy en día, es el Hospital de agudos referente del país "*(...) en 1996 el hospital Vilardebó se redefine como <<hospital de agudos>> de referencia nacional, abandonando su rol asilar (...)*". (Bentura; Mitjavila, 2012: 4). Este pasaje de rol asilar a uno de rehabilitación, comenzó a debatirse a partir de la década de los 60' del siglo XX, a través del movimiento de anti-psiquiatría o de desmanicomialización, teniendo como objetivo fundamental la rehabilitación de las personas. (Bentura; Mitjavila, 2012)

Actualmente el Hospital cuenta con 13 salas, divididas en dos sectores, uno femenino y otro masculino, respectivamente cuentan con 4 salas abiertas y una de seguridad y 6 salas abiertas y 2 de seguridad. La institución otorga tres tipos de servicios de atención ambulatoria, estos son: la Policlínica, que asiste a diversos usuarios que concurren con frecuencia, ya sea para retirar medicamentos o por alguna consulta médica; la Emergencia, que atiende aquellas consultas de carácter urgente; y por último el Centro Diurno, que atiende tanto a pacientes aún hospitalizados como aquellos que ya se encuentran egresados y en proceso de rehabilitación. Las salas de seguridad albergan pacientes diagnosticados con algún trastorno mental y que a su vez cometieron algún tipo de delito grave, su internación es derivada por órdenes judiciales (inimputables, derivados de cárceles, etc.)."*(...) podemos decir que «coexisten» en el Hospital Vilardebó «dos hospitales»: el hospital psiquiátrico de «agudos», y el hospital «judicial» (...), con poblaciones diferentes, con distintos tiempos de estadía, necesidades, momentos evolutivos y abordajes terapéuticos.*" (Aquines; García; Porteiro, 2011:98).

La rehabilitación es uno de los componentes a trabajar en las salas, pero el objetivo principal es tratar de mantener a los pacientes compensados (mientras se está a la espera de la finalización del proceso judicial):

Según el protocolo utilizado en el hospital ingresan directamente a las salas de seguridad todos los pacientes derivados por orden judicial en calidad de procesados, independientemente de la condición de responsables o inimputables, o aquellos no procesados, a pedido expreso del magistrado, en el oficio de internación. (Aquines; Garcia; Porteiro, 2011:103).

Es un lugar en donde el ocio, el encierro y las medidas disciplinarias son características típicas:

Se trata de establecer las presencias y las ausencias, de saber dónde y cómo encontrar a los individuos, instaurar las comunicaciones útiles, interrumpir las que no lo son, poder en cada instante vigilar la conducta de cada cual, apreciarla, sancionarla, medir las cualidades o los méritos. (...) La disciplina organiza un espacio analítico. (Foucault, 2002: 147).

Se ha hecho cierto énfasis en esta población, debido a que representan alrededor de la mitad de los usuarios internados en el Hospital. A su vez, algunos medios de comunicación fomentan en el imaginario colectivo a través de la información que brindan, la idea de que ese sector del hospital representa a la totalidad de las personas que asisten a dicha institución. Asociando y reforzando la imagen de que los sujetos allí hospitalizados se encuentran en ese lugar por haber cometido algún acto violento en contra de otros o contra de sí mismos.

En cuanto a las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, si bien es cierto que hay personas con padecimientos psíquicos allí internadas, existen personas internadas que no son poseedoras de una enfermedad mental, si no que concurren a las colonias a raíz de una situación de vulnerabilidad social. Comienza a surgir la denominación de pacientes sociales, haciendo referencia

a aquellas personas de bajos recursos económicos que se encuentran aislados de ciertos vínculos y espacios sociales, motivo por el cual son enviados a instituciones que más que brindar un servicio de salud se convierten en un lugar a donde enviar a la gente que se encuentra desposeída de herramientas que le permitan mantener una vida autónoma. Esta situación provocó que por muchos años existiese una superpoblación en las Colonias, el deterioro de la atención que se brinda y el poco personal calificado, fomenta prácticas que vulneran los derechos de los sujetos allí internados. (Techera; Apud; Borges, 2009)

Estas instituciones nuclea el mayor número de personas hospitalizadas con trastornos mentales, perpetuando una lógica de encierro que poco tiene que ver con aspectos necesarios para una adecuada atención de la salud mental. Sin embargo, se ha apostado a un cambio de paradigma con respecto al modelo anterior, enfocándose en aspectos que apuntan a una rehabilitación psicosocial de los sujetos. Esta situación se ve levemente reflejada, con la creciente aparición de nuevas instituciones no asilares, que trabajan bajo un enfoque comunitario de la salud mental.

El Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (C.N.R.P) fue creado por decreto del Poder Ejecutivo en 1971 como dependencia de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata; creada esta última en 1948 a través de la Ley N 11.139. El CNRP actualmente lleva el nombre del Dr. Martínez Visca, tratando de dejar atrás el nombre estigmatizador de "Patronato del Psicópata". En dicho Centro se trabaja y fortalece el vínculo con su familia y afectos, los aspectos relacionados a la vida cotidiana de las personas, así como también, el acercamiento a las redes comunitarias. (Techera; Apud; Borges, 2009)

El Centro Sayago, es una dependencia creada por ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) para el tratamiento de la salud mental en coordinación con otros equipos de salud comunitarios del mismo organismo estatal. Se trabaja en los aspectos referentes a la autonomía

de las personas, la comunicación e inserción social y la expresión a través de diversos talleres que fortalecen aspectos significativos para el auto-cuidado y adquisición de herramientas para su vida cotidiana. (Techera; Apud; Borges, 2009)

Es pertinente mencionar la creación de diversos Centros y talleres, como ser el Centro Psicosocial Sur Palermo, Centro Montevideo, Centro Hospitalario Benito Menni, CIPReS, Centro Diurno del Hospital Vilardebó, así como también los Hogares asistidos (convenio entre MIDES y ASSE) y pensiones sociales, que trabajan en defensa de un modelo de atención de la salud mental enfocado en los derechos de las personas y no enfocado en la enfermedad, brindando las herramientas necesarias para lograr un desarrollo pleno en los aspectos que conforman la vida social de un individuo. Es necesario el esfuerzo conjunto de las instituciones y organizaciones que trabajan con las personas diagnosticadas con trastornos mentales para que estas logren el acceso a la educación, al trabajo digno y a una vivienda digna, a la apropiación de los diversos espacios públicos que les corresponde como ciudadanos y a servicios de salud que no estigmaticen a los sujetos por su enfermedad.

Es posible distinguir en los dispositivos asilares así como también en los Centros ambulatorios de salud mental tres tipos de estrategias sanitarias, las cuales forman parte de los procesos de medicalización. (Mitjavila,1998) En primer lugar las *punitivas*, tal como el concepto lo indica, establecen un tipo de sanción a un grupo de individuos considerados "desviados" en sus conductas sociales. Como segunda estrategia la autora plantea la de tipo *arbitral*, la cual realiza juicios sobre la condición de la persona determinando la aptitud o negación para la realización de determinada actividad y/o circunstancias sociales. Por último, las estrategias *socializadoras*, refieren "*(...) al tipo de vigilancia panóptica que practica el Estado, a nivel de los individuos, sobre y desde el propio cuerpo, con la finalidad de regular sus conductas.*" (Foucault apud Mitjavila, 1998:14). La autora advierte que los tres tipos de estrategias no

son excluyentes, sino que en los procesos sociales de medicalización se pueden encontrar elementos y características de cualquiera de las tres.

Las estrategias punitivas, se cristalizan en las denominadas instituciones asilares, aislando de la sociedad a los sujetos durante su internación. Se pretende a través de la institucionalización, que la persona cumpla un sanción o cambie su conducta "desviada", y así no sea una amenaza para el resto de la sociedad. (Mitjavila, 1998)

En cuanto a las estrategias de tipo arbitral, se puede percibir que los psiquiatras ejercen dicho rol dentro de una institución médico-legal, ya que son quienes acreditan o niegan la habilitación para que las personas realicen determinadas actividades, concurren o no a algún encuentro y/o básicamente que egrese de la institución. (Mitjavila, 1998)

Las estrategias socializadoras, vigilan la conducta de los sujetos a través de un mecanismo disciplinador tanto dentro como fuera de las instituciones, incidiendo así, en la libertad individual a través del control de los cuerpos. (Mitjavila, 1998)

Capítulo 2 - Subjetividad e identidad, una mirada hacia la construcción social del otro

1.2 - Estigma: Condena social, prejuicios y desaprobación

La persona con trastorno mental sufre la mayor parte de su vida el prejuicio que representa su enfermedad, atribuyéndole una serie de calificativos, mayoritariamente de carácter negativo, por parte de terceros. El loco es " (...) portador de un estigma, lo que significa que este sujeto presenta un atributo que lo vuelve diferente de los demás (...) y lo convierte en alguien menos apetecible (...)" (Goffman, 1963: 12). Es así que, en referencia a dichas personas se crean distintas teorías para dar cuenta de los peligros que pueden representar para la sociedad, y es a partir de ello que se justifica la discriminación y la noción de inferioridad que pueden llegar a padecer. En cuanto al lugar de quien porta el estigma, esta exposición a la discriminación que vive constantemente en su vida cotidiana, lo lleva a sentirse siempre inseguro y generalmente con baja autoestima. El contacto con otras personas es una prueba difícil de superar a la que debe enfrentarse diariamente el estigmatizado. (Goffman, 1963)

El estigma atraviesa la vida de los sujetos con algún padecimiento psíquico, fomentando ciertas características que tal vez no le son propias, pero en el imaginario colectivo están fuertemente arraigadas:

Las personas con enfermedad mental grave y persistente perciben claramente el estigma social y reconocen que existe un estereotipo muy homogéneo de <<enfermo mental>> fomentado por los medios de comunicación cuyo eje principal es la asociación de enfermedad mental con peligrosidad hacia los demás, la violencia y la maldad. (Muñoz et al, 2009: 116 - 117)

El estigma social que recae sobre las personas con trastornos mentales, produce que se oculte la enfermedad para evitar la mirada de desconfianza y rechazo por parte del resto. En diversas entrevistas que se realizaron a usuarios del Hospital Vilardebó en el marco de un proyecto de investigación de estudiantes de 4to año de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales - UdelaR, se recogen extractos en los cuales se observa cómo las personas se expresan en relación a su enfermedad y diversas situaciones de su vida cotidiana; *"Yo si digo que tengo trastorno bipolar, la gente no entiende y te trata menos, viste. O sino...a vos porque tenes eso, ah vos porque tenes trastorno bipolar haces tal cosa y no es así. ¿Entendes? Ni decir que tenes esquizofrenia, si vos decís que tenes esquizofrenia se corren por las dudas."* (Usuario del Hospital Vilardebó - Historia de vida 5)

Las personas afectadas por trastornos mentales graves, se ven perjudicadas en distintos aspectos de su vida, enfrentándose a diversos problemas como ser; los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, episódicos o intermitentes y los relacionados al estigma, los cuales suelen ser más permanentes y constantes. La consecuencia de ambos es una considerable disminución de las oportunidades para disfrutar de su ciudadanía activa y de los distintos aspectos relacionados con la calidad de vida, como por ejemplo, las relaciones sociales, pareja, empleo, vivienda, salud, etc. (López et al, 2008). *"Con el trastorno, uno a veces es muy maníaco, se pone pesado, entonces la gente te dispara y la familia también."* (Usuario del Hospital Vilardebó - Historia de vida 5)

En el caso de las actitudes vinculadas al estigma social podemos distinguir tres aspectos relacionados: 1) "Estereotipos", los cuales son un conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social, y que condicionan en gran medida la percepción, y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de un determinado grupo. Por lo tanto, los

estereotipos refieren a conocimientos que son construidos a través del saber cotidiano y compartido por los miembros de una determinada sociedad. 2) "Prejuicios" como predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros de un grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas, lo cual da lugar a la discriminación. 3) "Discriminación", o propensiones a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia miembros de un grupo social considerado en situación de desventaja social. Todos estos componentes mencionados anteriormente son visibles en el trato que se les da a las personas con trastornos mentales severos. Los tres aspectos van unidos y se refuerzan mutuamente, sin que esté clara la influencia entre unos y otros. (Muñoz et al, 2009)

Se construye alrededor de la enfermedad mental un conjunto de opiniones estereotipadas que afectan negativamente el desarrollo integral de los sujetos con trastorno psiquiátrico:

(...) en las sociedades occidentales los estereotipos suelen incluir información referente a: su peligrosidad y relación con actos violentos; su responsabilidad ya sea sobre el padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio mediante tratamiento; su debilidad de carácter; su incompetencia e incapacidad para tareas básicas como pueden ser las de autocuidado; la impredecibilidad de su carácter y su reacciones, y la falta de control. (Twenge; Catanese; Baumeister apud Muñoz et al, 2009:13)

El juicio de valor que los *otros* realizan sobre la vida del individuo con algún trastorno mental severo, genera relaciones conflictivas, estados de alarma y cautela por parte de la sociedad, limitando y vulnerando los derechos de las personas con una enfermedad mental:

Cuando se activan los prejuicios, estas creencias pueden dar lugar a reacciones de miedo, temor, desconfianza...las cuales, a su vez, pueden desencadenar distintas formas de discriminación que van a suponer para quienes padecen una enfermedad mental

el tener que hacer frente a dificultades de acceso a un trabajo o vivienda independiente, la limitación en sus relaciones sociales y de pareja (...) En todos estos casos, los procesos estigmatizadores ponen a las personas ante situación de exclusión (...) (Twenge; Catanese; Baumeister apud Muñoz et al, 2009:13)

En general el conjunto de actitudes negativas hacia las personas que son objeto de estigmatización, sean ya las "desacreditadas", así como las potencialmente "desacreditable" (aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición), quedan expuestas a lo que denominamos "distancia social" o rechazo, provocando una restricción de derechos y oportunidades, generando una barrera en el acceso a la vida social plena y a los servicios de ayuda que necesitaran. También generan conductas de aislamiento, produciendo repercusiones desagradables y nocivas sobre el autoestima, la conducta personal y social. El efecto de barrera que el estigma juega en el ejercicio de derechos y en el acceso a servicios, agrava considerablemente, los efectos del trastorno. (López et al, 2008)

El proceso de estigmatización que sufren las personas con enfermedades mentales, más precisamente aquellas con esquizofrenia, no son tomadas del mismo modo que las relacionadas con otros síndromes o trastornos, como la ansiedad o la depresión. Las personas con trastornos mentales severos como la esquizofrenia, forman parte de un grupo distinto, siendo "ellos" frente a "nosotros", asumiendo que la persona "es" esquizofrénica y no que "padece" esquizofrenia. (López et al, 2008)

Si bien la violencia se encuentra instaurada en diversas áreas de la sociedad, parecería que la misma es originada por grupos minoritarios, estigmatizados que no logran controlar sus impulsos o estilo de vida:

Según los profesionales de la atención social, existe una fuerte asociación entre esquizofrenia y violencia, de tal forma que la

sociedad cree que las personas con enfermedad mental crónica tienen más probabilidad de agredir que de ser agredidos. Incluso, aunque la agresividad está presente en nuestra sociedad de forma generalizada, es peor aceptada y comprendida cuando se relaciona con la enfermedad mental (Muñoz et al, 2009: 234- 235)

Para comprender mejor el análisis sobre estigma, debemos realizar una diferenciación de dicho concepto, en primer lugar se observa lo que se denomina como estigma social o público y por otro lado se observa el auto-estigma. La mayor parte del tiempo nos referimos al estigma público. Este hace alusión a los prejuicios y preconceptos que gran parte de la sociedad le atribuye a un grupo minoritario, internalizan dichas ideas sobre sus personas y sus capacidades. (Muñoz et al, 2009)

El auto-estigma refiere a la asimilación que realizan los sujetos diagnosticados con una enfermedad psíquica severa, sobre ciertos estereotipos negativos que se les atribuye. (Link; Phelan apud Muñoz et al, 2009). A través del estudio realizado por Muñoz et al (2009) se percibe en el sujeto una excesiva autocrítica, una auto-discriminación y un auto-aislamiento: *“La conciencia de la presencia de limitaciones en las actividades de la vida diaria puede llevar a considerarse incapaz. El estereotipo de la incapacidad es uno de los más extendidos entre las personas con enfermedad mental grave y persistente y perpetúa la imagen social de <<discapacitado>>.”* (Muñoz et al, 2009: 119)

Las personas que poseen algún trastorno mental asumen que son menos valiosas, menos capaces que el resto y por lo tanto, el sujeto como su familia o sus afectos más cercanos, aceptan el estereotipo que se le atribuye por el simple hecho de tener una enfermedad mental. Esto provoca alteraciones en el comportamiento, generando resignación a la hora de construir una vida autónoma, y en determinadas situaciones también provoca el aislamiento social. Otra de las consecuencias que genera el auto-estigma, refiere al hecho de que algunas personas no busquen tratamiento profesional,

para no ser catalogados dentro un grupo minoritario, el cual es objeto de prácticas estigmatizadoras. (Muñoz et al, 2009)

Muchas de las personas con trastorno mental grave, viven las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y negativa. En general, la autoestigmatización conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución del autoestima, generado el aislamiento y dificultando la petición de ayuda. (López et al, 2008). "*(...) si yo tenía la razón no podía opinar porque como yo había tenido un episodio de delirio ya decían <<ah estas mal, estas mal vamos a internarte>> (...)*" (Usuario del Hospital Vilardebó - Historia de vida 2)

Cuando se analiza el estigma y el autoestigma, se debe mencionar la situación familiar de las personas con trastornos mentales. La familia puede asimilar la enfermedad y brindar apoyo al sujeto, lo cual estimula la búsqueda de herramientas para un desarrollo autónomo. Pero también pueden aparecer sentimientos de culpa en cuanto a su supuesta responsabilidad por el hecho de que a uno de sus afectos se lo diagnostique con un trastorno mental, por lo que puede surgir sentimientos de culpa, vergüenza y negación, tratando de ocultar la enfermedad y a la persona que la padece (Muñoz et al, 2009) Por lo tanto: "*La familia puede ser víctima y entrar en un proceso de derrumbe; puede ser un factor coadyuvante a la recuperación del paciente o por el contrario, puede actuar como un factor acelerante y desencadenante del cuadro de deterioro que expresa el paciente.*" (Amico, 2004: 43).

Los usuarios entrevistados en el Hospital Vilardebó manifestaron algunas de sus experiencias con sus vínculos familiares, los cuales se expresan en los siguientes párrafos:

"No, no no él no supo cómo entender mi enfermedad, viste. Yo igual aprendí a controlarme en un montón de puntos, digo yo, antes le discutía y le

pegaba nos llevábamos a las manos, yo ahora trato de dar media vuelta e irme a otro lado pero él a veces me sigue (...)" (El usuario hace referencia a la relación con su padre) (Usuario del Hospital Vilardebó - Historia de vida 2)

"(...) se nota como que, por ejemplo un pequeño abandono por parte de ellos, vamos a decir mientras yo estaba internado, porque se aburrían de venir a verme vamos a decir, y yo tenía miedo que pasaran los años y quedar internado y que no vinieran a verme más, ehh, pero estuvieron conmigo el día de mi cumpleaños y las principales fechas, es decir nunca me faltó....nunca me faltaron las cosas gracias a ellos (...)" (El usuario hace referencia a su familia) (Usuario del Hospital Vilardebó - Historia de vida 4)

"Mi familia no entiende, yo tengo un hermano psiquiatra aparte, pero no, la familia no, no le importa, no no no...depende de la familia que vengas." (Usuario del Hospital Vilardebó - Historia de vida 5)

"(...) en cada internación era porque me llevaba mal con mi hermana o con alguien. Y bueno, pero no era por gusto, estaba medio descompensado entonces me internaban. Y bueno, después nos reconciamos de vuelta y ahora está todo bien. Yo ahora con la pensión, no la pienso dejar tirada nunca, voy a ayudarla toda la vida, (...) a mi sobrina, mi sobrino, no los voy a dejar en la calle, nunca, los voy a ayudar en todo lo que pueda. También ayudo a mi sobrina a hacer los deberes de la escuela, los deberes que le mandan." (Usuario del Hospital Vilardebó - Historia de vida 3)

El estigma afecta no solo a los sujetos implicados sino también a todo su entorno próximo, por lo que es necesario no solo fijar la atención hacia la sujeto diagnosticado con un trastorno mental sino también al contexto que lo rodea:

(...) la enfermedad mental ya no es tomada como una entidad aislada de la dinámica familiar, (...) no se puede limitar la acción terapéutica a dicho <<miembro enfermo>> sino que, aparte de analizar la sintomatología que éste presente, es necesario

conocer la dinámica de su familia. (Becerra; Kennel, 2008: 40 - 41).

La desinformación y la escasa importancia o comprensión que tiene la sociedad en relación a los trastornos mentales, provoca el aislamiento de los sujetos y su familiares. Como consecuencia, las relaciones sociales que se establecen, son entre las personas que atraviesan la misma situación, y a su vez estas recurren constantemente a los centros de rehabilitación como punto de encuentro y referencia:

Las personas que poseen un diagnóstico psiquiátrico no solo deben enfrentar las dificultades propias del padecimiento psíquico (...) sino que además deben transitar con el peso que la sociedad ha colocado al diagnóstico que se le asigna, lo cual creemos afecta sus reales posibilidades de inclusión social. (Bentura, 2012: 10).

Se debe considerar que muchos de los usuarios hospitalizados estuvieron gran parte de su vida institucionalizados, atravesados por normas a las cuales deben adecuarse, suprimiendo aspectos significativos de su libertad y su vida diaria. En estas instituciones existe una escasa autonomía de los sujetos, lo que genera que los mismos sientan sus propias vidas como ajenas, ya que se ven sometidos a las reglas de juego que existe en los Hospitales o Centros .

Aquellos sujetos que pasan la mayor parte de su vida en centros especializados de salud mental se apropian de dichos lugares formando incluso parte del paisaje cotidiano de los mismos. Estas Instituciones pueden considerarse como su único lugar de pertenencia, ya que allí no sufren la continua estigmatización por parte del resto de la sociedad.

Los pacientes de las salas judiciales cargan consigo una doble estigmatización; la de poseer un trastorno mental y a su vez haber cometido un delito grave, por lo tanto son peligrosos para ellos mismos y para el resto de la

sociedad, así que deben mantenerse encerrados, aislados del resto de los normales, suprimiendo ciertos aspectos de su ciudadanía. A través de los medios de comunicación se refuerza los estereotipos sobre esta población mediante titulares como:

"Dos funcionarios del Vilardebó denuncian haber sido agredidos por una paciente judicial" Teledoce. 1 de abril de 2016.

" PACIENTES DEL HOSPITAL VILARDEBÓ GENERARON UN MOTÍN Unos contra otros" Montevideo Portal. 25 de abril de 2016.

"CAOS EN EL HOSPITAL - Motín y toma de rehenes en el hospital Vilardebó" Diario El País. 26 de abril de 2016.

"INCIDENTES - Internos del Vilardebó quemaron colchones y destrozaron el hospital". Diario El País. 25 de abril de 2016.

Se puede decir que la persona que tiene un estigma es hasta cierto punto pensada, aunque inconscientemente, como no humana, con esto como justificación; se crean distintas teorías para dar cuenta de los peligros que puede representar el mantener contacto con tales personas, justificando la discriminación y la inferioridad de las mismas.

Con el modelo de desmanicomialización, se promueve la incorporación del sujeto diagnosticado con un trastorno mental, a los espacios sociales compartidos por el resto de las personas consideradas como *normales*, dejando a un lado aquellas prácticas de estigmatización y aislamiento social que vulneran los derechos de dichas personas.

2.2 - Ideología de la normalidad - Locura y peligrosidad desde la perspectiva de la otredad, del riesgo y la incertidumbre.

El término de peligrosidad se puede asociar a mecanismos de construcción de la diferencia y de la relación Nosotros-Otros. Esta relación según Boivin, Rosato y Arribas (1999) reafirma la dualidad del universo humano, en donde entra en juego lo propio y lo impropio, condicionado por prejuicios y opiniones tendenciosas. La dualidad de la condición humana implica la presencia de un orden cultural y natural, siendo la cultura un producto que depende de propiedades generales de la mente, en el cual se desprenden dos mecanismos que organizan la construcción de la relación Nosotros-Otros. El nosotros concibe al mundo propio, mientras que el mundo ajeno, es el de los Otros.

La cultura de una sociedad, genera una totalidad organizada en la cual se marcan pautas de conducta, juicios de valor y motivaciones que conforman un sistema. Dicha totalidad organizada implica en sí misma un poder, el cual es hegemónico, este se ejerce de manera sutil, simbólico y/o cultural. Lo que constituye a la creación de un sistema de prácticas y expectativas en relación con la totalidad de la vida social, la noción de hegemonía en tanto poder simbólico, es productora de clasificación de hombres. Existe una lucha por la hegemonía, basada en una relación entre homogeneidad y diferenciación, procurando consenso y creación de nuevas formas de distinción. (Boivin; Rosato; Arribas, 1999)

Lo que entendemos por normal, es producto de la ideología que esté instaurada en un momento socio histórico dado:

(...) Saúl Karsz nos dice que <<el concepto de ideología indica la orientación de los valores, su vector, ofrece un principio para explicar por qué algunos de ellos se hacen hegemónicos y otros subordinados. El concepto de ideología recuerda que toda normalidad es una construcción histórica dependiente de ciertas

relaciones de fuerza, de ciertas alianzas: normalidad y anormalidad son relativas, rectificables, perecederas.>> (Karsz apud Vallejos, 2007: 5)

Es a través de la ideología dominante, de la ideología de la normalidad que se establecen mecanismos de poder y control. Lo normal entendido como aquello que:

(...) se asemeja a lo eficiente, lo competente y lo útil, un cuerpo normal se puede adaptar eficientemente a los requerimientos de la vida productiva. Lo normal también es entendido como una convención de la mayoría, a la vez que considera la totalidad –el <<todos>> como un todo homogéneo-, cuya regularidad adquiere un valor prescriptivo: como son todos es como se debe ser. (Rosato; Angelino, 2009: 23).

La construcción de una sociedad de clases con normas y valores preestablecidos, instaura qué conductas se debe seguir para mantenerse inmersos en dicha sociedad, pero a su vez, también produce la construcción de los otros que están por fuera de esas normas, los cuales no logran adecuarse a las distintas formas de producción y división socio-técnica del trabajo. Estos otros, son vistos como los excluidos o marginados, los inadaptados, o los anormales según Foucault.

Se reconoce la diferencia, pero ésta es repudiada y aislada, ya que se aleja del *nosotros*, por lo que representa la alteridad. *“Por eso, la anormalidad es lo otro de la norma, la desviación es el otro de la ley a cumplir, la enfermedad el otro de la salud, la barbarie el otro de la civilización, y así sucesivamente”* (Skliar, 2002: 95)

Percibimos a todo aquello que no se ajusta a *nuestro* parámetro y se aleja de lo que conforma *nuestras* prácticas y normas diarias, como lo opuesto y por ende como estado negativo del *nosotros*, a eso refiere la otredad. *“Podemos sintetizar diciendo que la otredad, frente al Nosotros, es anterioridad, ausencia o incompletud; confusión total o parcial. En la situación de otredad*

más ajena al Nosotros, ésta deviene la antítesis de aquel: desprovisión y desorden.” (Boivin; Rosato; Arribas, 1999: 33).

Según Canguilhem (1971) es normal aquello que se encuentra en la mayoría de los casos, teniendo en cuenta a la vida como una actividad normativa. Lo normativo implica juicios de valor que aprecia o califica un hecho en relación a una norma. Las personas crean y establecen normas que se relacionan entre sí dentro de su entorno.

Al hablar de normalidad es pertinente destacar y explicar brevemente los conceptos "enfermo", "patológico" y "anormal". Lo patológico se refiere al sentimiento de sufrimiento e impotencia, es decir, sentimiento de vida contrariada, la patología es considerada en relación a lo normal como desvío de este. Se convierte a lo anormal como adjetivo de "anomalía", aunque no significa que es lo contrario a lo normal si no que representa otro tipo de normalidad. La enfermedad se aleja de lo establecido dentro del orden normativo en el cual lo que predomina es el sujeto sano. Se reduce y deteriora una forma de vida la cual se encontraba regulada por determinadas normas, por lo que es necesario dejar de ser un sujeto enfermo para volver a la normalidad. Pero la persona que estuvo alguna vez enferma, muchas veces no retoma a su estado anterior, por lo que se encuentra alejado del orden anterior y se encuentran bajo un nuevo orden. Es así que se puede asociar y hablar de "anormales enfermos". (Canguilhem, 1971)

A partir de la ideología de la normalidad, se segmenta y se categoriza al otro como inferior, como un ser factible de ser estigmatizado ya que no cumple con las normas establecidas, ya sea por algún rasgo físico, corporal o un tipo particular de comportamiento que lo distingue del resto, de lo normalmente establecido. La persona con un trastorno mental severo es categorizado "(...) *como habitante del lado anormal del mundo, presenta ciertas especificidades. Aparece como aquel al que le falta algo en su naturaleza corporal o funcional,*

no tiene lo que hay que tener: no tiene ni el cuerpo, ni la inteligencia, ni los sentidos necesarios para ser normal." (Vallejos, 2007:7).

Los *Otros*, son conscientes del lugar que se le asignó en la sociedad, saben que sus prácticas y actividades son distintas a las del resto, en relación a lo que sería el *Nosotros*.

Un usuario entrevistado manifiesta con respecto a esta idea lo siguiente:

"Porque son personas que no saben lo que es estar internado o pasar por una situación jodida. Es gente que tiene su estructura, que son sus hijos, su trabajo y bueno, el resto no les importa. No ven al otro como una persona que de repente puede tener un sentimiento de amor diferente, más sutil, más suave, más fuerte." (Usuario del Hospital Vilardebó- Historia de vida 1)

A pesar del cambio de paradigma, la sociedad sigue viendo en el Hospital Vilardebó y otras instituciones de tipo asilar como lugares de encierro necesarios, los cuales deben refugiar a los sujetos considerados como "desviados" que no encajan en los parámetros de lo *normal*, condicionando así su identidad. (Bentura; Mitjavila, 2012)

Hasta en el día de hoy, el hospital psiquiátrico, el manicomio "(...) *permanece en el imaginario colectivo como el lugar natural para las personas que no se encajan en los parámetros de normalidad, sin que, al mismo tiempo, se disponga en el afuera de un lugar que les permita integrarse con <<los normales>>*." (Bentura; Mitjavila, 2012: 6).

Es así que las personas que se encuentran en situación de discapacidad, en este análisis en particular, discapacidad psíquica, son considerados como ciudadanos de segunda o muchas veces ni quiera son visto como tal, ya que no pertenecen a la categoría de los *normales*. Bajo la guardia

de algún tutor se construye a su alrededor una identidad que no le es propia, reforzando una imagen de dependencia por parte de ellos, hacia el Nosotros. *“Los sujetos enfermos/discapacitados son socialmente <<eximidos>> de responsabilidades y derechos a la vez que privados de expectativas, más allá de su recuperación.”* (Vallejos, 2007:1).

A lo largo del tiempo la locura se asoció con lo indeseado, pero la psiquiatría es quien se encargó de desarrollar otros elementos a través del loco, construyendo elementos simbólicos a través de él. El mismo auspicia como figura de aquellas conductas que deben controlarse e impedirse, las cuales si se visualizan pueden ser categorizadas como conductas de riesgo. Ante el riesgo de que una persona manifieste pautas que se encuentran enmarcadas dentro de los límites de un trastorno psiquiátrico, se debe estar alerta y actuar de inmediato para prevenir y evitar posibles comportamientos peligrosos.

Todo lo que representa lo contrario de la norma, representa un riesgo para un determinado orden. *“Un riesgo no es el resultado de un peligro concreto del que es portador un individuo o incluso un grupo determinado, sino que es un efecto de la correlación de datos abstractos o factores que hacen más o menos probable la materialización de comportamientos indeseables.”* (Castel, 1986:229)

Por lo tanto, se origina una *“(…) nueva modalidad de la caza del loco que, si se quiere, se podría llamar prevención. Va a desembocar en una intervención basada en la virtual amenaza que representa el enfermo, sin inscripción objetiva en los comportamientos reales.”* (Castel, 1980: 192)

Por lo tanto, el o los riesgos no solo implican:

(…) esos peligros adheridos al interior del sujeto como si fuesen la consecuencia de las debilidades de su voluntad, de la

irracionalidad de sus deseos o de la imprevisibilidad de su libertad, sino también las amenazas exógenas, las tentaciones exteriores, de las cuales no ha sabido liberarse (...) (Castel, 1986:232)

Se duplica la responsabilidad del *Otro*, en tanto no lo logra librarse de los problemas que arraiga en su interior así como tampoco puede desafiar los obstáculos que se le presenta en la vida diaria.

Lo impredecible implica un riesgo, un futuro peligro. El no anticipar como un sujeto puede actuar, el no saber lo que una persona pueda hacer con respecto a si mismo y en relación a otros, provoca una alarma social. Es así que el sujeto será destinatario de una serie de medidas correctivas para intentar reintegrarlo dentro de un determinado régimen normativo.

Esas medidas se enfocan, no en el castigo del sujeto, sino en tratar de reducir el riesgo de una supuesta criminalidad que representa el individuo con un trastorno psíquico severo. Ya que se asocia " (...) el acto cometido con el riesgo de criminalidad constituido por su propia personalidad. Es responsable pues su sola existencia engendra riesgo (...)" (Foucault, 1996:175)

Se puede asociar a las conductas de riesgo con lo impredecible, ya que la impredecibilidad implica no poder anticiparse y no poder ejercer algún tipo de control sobre determinada situación. *"Identificamos impredecibilidad como aquella característica atribuida a aquel que no nos resulta coherente en su interacción, cuando su comportamiento no se puede predecir ni guarda patrón en situaciones similares."* (Mogollón; Delfa; Blázquez, 2014: 10)

Se debe tratar de prevenir la amenaza, el peligro a través de la reducción de la incertidumbre, enfatizando los posibles riesgos que pueden existir, haciéndolos visibles para así encontrar las herramientas que pueda hacerles frente. *" Evocar legítimamente el riesgo no consiste en colocar la incertidumbre y el miedo en el corazón del porvenir, sino por el contrario en*

tratar de hacer del riesgo un reductor de incertidumbre para dominar el porvenir, desarrollando medios apropiados para hacerlo más seguro." (Castel, 2004: 80)

El peligro que representa la locura, se asocia, sobre todo, a ciertas categorías de enfermos, como ser los psicópatas ya que su imprevisibilidad puede estar " *enraizada en un impulso indetectable que puede ir madurando a la sombra lentamente.*" (Castel, 1980: 191)

El sujeto impredecible, implica una amenaza, ya que no se puede prever su comportamiento. El no tener el control sobre lo que pueda llegar a pasar implica miedo, ansiedad y rechazo. La personas con trastornos mentales severos se les atribuye el estereotipo de impredecibles, siendo este uno de los tantos atributos que se le imputa a esta población.

Según Mantilla (2010), las nociones de peligrosidad y riesgo se convierten en categorías que estigmatizan a los pacientes psiquiátricos, en tanto refuerzan la asociación entre la enfermedad mental y la violencia. "*Estos prejuicios se fundan en un conocimiento del Otro cultural a partir del cual ese Otro nos devuelve la imagen imperfecta y retrasada de nosotros mismos.*" (Boivin; Rosato; Arribas, 1999: 59)

3.2- Debate actual sobre las políticas de salud mental en Uruguay.

La representación del loco en el imaginario colectivo en la sociedad uruguaya ha sufrido ciertas modificaciones a lo largo del siglo XX y XXI. Estos cambios se ven representados a través de las distintas políticas de salud mental que el Estado uruguayo ha instaurado acerca del tema.

Para comprender el escenario actual en el que se encuentra el país respecto al abordaje de la salud mental, es necesario realizar un breve reseña de los modelos de atención y las políticas de salud mental del Uruguay desde la creación de la Ley de Asistencia a psicópatas hasta la actualidad.

Comenzando con la Ley N° 9581ⁱⁱ - llamada de << Asistencia a psicópatas>> - del año 1936, la cual fomenta una mirada y un modelo manicomial de atención a la salud mental. (Techera et al, 2013) La misma sigue vigente hasta el día de hoy, aunque es fuertemente cuestionada por los diversos organismos y movimientos que promueven los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales. Dicha Ley está " (...) *compuesta por 48 artículos sólo 9 de ellos hacen referencia a los tratamientos psiquiátricos propiamente dicho, mientras que los 39 restantes prescriben las circunstancias bajo las cuales puede privarse de libertad a los pacientes psiquiátricos, así como la manera de controlar esta prescripción.*" (Casarotti; Pereira apud Guedes, 2012:26)

Al psicópata se le suprime la noción de sujeto, quedando solamente el aspecto de la enfermedad, el cual es asociado de manera negativa. " *El término <<psicópata>>, que designa las personas con padecimiento mental, da cuenta de una concepción de la cual deviene un estigma marcado por la peligrosidad y la necesidad de encierro.*" (Baroni et al, 2013: 181)

En la actualidad, se presenta un debate en cuanto a la atención de la salud mental en el Uruguay, intentado establecer un paradigma con un enfoque de derechos humanos a través de la desmanicomialización y la salud comunitaria. Para ello es de suma importancia lograr la inserción social del sujeto con padecimiento psíquico, deconstruyendo la imagen que se le atribuye como peligroso y violento, a través de la erradicación de conductas estigmatizantes y discriminatorias.

Con el cambio de paradigma en la atención de la salud mental, se intenta erradicar los estereotipos que las personas con trastornos mentales deben conllevar consigo por su enfermedad:

El proceso de reformas de la atención psiquiátrica, se inicia en Europa finalizada la segunda guerra mundial y estaba orientado por algunos principios básicos: Cierre definitivo de los manicomios, entendiendo que el asilo constituía el núcleo central de la atención psiquiátrica, responsable de la relación autoritaria y custodial que la misma instauraba. Crear simultáneamente redes para la atención y prevención de salud mental (...) se debían realizar acciones que requirieron diversos profesionales, capaces de instrumentar acciones interinstitucionales e interdisciplinarias. (Amico, 2004: 19)

Esta reforma, implica polemizar y debatir el rol del psiquiatra en el tratamiento de la salud mental, así como también ocuparse del proceso de rehabilitación psicosocial del sujeto con una perspectiva comunitaria y no desde el encierro asilar:

(...) se trataba de modificar los criterios psiquiátricos tradicionales centrados en el diagnóstico de enfermedad hacia criterios basados en la salud. Bajo estos principios era necesario, para un cambio radical del poder arbitrario de la atención asilar, lograr que el paciente, su familia, y la comunidad, participaran del proceso de atención. (...) La consigna consistía en desinstitucionalizar a los enfermos de la atención psiquiátrica, es decir, restablecer en ellos las condiciones de una ciudadanía plena, arrebatada por el manicomio y sus modos de atención. (Amico, 2004: 19)

A partir del informe de Pierre Chanoit, realizado a finales de la década de los 60, se pretendió avanzar en 1972 hacia un nuevo Plan de Salud Mental, el cual daba cuenta de las fallas del modelo asilar con el que se abordaba la Salud Mental en el país. Pero esta transformación se ve truncada debido a la instauración de la dictadura cívico-militar en 1973 la cual se extendió hasta 1985. (Techera et al, 2013) Este informe responde a un cambio de paradigma, el cual es denominado anti psiquiatría o de desmanicomialización.

De manera tardía, se formula en el país, un programa de salud mental en el cual se exponen puntos referentes al nuevo paradigma de atención:

Recién en 1986 se formulará el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Pública, conjuntamente con la emisión del primer documento oficial que se pronuncia a favor del desmantelamiento del modelo asilar y de crear una nueva modalidad de atención, basada en consideraciones diferentes respecto a la enfermedad mental e incorporando el objetivo de la rehabilitación y reinserción comunitaria de las personas que padecen trastornos mentales graves. (Bentura; Mitjavila, 2012:4)

La Declaración de Caracas de 1990, constituyó un paso sumamente importante para el abordaje de la salud mental, proponiendo una restauración en el tipo de atención psiquiátrica en América Latina. La misma fue convocada por la Organización Mundial de la Salud y " (...) proclama la superación del modelo de asistencia psiquiátrica basada en el dispositivo asilar y la lucha contra los abusos y discriminación que sufre la población con problemas de Salud Mental." (Techera; Apud; Borges, 2009:110)

La situación de los pacientes internados en los dispositivos manicomiales cobró relevancia no solo en el ámbito nacional, sino también a nivel internacional a través de la ONG Mental Disability Rights International^{III}:

En 1995, la ONG Mental Disability Rights International presenta un informe (...) sobre el estado de situación en nuestro país, en el que se constata una serie de dificultades que, si bien ya eran conocidas (...), las confirma y evidencia. El maltrato generalizados a los internados, el casi exclusivo uso de psicofármacos y electroshocks, la falta de personal especializado. Entre otras cosas se recomienda profundizar en estrategias alternativas y comunitarias. (Techera et al, 2013:21)

En el 2005, se consolida la creación de la :

(...) Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del Programa de Salud Mental, buscando la construcción participativa de los nuevos lineamientos a desarrollar, de acuerdo a las normas y

recomendaciones internacionales que actualmente se utilizan para el caso de los Derechos Humanos en Salud Mental. (Techera; Apud, 2013: 29)

Con la asunción del primer gobierno de izquierda en el 2005, se produjo en el país, una reestructuración con respecto al marco normativo de la salud en el país:

En grandes trazos, el edificio normativo de la reforma de la salud se conformó a partir de tres leyes que propiciaron: la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA); la descentralización de ASSE respecto del MPS; y la que determinó la existencia del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Antía et al, 2013:183)

Es necesario realizar una breve explicación de las mediaciones institucionales referentes a la prestación de atención a la salud mental. ASSE fue creado bajo la ley 18.161^{IV}, en la misma se lo denomina como *"un servicio descentralizado que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública."* ASSE es prestador integral del SNIS, que fue creado con el primer gobierno de izquierda en el año 2007 bajo la ley 18.211^V, allí en el artículo 1º se establece *"el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud"* .

Es a través del M.S.P que se implementara el SNIS, a su vez es quien elabora las políticas y normas que debe seguir éste último y el resto de las instituciones de salud. El Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) fue creado en 1986 por el Ministerio de Salud Pública, allí se elaboraron las políticas focalizadas en salud mental, abocándose hacia una mirada transitoria de internación de los sujetos, oponiéndose al modelo asilar, llevado a cabo por el movimiento de antipsiquiatría que promueve la desinstitucionalización de las personas, a través de por ejemplo, los Centros Diurnos.

Cabe mencionar que las políticas sociales presentaron un cambio de paradigma, de abordaje y de atención, las políticas sociales focalizadas de salud mental no son ajenas a ello. El Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud (2011) ^{VI}, promueve principios de accesibilidad, equidad, universalidad, prevención y calidad de atención para todos los usuarios de salud sin distinción, a través de equipos interdisciplinarios.

Un aspecto fundamental que se plantea en el marco de cambio de paradigma, es abordar la enfermedad no desde una perspectiva individual del sujeto sino que es necesario el trabajo con los vínculos familiares y sociales, para poder erradicar la concepción hospitalaria y asilar de atención a la salud mental. Se debe buscar que los usuarios de los centros de salud mental se integren al resto de las instituciones de salud, tratando de que los mismos puedan apropiarse de otros espacios sociales a los cuales no accedían por rondar siempre en las mismas instituciones. Para ello se debe trabajar aspectos cotidianos que involucren a la sociedad en su conjunto, erradicando todo tipo de conductas que afecten negativamente las posibilidades reales de inserción social de los sujetos considerados como los *otros*:

En materia de DDHH cabe destacar que Uruguay incorporó a su ordenamiento jurídico la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas), a través de su ratificación por la ley N° 18.418 ^{VII} del 4/11/2008 que, conjuntamente con la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (aprobada por la Asamblea General de la OEA), constituyen dos pilares fundamentales en el abordaje general de la discapacidad, por ende de la salud mental. (Techera et al, 2013:22)

También es necesario mencionar, la ley 18.651^{VIII} promulgada en el año 2010, la cual establece la Protección Integral de Personas con Discapacidad, en la cual se destaca, entre otras cuestiones:

(...) un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente a asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas.

A pesar de los avances en materia de derechos de las personas en situación de discapacidad, esta ley resalta en cierto aspecto, el carácter negativo de la misma, al mencionar que se debe neutralizar las desventajas que la discapacidad provoca en el individuo. A su vez se sigue ante la lógica de los *otros* y el *nosotros*, ya que se pretende que el sujeto con discapacidad posea un comportamiento similar a los demás, es decir a los *normales*.

Así, se vuelve necesario que el Estado tenga un rol activo y proporcione elementos relacionados a la sanidad de la población en general, sin discriminar la situación en la que se encuentre el ciudadano, ya sea que se encuentre en un momento de internación en un Hospital Psiquiátrico o que el sujeto transite su vida diaria atravesado por Centros de rehabilitación psicosocial. En términos de salud, es necesario que todos los ciudadanos accedan a los medios de prevención y cuidados sanitarios, para así generar una sociedad sana y saludable (Falero, 2012).

De todas maneras, se observa diariamente que:

La prestación gubernamental tiende a restringirse a los aspectos asistenciales de supervivencia focalizadas a los sectores que van quedando marginados y la seguridad social resquebrajada ante la disminución del empleo y el salario. Las políticas de salud mental son determinadas por estas circunstancias con el agravante que su asignación de recursos fue tradicionalmente escasa y se las tiende a considerar un <<lujo>> descartable frente a necesidades extremas (...) las coloca en primer lugar cuando se trata de recortes presupuestarios (Amico, 2004: 32).

A lo largo del documento se ha observado el desarrollo de un nuevo paradigma no asilar en relación a la atención de las personas con trastornos mentales, en algunos aspectos se produjo en las instituciones asilares un cambio sustancial a la hora intervenir con esta población. Sin embargo, aún estamos lejos de consolidar una atención al usuario que erradique los aspectos negativos que se han construido en torno a las enfermedades mentales. Parece ser que la solución por excelencia sigue siendo el encierro del sujeto, convirtiendo a la persona en paciente, construyendo una mirada limitada del mismo, suprimiendo aquellos aspectos significativos de su individualidad y enfocándose en los aspectos de la enfermedad.

Por lo tanto aún queda mucho recorrido por realizar para que los sujetos con algún trastorno mental posean condiciones de vida digna, se debe trabajar tanto desde las Instituciones como desde la sociedad para erradicar ese imaginario social de que los *locos* tienen que estar encerrados :

Las personas que transitan por un momento de sufrimiento psíquico grave requieren de intervenciones que permitan recuperar las capacidades sociales, principalmente en lo que concierne a la participación efectiva en diversos ámbitos de la sociedad, de la cultura, de la economía sin ser tuteladas y en condiciones de autonomía (Bentura; Mitjavila, 2012: 4).

En nuestro país, hoy en día se está discutiendo en el parlamento el Proyecto de Ley de Salud Mental impulsado por diversos colectivos, organizaciones sociales, sindicales y estudiantiles, así como asociaciones de familiares y usuarios con trastornos mentales. En setiembre de 2015 la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, presentó al Parlamento un anteproyecto de Ley de Salud Mental y Derechos Humanos de la República Oriental del Uruguay. En diciembre del mismo año el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud Pública realizó ciertas modificaciones al Proyecto original, enviando el mismo al Parlamento. El 30 de junio de 2016 se lanza en el Palacio Legislativo la Comisión Nacional por una

Ley de Salud Mental. A pesar de ciertas variantes, éstas propuestas promueven cerrar las instituciones asilares y Hospitales psiquiátricos monovalentes, fomentar la atención en niveles comunitarios, ampliando los espacios de atención, recurriendo en caso de un episodio agudo a Hospitales generales y a tratamientos alternativos. El tratamiento debe ser ambulatorio y con una mirada multidisciplinaria, garantizando los Derechos Humanos de los sujetos. Se debe eliminar progresivamente todo tipo de discriminación y estigmatización de los usuarios de salud mental, tal como lo determina el punto tres de los once disponibles en la plataforma de la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental^{ix}, en el mismo se establece: *“Promover políticas activas de educación, comunicación y cultura que promuevan procesos de desestigmatización y despatologización”*.

Se pretende brindar una mirada integral de la persona como pleno sujeto de derechos, es decir como ciudadano:

cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado (...) A cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente (...) (Coutinho, 1997: 2).

En el contexto de encierro hospitalario, en el cual muchos sujetos se encuentran hasta el día de hoy, su ciudadanía está restringida en determinados aspectos, ya que se encuentran rodeados de prácticas tutelares, de vigilancia en comportamientos cotidianos por el simple hecho de pertenecer a una población descalificada o en este caso puntual, por pertenecer dentro de la categoría denominada como población peligrosa o incapaz. Por lo tanto, se puede decir que bajo el contexto de encierro no se puede visualizar ningún tipo de derecho, sino que lo que se brinda es un mínimo garantías de supervivencia como ser humano. Esta situación debe ser inmediatamente revertida tanto

desde las prácticas institucionales así como también desde el ámbito comunitario, para que los sujetos puedan apropiarse de los derechos y garantías que les corresponde como ciudadanos.

Reflexiones finales:

Sin ser la intención de quien escribe, a lo largo del documento, se ha utilizado la terminología trastornos mentales, trastornos psiquiátricos, enfermedad mental para referenciar el padecimiento psíquico que sufren las personas. Esto implica enfocarse en los aspectos patológicos de la enfermedad, naturalizando e internalizando el proceso de medicalización en los diversos espacios sociales de la vida cotidiana de los sujetos. Por lo tanto es necesario, cuestionar constantemente las formas en las que se nombran y/o conceptualizan los fenómenos.

La noción de trastornos, refiere a un término que no suele ser definido con precisión en el campo de la medicina en general y de la psiquiatría en particular, pero sí cobra un espacio de relevancia como categoría nosológica. (Mitjavila, 2012) Los trastornos pueden describir y diferenciar las conductas que pueden manifestar los sujetos en términos médicos, logrando expandir su influencia en la vida social a la hora de clasificar el comportamiento de las personas en adecuados-sanos e inadecuados-trastornos.

La medicina como profesión expande sus capacidades para potencializar de manera casi infinita su saber a través de sus objetos de intervención, los cuales cada vez se componen más, de elementos sociales delimitados como desviados. (Mitjavila, 2012)

En el campo de la salud mental los comportamientos y prácticas que presentan cierto grado de amenaza social y cultural son categorizados como trastornos mentales, los cuales aparecen bajo un sistema de clasificación en manuales de psiquiatría con una nomenclatura que los identifica. Se establece un:

Um conjunto composto de quase uma centena de condições mentais (F00 a F99) recebe, (...) o *status* de trastorno, envolvendo

diferentes tipos de manifestações comportamentais consideradas anormais (decorrentes de doenças orgânicas, de anomalias do desenvolvimento, transtornos psicóticos, neuróticos e outros) (...) (Mitjavila, 2012: 87)

La medicalización de los distintos espacios sociales produjo un grado de alta institucionalización a partir de la formulación y posterior aceptación a nivel internacional de la noción de trastorno mental, sustituyendo la categoría de dolencia mental y patología que se encontraban anteriormente legitimadas, aunque esta última sigue siendo utilizada en ciertas áreas. (Mitjavila, 2012)

Otro concepto implementado desde el área de la salud, que puede ser cuestionado o problematizado, es el de rehabilitación, el cual categoriza en *normales* y *anormales* a los individuos. Este término necesariamente implica reparar, recuperar y reinsertar a los sujetos con un padecimiento psíquico al mundo social de los *normales*, eliminando todo aspecto que lo defina como *anormal*.

Un episodio de sufrimiento psíquico o emocional severo, puede atravesar la vida de un gran número de personas, pero el hecho preciso de ser diagnosticado, implica someter al sujeto a un saber legitimado socialmente que le permite determinar su forma y estilo de vida. Diagnosticar a una persona con un trastorno mental severo no solo implica atribuirle a su organismo síntomas indeseables, sino que además todo lo que la enfermedad acarrea consigo. En este caso, el sujeto se verá sometido al prejuicio y el estigma social que supone la enfermedad en sí.

Es necesario brindar un tratamiento que atenúe los episodios de crisis agudas que puede atravesar una persona con sufrimiento psíquico, pero también, se debe tomar en cuenta y respetar el estilo de vida del sujeto, sus gustos, sus deseos y su forma de ver y sentir el mundo.

El estrés, la tensión y la presión que se producen a nivel laboral, educativo, familiar y en casi todos los espacios sociales donde el sujeto se desempeña en su vida cotidiana, son propios de una sociedad capitalista, provocando un estilo de vida que afecta su salud física y emocional. Se observa que en esta sociedad altamente competitiva y mercantilizada:

La tendencia que emerge, más que arrancar del cuerpo social a los elementos indeseables (segregación) o reintegrarlos, más o menos a la fuerza, mediante intervenciones correctoras o terapéuticas (asistencia), trata de asignar destinos sociales diferentes a los individuos en función de su capacidad para asumir las exigencias de la competitividad y de la rentabilidad.(Castel, 1986: 241)

Es así, que por lo general, se invierte e incentiva la creación de talleres de oficios para que los sujetos que fueron expulsados de la educación y trabajo formal puedan sentirse útiles y servir al mantenimiento de un determinado sistema.

La peligrosidad y el tratamiento de la salud mental no son ajenos a las consecuencias visibles de la creciente expansión del capitalismo y su internalización en el ámbito de la vida cotidiana de los sujetos y en los mecanismos de reproducción social:

(...) hay una individualización de los procesos de salud-enfermedad y de las acciones de infracción penal, lo cual imprime cierto grado de des-responsabilización del colectivo social y una sobre-responsabilización del sujeto individual, no sólo respecto de su enfermedad y su falta a la ley penal, sino además en su proceso de recuperación social y de cura en salud.(Silva, 2014: 75)

En el imaginario colectivo, en las sociedades occidentalizadas sigue estando presente la asociación de que el loco es peligroso, que goza de impunidad, que mantiene una conducta errática e incontrolable y que ante un estallido emocional éste puede cometer los crímenes más violentos y perversos, aunque en realidad los actos delictivos y violentos no son

cometidos por personas con alguna enfermedad mental severa, salvo casos aislados. Los mitos que existen sobre la peligrosidad que representan las personas con un padecimiento psíquico reducen sus posibilidades reales de inserción social.

Los movimientos que apoyan la reforma del tratamiento de la salud mental promueven un nuevo paradigma en el cual las personas con algún sufrimiento psíquico no sean discriminadas ni estigmatizadas por el hecho de ser diagnosticados con una enfermedad.

Es necesario generar ámbitos de discusión e intercambio en el cual se tome en cuenta la opinión de profesionales de diversas áreas y de los sujetos involucrados en relación a su salud mental así como también del aislamiento y el encierro a los cuales muchas veces se ven sometidos por ser considerados peligrosos.

Bibliografía:

Amico, Lucia del Carmen. (2004). *Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental"*. Margen - Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. *Edición electrónica*. Edición N° 35. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>

_____ (2005). *"La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo social en alternativas de atención."* Espacio. Buenos Aires.

Antía, Florencia; Castillo, Marcelo; Fuentes, Guillermo; Midaglia, Carmen. (2013). *"LA RENOVACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN URUGUAYO: EL DESAFÍO DE SUPERAR LA DUALIZACIÓN"* en: Midaglia, Carmen; Fuentes, Guillermo (Coord.) (2013) *"Los Cambios en los Sistemas de Bienestar Latinoamericanos: Avances y Desafíos de la Protección Social."* Revista Uruguaya de Ciencia Política. Vol. 22 N°2.

Aquines, Carina; García, Soledad; Porteiro, Fernanda. (2011). *"Pacientes judiciales en el Hospital Vilardebó en el año 2010."* Revista de Psiquiatría del Uruguay Volumen 75 N° 2.

Baroni, Cecilia; Jiménez, Andrés; Itza, Belén; Giordano, Mónica. (2013). *"Locura en movimiento"*. Capítulo VI - *"Participación ciudadana y medios de comunicación."* En: *"Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental."* UdelaR, CSIC. Montevideo, Uruguay.

Barrán, José Pedro. (1990). *"Historia de la sensibilidad en el Uruguay. El disciplinamiento (1860-1920)"*. Montevideo: EBO.

_____ (1993) *“Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar”*. Tomo 1. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.

Becerra, Rosa; Kennel, Beatriz. (2008). *“Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental”*. Editorial Espacio, Buenos Aires, Argentina.

Bentura, Celmira. (2012). *“Trabajo Social y Psicosis.”* Uruguay, Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales UDELAR.

Bentura, Celmira; Mitjavila, Myriam. (2012). *“Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya.”*

Berlinguer, Giovanni. (1994). *“La enfermedad: sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo.”* Lugar Editorial. Buenos Aires.

Boivin, Mauricio; Rosato, Ana; Arribas, Victoria. (1999). Capítulo 1. *“La construcción del otro por la diferencia.”* Capítulo 2: *“La construcción del otro por la diversidad.”* En: *“Constructores de otredad- Una introducción a la Antropología Social y Cultural.”* Buenos Aires: Eudeba.

Canguilhem, Georges. (1971). *“Lo normal y lo patológico.”* Siglo XXI. Buenos Aires.

Castel, Robert. (1980) *“El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo.”* Presentación de Michel Foucault. Traducción: José Antonio Álvarez-Uría, Fernando Álvarez-Uría. La Piqueta. Madrid

_____ (1986) *“De la peligrosidad al riesgo.”* En: *“Materiales de sociología crítica.”* Wrigth Mills et al. Edición y Presentación Fernando Álvarez-Uría y Julia Varela. La Piqueta C..Madrid.

_____ (2004) "*La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?*" Manantial. Buenos Aires.

Coutinho, Carlos Nelson. (1997) "*Notas sobre cidadania e modernidade. Praia vermelha (estudos de política e teoria social)*" Vol.1, no.1, 1er. sem. Disponible: http://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBoQFjAA&url=http%3A%2F%2Feducacaofiscalgoias.files.wordpress.com%2F2013%2F08%2Fnotas-sobre-cidadania-e-modernidade-nelson-coutinho1.doc&ei=VBibU_WeLciNyASnwYCWbQ&usg=AFQjCNE5TPeSxQyzWyHn7knrL-t_iDEXDg&sig2=bi0fVPLWEP9MEBTuWdKEhg&bvm=bv.68911936,d.cGU&cad=rja.notas-sobre-cidadania-e-modernidade-nelson-coutinho1.doc

Falero, Miguel. (2012) "*Psicosexualidad en las cárceles. En búsqueda de la libertad*". Buenos Aires. Editorial UFLO - Universidad de Flores.

Foucault, Michel. (1990). "*Historia de la medicalización*". En: "*La vida de los hombres infames*." Ediciones de la Piqueta. Madrid.

_____ (1996). "*Médicos, jueces, y brujos en el siglo XVII.*"; "*La evolución de la noción de <<individuo peligroso>> en la psiquiatría legal*". En: "*La vida de los hombres infames*." Caronte Ensayos. Editorial Altamira. La Plata, Argentina.

_____ (2000). "*Los Anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*." Edición establecida bajo la dirección de Francois Ewald y Alessandro Fontana por Valerio Marchetti y Antonella Salomoni. Buenos Aires : Fondo de Cultura Económica.

_____ (2002). "*Vigilar y castigar*". Argentina. Siglo XXI editores.

_____ (2014). "*Historia de la locura en la época clásica. Tomo I.*" 2a edición. 1a reimpresión. Bs As: Fondo de Cultura Económica, 2014.

Guedes, Natalia. (2012). "*Política en Salud Mental: ¿Omisión del Estado Uruguayo?*." Monografía de grado. Montevideo.

Goffman, Erving. (1961). "*Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*". Argentina, Buenos Aires: Amorrouto.

_____ (1963). "*Estigma. La identidad deteriorada.*" Argentina, Buenos Aires: Amorrortu.

López, Marcelino; Laviana, Margarita; Fernández, Luis; López, Andrés; Rodríguez, Ana María; Aparicio, Almudena. (2008) "*La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible.*" Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. v.28 n.1 Madrid. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>

Mantilla, María Jimena. (2010). " <<Riesgo>>, <<peligrosidad>> e <<implicación subjetiva>>: un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires". Interface (Botucatu) vol.14 no.32 Botucatu Jan./Mar. 2010. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100010&script=sci_arttext

Mitjavila, Myriam. (1998). "*El saber médico y la medicalización del espacio social.*" Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Documento de trabajo N°33. Montevideo.

Mitjavila, Myriam; Priscilla Gomes. (2012) " A PSQUIATRIA E A MEDICALIZAÇÃO DOS ANORMAIS: O PAPEL DA NOÇÃO DE

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL". En: INTERthesis: Revista Internacional Interdisciplinar, ISSN-e 1807-1384, Vol. 9, N°. 2, 2012 (Ejemplar dedicado a: Julho - Dezembro; i-vi).

Mogollón, Carolina; Delfa, Ana; Blázquez, Belén. (2014). *"Percepción de la impredecibilidad emocional de los trastornos mentales graves en la población general de la ciudad de Badajoz."* Publicación en la revista "Rehabilitación Psicosocial". Disponible en: <http://www.fearp.org/revista/publicados/11b/916.pdf>

Muñoz, Manuel; Pérez, Eloísa; Crespo, María; Guillén, Ana. (2009). *"Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental."* Editorial Complutense, S.A. Madrid. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>

Murillo, Susana. (1996). *"El discurso de Foucault :estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno."* UBA, Oficina de publicaciones del CBC. Ciudad Universitaria, Pabellón III P.B. Buenos Aires, República Argentina.

Ortega, Elizabeth. (2008). *"El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista."* Montevideo. Trilce.

Reyes, José María. (1980) *"La peligrosidad como condición, estado o circunstancia."* Imago. Montevideo.

Rosato, Ana; Angelino, María Alfonsina (2009) *"Introducción"*, en: Angelino, María Alfonsina; Rosato, Ana. (coords). (2009). *"Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit."* Buenos Aires: Noveduc.

Silva, Cecilia. (2014). *“Entre la justicia y la psiquiatría en el hospital psiquiátrico: un análisis de la construcción cotidiana de la peligrosidad, la enfermedad mental y la inimputabilidad.”* Alemania: Editorial Académica Española.

Skliar, Carlos. (2002). “ALTERIDADES Y PEDAGOGÍAS. O... ¿Y SI EL OTRO NO ESTUVIERA AHÍ.” En: “Educação & Sociedade”, ano XXIII, no 79, Agosto/2002. ¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educacao, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Brasil. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10851.pdf>

Techera, Andrés; Apud, Ismael; Borges, Cristina. (2009) *“La sociedad del olvido: un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay.”* CSIC. Montevideo.

Techera, Andrés; Apud, Ismael. (2013). *“Políticas de Salud Mental en Uruguay.”* Capítulo I - *“Políticas Públicas en Salud Mental.”* En: *“Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental.”* UdelAR, CSIC. Montevideo, Uruguay.

Techera, Andrés; De León, Nelson; Apud, Ismael; Cano, Agustín; Jurado Florencia; Kakuk, Judit; Martínez Lorena; Miniño, Adriana; Sánchez, Cecilia. (2013). *“Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental.”* Capítulo I - *“Políticas Públicas en Salud Mental”*. En: *“Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental”*. UdelAR, CSIC. Montevideo, Uruguay.

Terradillos, Juan María. (1981). *“Peligrosidad social y estado de derecho.”* Akal. Madrid.

Vallejos, Indiana. (2007). *“¿Y si no estuviera dada en la naturaleza? Algunas precisiones conceptuales para pensar la ideología de la normalidad y la*

producción social de discapacidad.” Ponencia central I Jornadas sobre Discapacidad de la Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo.

_____ (2009). “*La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social*”. Capítulo 4. En: Angelino, María Alfonsina; Rosato, Ana. (coords). (2009). “*Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit.*” Buenos Aires: Noveduc.

Weisshaupt, Jean Robert. (1988). " *As funcoes socio-institucionais do servico social*" Ed. Cortez. San Pablo, Brasil.

Fuentes Bibliográficas:

- I Código Penal. *Título II DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE EXIMEN DE PENA. CAPÍTULO I. De las causas de justificación.* Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/Codigos/CodigoPenal/l1t2.htm>

- II Página oficial Parlamento Uruguay - Ley Nº 9.581. PSICÓPATAS. SE ORGANIZA LA ASISTENCIA. *Publicada D.O. 24 ago/936 - Nº 9000.* Recuperado de:

<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp828056.htm>

- III Disability Rights International is dedicated to promoting the human rights and full participation in society of people with disabilities worldwide. Disability Rights International was established in 1993 by attorney Eric Rosenthal. Based in Washington DC, Disability Rights International documents human rights abuses, publishes reports on human rights enforcement, and promotes international oversight of the rights of people with disabilities. Recuperado de: <http://www.driadvocacy.org/media-gallery/our-reports-publications/>

Human Rights and Mental Health in Uruguay - Derechos humanos y salud mental en el Uruguay.

<http://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Uruguay-report-Spanish-1995.pdf>

- IV Página oficial Parlamento Uruguayo - Ley 18.161. ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO. SE CREA COMO SERVICIO DESCENTRALIZADO. *Publicada D.O. 8 ago/007 - Nº 27295* Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18161.htm>

- v Página oficial Parlamento Uruguayo - Ley 18.211. SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD. NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN. *Publicada D.O. 13 dic/007 - N° 27384. Recuperado de:* <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18211.htm>
- vi Ministerio de Salud Pública. Departamento de programación estratégica en salud - área de promoción y prevención. Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud. (2011).
- vii Página oficial Parlamento Uruguayo - Ley N° 18.418. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. APROBACIÓN. *Publicada D.O. 4 dic/008 - N° 27626. Recuperado de:* <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3855684.htm>
- viii Página oficial Parlamento Uruguayo - Ley N° 18.651. PROTECCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. NORMAS. *Publicada D.O. 9 mar/010 - N° 27932. Recuperado de:* <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9711572.htm>
- ix Página oficial Parlamento Uruguayo - Noticias y Eventos. Lanzamiento de Comisión Nacional. POR UNA LEY DE SALUD MENTAL HUMANA E INTERDISCIPLINARIA. Viernes 01 Julio , 2016. Cámara de Senadores. Recuperado de: <https://parlamento.gub.uy/noticiasyevenos/noticias/node/84831>

Fuentes electrónicas:

Teledoce. (01/04/2016) "*Dos funcionarios del Vilardebó denuncian haber sido agredidos por una paciente judicial*" Fecha de consulta: 22 de setiembre de 2016. URL: (<http://www.teledoce.com/telemundo/nacionales/dos-funcionarios-del-vilardebo-denuncian-haber-sido-agredidos-por-una-paciente-judicial/>)

Montevideo Portal. (25/04/2016) " *PACIENTES DEL HOSPITAL VILARDEBÓ GENERARON UN MOTÍN. Unos contra otros*". Fecha de consulta: 22 de setiembre de 2016. URL: (<http://www.montevideo.com.uy/contenido/Pacientes-del-Hospital-Vilardebo-generaron-un-motin-306316>)

Diario El País. (26/04/2016) "*CAOS EN EL HOSPITAL - Motín y toma de rehenes en el hospital Vilardebó*" Fecha de consulta: 22 de setiembre de 2016. URL:(<http://www.elpais.com.uy/informacion/motin-toma-rehenes-hospital-vilardebo.html>)

Diario El País. (25/04/2016) "*INCIDENTES - Internos del Vilardebó quemaron colchones y destrozaron el hospital*". Fecha de consulta: 22 de setiembre de 2016. URL: (<http://www.elpais.com.uy/informacion/motin-internos-vilardebo-quema-destrozos.html>)