



TRABAJO FINAL DE GRADO

Clínica Social: Intervenciones psicosociales hacia la desmanicomialización.

Alcides Gonzalo Martínez Pérez

C.I.- 3.042.554-7

Tutor: Prof. Adj. Mag. Nelson de León.

Montevideo, Febrero 2017

Índice.

Resumen.	pág. 3
Capitulo 1. Contextualización histórica. De la Edad Media a la Modernidad...	pág. 4
1-1. - Edad Media. Distintas significaciones de la locura	pág. 4
1-2. - De la experiencia trágica y la conciencia crítica.....	pág. 7
1-3. - Epoca Moderna. De la barca al hospital. Locura y verdad.....	pág. 8
1-4. - Pinel y el Alienismo. Constitución disciplinar de la psiquiatría.....	...pág.12
Capitulo 2. Perspectivas críticas de la psiquiatría.....	pág.15
2-1. - Reformas y Transformaciones	pág.15
2-2. - Psicoterapia institucional.....	pág.16
2-3. - Comunidades Terapéuticas.....	pág.18
2-4. - Psiquiatría de Sector y Psiquiatría Preventiva.....	pág.19
2-5. - Antipsiquiatría.....	pág. 21
2-6. - Basaglia y la Psiquiatría Democrática Italiana.....	pág.22
Capitulo 3. Procesos de Reforma en Salud Mental.....	pág..24
3-1.- América Latina y el caribe: procesos de reforma y legislación.....pág. 24
3-2.- Salud Mental en Uruguay.....	pág. 27
3-3.- Hacia una Ley de Salud Mental desde una perspectiva de DDHH.....	pág. 29
Capitulo 4 Clínica social articulada a una experiencia universitaria.....	pág. 32
4-1.- Clínica social. Conceptualización de la Clínica Social.....	pág. 32
4-2.- Lo ético, estético y político.....	pág. 33
4-3.- Articulacion con la Experiencia.....	pág. 34
Reflexiones.....	pág. 39
Bibliografía.....	pág. 40

Resumen

En el presente trabajo se realiza un recorrido a través de las distintas concepciones de la locura en el devenir histórico-social y las diversas significaciones que ha adquirido. De la construcción de la enfermedad mental y los procesos de reforma en salud mental, así como un acercamiento a la Clínica Social como una perspectiva ético-política de entender el sufrimiento humano.

En este pasaje se dará cuenta de un contenido teórico y conceptual de los modos de producción de subjetividad en la sociedad capitalista, hacia un abordaje de trabajo clínico desde la potencialidad de los cuerpos y la resingularización existencial en los encuentros. Esta perspectiva ética, estética y política, será articulada con una experiencia de extensión universitaria.

Capítulo I

Contextualización histórica de la locura. De la Edad Media a la Modernidad

A lo largo de la historia se han ido intercalando significaciones y discursos diferentes sobre la locura con prácticas de encierro, de institucionalización y de tratamiento. Foucault (1967) entre otros, concede una gran importancia a los lugares de orden físico y simbólicos donde se han dado y aún persisten las prácticas de exclusión y tratamiento.

Se intentará determinar las diversas significaciones, según el estudio de la locura y lo que se fue construyendo como saber de la enfermedad mental en una época determinada y las diversas maneras en que se ha visto expresada.

Foucault (1967) plantea que los valores atribuidos a la salud y a la enfermedad son contruidos socialmente, nunca son datos naturales. Una de las apuestas fundamentales es la desnaturalización de la locura.

Cada momento histórico construye culturalmente su referencia de normalidad, “el daño mental sólo es comprensible en relación a los códigos simbólicos que cada sociedad en cada momento histórico pone en juego” (Galende, 1990, p 82).

Buscar en la dimensión y el modo en que eran reconocidos los locos y luego los enfermos mentales; apartados, internados, excluidos de la sociedad, así como que tipo de instituciones estaban encargadas de su disciplinamiento (Foucault, 2003), serán los cometidos de éste capítulo.

1.1 Edad Media: Distintas significaciones de la locura.

A modo de ubicar históricamente el período medieval, éste se caracterizaría por sus costumbres, formas de vida y organización social que de alguna forma marcaron la historia en su devenir moderno. Un período que se ubicaría entre los siglos V y XIV que tuvo como signo insoluble el dogmatismo católico que determinó y configuró las relaciones sociales en la Europa Occidental. “La imagen medieval de la sociedad es estática no dinámica” (Huizinga, 1978, p.83).

La sociedad medieval dividía a las personas de acuerdo al grupo de pertenencia, tercer estado donde se ubicaba a los que trabajaban, el clero encargado de administrar y difundir la fe cristiana y la nobleza que se encargaba de la justicia, la paz y la moralidad “ cada uno de estos grupos representa una institución divina” (Huizinga, 1978, p.83).

La Iglesia ocupaba un lugar central como institución y Dios como imagen de los tres órdenes de la sociedad medieval, feudal y monárquica. Esto, producía diversas formas y significaciones en la relación entre la locura y la religión.

Las representaciones que se tenía de la locura en el medioevo eran de diversas características y compartían el no respeto por las verdades y orden social establecido por la Iglesia, “predominó una simbólica de los sagrado, y por lo tanto fijó en ello las normas para la desviación” (Galende,1990, p.83). Por ende las formas que se tomaban para abordarlas eran las míticas y religiosas.

Por un lado quién no se apartase de los dogmas cristianos y se alejara de las tentaciones terrenales obtendría la salvación y loco era quién no poseía dichas virtudes y se entregaba a la jerarquía de los vicios, o sea “el hombre que vivía para satisfacer sus deseos transformaba su alma en prisionera de la bestia” (Foucault,1976, p 36). Se identifica la locura con quién se pierde entre los placeres mundanos, quién cae bajo el dominio de los pecados “avaros, delatores, borrachos, aquellos que se entregan a la orgía y el desorden, quién interpreta mal las escrituras” (Foucault, 1967, p.45).

De manera tal que su manifestación adquiría diversas formas. Se encontraba un tipo de locura a la que pertenecían los elegidos o iluminados, poseedores de un conocimiento que resulta inaccesible y extraño para los demás, de allí la relación especial que establecía con la religión, como locura-santidad. Era un tipo de locura relacionada con lo sagrado, que tenía más que ver con un saber elevado que se le revelaba a algunos y vedaba a otros, “la tranquilidad del eremita son formas dementes que encierran un secreto que han surgido de un sueño y permanecen en la superficie de un mundo, silenciosas y furtivas” (Foucault,1967, p.37). Es así que los signos de la locura se vinculaban estrechamente con la del místico. Con el poseedor de visiones, “es en el espacio de la pura visión dónde la locura despliega sus poderes” (Foucault,1967, p.49).

Un tipo de locura relacionada con predicadores y profetas, “seres que ven lo que los demás no pueden ver” (Heers,1988, p.123).

Un personaje elegido por Dios y la marca de su diferencia frente a las demás personas eran el miedo, la repulsión y la exclusión. “El demente encarna la caída, padece por su causa, lleva en sí mismo el castigo infligido a todos” (Heers, 1988, p.124).

Por otro lado se encontraba “el loco poseído por el demonio” (Heers, 1998, p.126) ante el que se debía tomar las precauciones necesarias y acudir a Dios para que mediante exorcismo, ritos, conjuros y oraciones pueda librarlos del mal.

Los poseídos eran encerrados o expulsados ya que representaba un peligro para la comunidad, en estos casos se tomaban medidas sagradas, “pequeños grupos de enfermos son conducidos hasta determinados santuarios, donde se celebraban plegarias, procesiones (...) prácticas rituales, baños y abluciones” (Heers, 1998, p.127), el agua, como elemento simbólico muy significativo cuya vinculación directa

con el bautismo volvería a verse en otros momento como la barca a la deriva que oficiaba entre otras cosas como exilio ritual de purificación.

Otra personificación de la locura eran los bufones pertenecientes a un grupo que era integrado por “hombres de ingenio, truhanes, dementes, enanos o jorobados” (Peñalta, 2008, p.129).

Durante la Edad media la bufonería se encontraba en casi todos los ámbitos, sean éstos iglesias, cortes, castillos, etc. Personajes relacionados con la providencia divina y que producto de sus defectos se transformaban en el espejo de la perfección de los demás. “Afirman en los otros la normalidad que su mente o cuerpo están negando” (Bouza, 1996, p.20),

Tenían como objetivo entretener a los reyes en los palacios, ofreciendo espectáculos como animadores, “los reyes sentían gran atracción por estos prodigios de la naturaleza que acompañaban y divertían al monarca con sus locuras” (Peñalta, 2008, p.129). Estos locos o bufones de corte eran considerados tocados por dios y relacionados con lo sobrenatural motivos por el cual los reyes solían rodearse de ellos. Eran los únicos que tenían permitido decir verdades con la anuencia cortesana y que liberaba al mismo de las tensiones y preocupaciones que generaba el poder.

La bufonería entre otras cosas cumplía una función terapéutica motivando la diversión y la risa. “La fuerza de éstas sabandijas palaciegas era por lo tanto mucho mayor de la que en principio se podía presumir (...) el rey las tenía siempre cerca de sí” (Bouza, 1996, p.85). Personajes profundamente ambiguos ya que presentaba ante el público tanto la ignorancia como la sabiduría mostrando la realidad desde un lugar que no era aceptada por las normas de la época. Esto hacía que la actitud de los hombres frente a las diversas manifestaciones que adquiría la locura fuese ambivalente. “Este ser marcado por el signo de lo sobrenatural suscita repulsión, horror, curiosidad, compasión, diversión y respeto” (Peñalta, 2008, p.128).

Solían presentarse en fiestas medievales y a través de diversas tradiciones relacionadas con juegos y locuras se resaltaban las debilidades y se parodiaba la moral religiosa. La parte estética era muy significativa ya que marcaba la diferencia con el resto de los mortales, “siempre vestidos con el atuendo típico de los locos con el capuchón y los cascabeles” (Peñalta, 2008, p.129).

1.2. De la experiencia trágica y la conciencia crítica.

Hacia fines de la Edad Media e inicios del Renacimiento las significaciones e imágenes de la locura se construyen alrededor del enfrentamiento entre la experiencia trágico-cósmica y la conciencia crítica. Tal como expone Amarante (2006) la experiencia trágica “posibilita que la locura inscripta en el universo de la diferencia simbólica, se permita un lugar social reconocido en el universo de la verdad” (p 20). De ésta manera se piensa que el loco es el poseedor de la última verdad del ser humano. Según Foucault (1967), una verdad que le será revelada a través de las fuerzas ocultas en su ser, un fondo animal y bestial, “animales surgidos de una loca imaginación se han vuelto la secreta naturaleza del hombre” (p 38). Esas fuerzas subterráneas y ocultas, esa animalidad revelan un saber que sólo el loco posee “son en realidad los elementos de un conocimiento difícil, cerrado y esotérico” (Foucault, 1967, p.39).

Es así que la locura resulta del pecado, guiada por la tentación hacia la carne y la bestialidad. Esa animalidad liberada es lo que fascina al hombre, es la que revela secretos y conocimientos ocultos..

A través de las pinturas de la época, del Bosco y Brueghel se muestran al loco “de rostros gesticulantes que se hunden poco a poco en la noche del mundo, entre paisajes que hablan de extraña alquimia de los conocimientos, de las sordas amenazas de la bestialidad y del fin de los tiempos” (Foucault, 1967, p.48-49).

Locura y saber que se convierte en revelación donde la realidad se confunde con el sueño, la apariencia y el secreto constituyen la trágica locura del mundo.

Al mismo tiempo se produce una grieta en la experiencia del hombre con la locura y la verdad, no ya relacionada con la verdad del mundo sino con la de su propia naturaleza, locura encerrada en el ámbito de la retórica, de la moral, de la crítica de las costumbres y vicios, de los pecados y defectos, tal como se muestra reflejado en la literatura de Brant y Erasmo.

“La locura no se encuentra unida al mundo y a sus fuerzas subterráneas, sino más bien al hombre, a sus debilidades, a sus sueños, a sus ilusiones” (Foucault, 1967, p. 44).

Locura que ya no acecha, ya no fascina “el discurso por el cual se justifica solo proviene de una conciencia crítica del hombre” (Foucault, 1967, p.50).

Razón y sinrazón como dos caras unidas e implicadas y plasmadas en el discurso literario dónde se muestra que toda locura tiene su razón y toda razón su grado de locura.

Locura como una “gran sinrazón de la que nadie es culpable pero que arrastra a todos los hombres” (Foucault, 1967, p.28).

Foucault (1967) plantea que poco a poco la conciencia trágica va quedando relegada a las sombras, aunque no desaparecerá jamás de la experiencia occidental ya que volverá expresada de diferentes formas, como en la creación artística y en pensamientos que aún están vigentes y son fuente de inspiración y referentes, que de distintas maneras supieron plantear caminos divergentes en torno a la locura. Es en estos momentos, a inicios del renacimiento donde la nave de los locos adquiere una relevancia altamente simbólica en Occidente como forma de eliminar la locura, expulsar a los locos y “asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida” (Foucault, 1967, p.25).

Naves que representaban la incertidumbre con la que aún se asociaba la locura y su destino errante hacia la verdad, “en medio de la más libre y abierta de las rutas, está sólidamente encadenado a la encrucijada infinita” (Foucault, 1967, p.24).

La aparición de este navío es un punto de quiebre a la hora de entender la locura como fenómeno ligado a lo sobrenatural, como forma de experiencia sagrada o mágica y surge otra dimensión ligada a unas formas de conciencia que la reducen y darán comienzo a otra forma de exclusión.

Tal como plantea Foucault (1967) surgirá luego el gran encierro, como forma de apartar al loco y el hospital como sustituto de la barca.

Junto con la desaparición de la lepra las estructuras de encierro y exclusión permanecerán, siendo el loco, su figura de temor y su relación con la muerte la que sustituirá junto con los pobres y vagabundos la estructura alienante.

“Las formas subsistirán, esencialmente ésta forma considerable de separación rigurosa que es exclusión social, pero reintegración espiritual” (Foucault, 1967, p.18).

1.3.- Época moderna: de la barca al hospital.

Locura y verdad.

A comienzos de la modernidad se experimenta un nuevo tipo de exclusión y reclusión producto de nuevas formas de conceptualizar la subjetividad y la locura.

Según Foucault (1967) nace la experiencia clásica de la locura que será despojada de toda referencia a lo sagrado por una forma de conciencia que la recluirá en un espacio de encierro en nombre de un nuevo orden social y laboral. “Se ha trazado una línea divisoria que pronto hará imposible la experiencia tan familiar en el renacimiento de una razón irrazonable, de una razonable sinrazón” (Foucault, 1967, p.78).

La experiencia de una conciencia práctica surgirá de una nueva realidad socio-económica que marcará una discontinuidad con la conciencia crítica, que pone en evidencia una vez más el carácter de construcción social de la locura.

La sinrazón solo será útil en tanto pueda ser pensada y la locura “va a ser silenciada en la época clásica mediante un extraño golpe de fuerza” (Foucault, 1967, p.73) Silencio y exclusión producto de la materialización en el SXVII de otro tipo de discurso sobre la razón inaugurado por Descartes (1596-1650) que recorrerá todo occidente. “Pienso, luego existo”, lo que es decir que la acción de pensar descarta la posibilidad de estar loco, “no se puede suponer ni aún con el pensamiento que se está loco, pues la locura justamente es condición de imposibilidad de pensamiento” (Foucault, 1967, p. 76).

La locura aparece de ésta manera con el pensamiento improductivo. El surgimiento de la burguesía como nueva clase social impondrá sus modelos de orden y convivencia dónde el trabajo será determinante en la producción de nuevas subjetividades.

Se crean grandes centros de internación y mediante un edicto real nace en 1656 el Hospital general de París. Según Foucault (1967) un tipo de establecimiento encargado de la segregación de los nuevos representantes de la exclusión otrora encarnados en la figura del leproso que adquirirá un sentido distinto transformándose en centro de corrección y encierro para vagabundos, mendigos y enfermos. “El Hospital General no tiene ninguna idea médica. Es una instancia del orden monárquico y burgués” (Foucault, 1967, p.82).

Las medidas tomadas en cuenta para el internamiento es la seguridad, el orden y la condena a la ociosidad, nueva normalización sustentada en el trabajo y la necesidad de control.

La internación se transforma en un hecho policíaco, “de policía en el sentido muy preciso que se le atribuye en la época clásica, es decir el conjunto de las medidas necesarias que hacen el trabajo a la vez posible y necesario” (Foucault, 1967, p.101).

La pobreza se ha transformado en un mal de la sociedad y debe ser encarcelada, el hospital en un lugar de trabajo obligatorio donde se condena la mendicidad y la ociosidad como fuente de todos los desórdenes sociales, “prisiones de nueva institución imaginadas para limpiar las calles y los caminos de mendigos” (Foucault, 1967, p.103).

La internación es guiada no por un fin curativo sino como forma de protección de las ciudades de la amenaza tanto de los locos, delincuentes, mendigos, prostitutas, etc, peligros para la racionalidad moderna.

El modo de “curarlos” es a través de la disciplina y transformar los cuerpos en útiles para el trabajo, “fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpo dóciles. La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos de obediencia)” (Foucault, 2003, p.126-127).

La locura establece relaciones con la moral y la ética del trabajo, normas que transgrede el loco a nivel social y familiar. “Normar, normalizar, implica imponer una exigencia a una existencia. La norma se produce como un posible modo de unificación de una diversidad” (Galende, 1990, p.83).

Siguiendo a Foucault (1967) locura y ocio son emparentados en la época clásica ya que el loco y su rechazo al trabajo son reflejo de la inutilidad social y dos peligros para el orden burgués. Resulta inaceptable no sólo desde un punto de vista económico sino ético y moral. La locura ocupa así un lugar en las diversas formas de la sinrazón al encontrarse relacionada con la ética y la moral del trabajo y la familia.

“El internamiento tendrá no solamente el aspecto de un taller de trabajo forzado, sino también el de una institución moral encargada de castigar, corregir, una cierta ausencia de moral” (Foucault, 1967, p.118).

En los lugares de encierro el trato era totalmente humillante, “ se les hunde en la última inhumanidad, en habitaciones fétidas y tenebrosas en que se les deja librados a ellos mismos” (Foucault, 1967, p.103).

Situación que encuentra en las mismas condiciones degradantes a todos los seres peligrosos para sí y para el orden del estado, de los que se apartan de la norma social y que son encerrados indefinidamente soportando tratos inhumanos, “La inacción, la mala alimentación el apiñamientos con compañeros de su miseria no tardan en hacerlos desaparecer unos detrás de otros” (Foucault, 1967, p.103).

Una forma nueva de ejercicio del poder comienza a vislumbrarse, mientras que en la primera modernidad el soberano ejercía su poder a través de la muerte y su amenaza latente, abandonando la vida al encierro, las plagas, la violencia, el hambre y la pobreza. El vagabundo y ocioso, desocupado no tenía lugar dentro de la economía mercantilista, no producía ni consumía, su lugar era el confinamiento, “Con la industria naciente que necesita sus brazos, vuelve a formar parte del cuerpo social” (Foucault, 1967, p.107).

A fines del S XVII comienza a producirse una distinción entre las diversas figuras de la sinrazón y a diferenciar las formas de encierro. Nace la figura del asilo.

La locura comienza a producirse como parte de un saber específico, conformando de a poco la noción de enfermedad.

Tal lo planteado por Foucault (1996) a la anatomopolítica, característica del poder soberano se le suma el estado del biopoder, la biopolítica y su estrecha relación con todos los problemas y cambios económico-políticos a mediados del SXVIII. “Objetos de saber y objetivos de control de la biopolítica eran pues en general los problemas de la natalidad, de la mortalidad, de la longevidad”(p 196). El control de la vida de la población en procura de la no disminución de la fuerza productiva.

La locura y los lugares de encierro comienzan a provocar el miedo, el pánico al simbolizar lo sórdido y la podredumbre, un mal misterioso que despierta el temor ante un posible esparcimiento y contagio. Reaparece el antiguo miedo medieval a los leprosos “Estos son los fenómenos que hacia fines del siglo XVIII empiezan a ser tomados en consideración y que llevarán después a la instauración de una medicina cuya función principal será la de higiene pública” (Foucault, 1996, p.197).

La medicina aparece para controlar el miedo generalizado ante el foco infeccioso que amenaza la sociedad y se ubica dentro de la racionalidad científica a la locura, convirtiéndola en enfermedad, distinguiéndola de las otras formas de sinrazón, separando y diferenciando tipos de encierro a los de locura.

Se produce un paso esencial en la distinción entre locura y criminalidad ya que el loco ante la inocencia de sus actos, será eximido de responsabilidad. “No se le podrá sancionar pero deberá ser tratado” (Castel, 1980, p.45).

Tratamiento que será una forma distinta de castigo y represión pero que en lo sucesivo será vestida, disfrazada con otros ropajes.

“Debe ser justificada por la racionalización terapéutica. Se supone que la impondrá el diagnóstico médico, o sea que el diagnóstico médico proporcionará su condición de posibilidad” (Castel, 1980, p.45).

El médico pasará a ocupar un lugar especial a la hora del confinamiento de la locura en manos de un tenso equilibrio entre el poder real, judicial y familiar.

Tal como indica Castel (1980) las familias son claves en la corrección del miembro atacado por la locura y en caso de no poder hacerse cargo delegaba su poder de confinamiento.

En pleno SXVIII el loco representa la figura de quién puede transgredir todas las normas. “El loco reactiva la imagen del nómada que vaga en un no man`s land social y amenaza todas las reglas que presiden la organización de la sociedad” (Castel, 1980, p. 52).

El médico por tanto ocupará el lugar tutelar del loco, el encargado de su sometimiento y control y surge el manicomio como lugar de asilo exclusivo de la locura, su aislamiento de las otras formas de sinrazón.

El manicomio es el lugar del encuentro de la medicina con la locura siendo la encargada de la misma a fines del régimen absolutista.

“La medicalización no significa la simple cosificación de la locura por un enfoque médico sino que la institución médica implica la definición de un nuevo estatuto jurídico, social y civil del loco: el alienado” (Castel, 1980, p.63).

Los alienados son quienes están fuera de sí y el sentido los ha abandonado totalmente. El manicomio nace como gesto de liberar a los locos del gran encierro que

los mantenía encadenados, surgiendo un nuevo tipo de encierro que sintonice con la nueva moral burguesa.

El manicomio como observatorio que extraerá la verdad de la locura.

1-4.- Pinel y el alienismo. Constitución disciplinar de la psiquiatría.

Pinel en Francia y Tuke en Inglaterra surgen como representantes de la paradójica “liberación de los locos”.

A partir de lo que puede denominarse como la experiencia humanitaria en cuanto al tratamiento de la locura, se fundan los cimientos de la experiencia contemporánea de la misma. “Se cortan las cadenas que le impedían el uso libre de su voluntad, pero para despojarle de esa misma voluntad, transferida y alienada en el querer médico” (Morey, 1983, p.66).

El nuevo régimen instaurado por la revolución burguesa en Francia exigía por lo tanto redefinir judicialmente la locura.

En 1792 Pinel ingresa al Hospital de Bicetre y corta las cadenas a la locura, Tal como plantea Foucault (2007) liberación que dejará en deuda de reconocimiento a los liberados con la figura del médico, a quién deberán obediencia y dónde el sometimiento de una voluntad a otra reemplazará a las cadenas, Sujeción a la disciplina del médico y su poder que será la razón de la curación.

Surge en el SXIX por lo tanto un nuevo orden que condujo en 1838 en Francia a la Ley sobre reclusión y organización de los hospitales psiquiátricos.

El discurso médico psiquiátrico y su objeto de estudio, la enfermedad mental es lo que justifica el nuevo control social, enmascarada ahora como medida terapéutica necesaria por el propio bien del enfermo (Foucault, 2007). La enfermedad mental establece un nuevo tipo de relación con el derecho y el individuo aparece sometido a la figura paternalista del médico, perdiendo sus derechos jurídicos.

“El médico no ha podido ejercer su autoridad absoluta en el mundo del asilo sino porque desde el principio ha sido padre y juez, familia y ley y sus prácticas medicinales son simples interpretaciones de los viejos ritos del orden” (Foucault, 1967, p.235).

La relación establecida entre el médico y el paciente es tal que éste debe someterse totalmente al poder del psiquiatra para su curación que solo será posible en tanto se aliene en la figura del médico. La relación médico-paciente conforma una pareja cuya complicidad está unida por viejas dependencias.

El nuevo escenario médico, la síntesis alienista que constituye Pinel conecta, “clasificación del espacio institucional, planificación nosográfica de las enfermedades mentales, imposición de una relación específica de poder entre médico y enfermo: el tratamiento moral” (Castel, 1980, p. 91-92).

Seguendo a Castel (1980) sistema basado en la ruptura del contacto del loco con el mundo exterior y su control a través del aislamiento, reorganización del espacio hospitalario, transformándolo en un observatorio ideal de constitución y orden riguroso, sometiendo al enfermo a toda una serie de jerarquías y reglas estrictamente reguladas, un nuevo tipo de racionalidad. Médicos y auxiliares encargados del ejercicio del poder, la asistencia y la tutela como mandato social.

“El orden manicomial es la imposición de técnicas disciplinarias, pero la tecnología médica les da una unidad de la que antes carecía” (Castel, 1980, p.103).

La institución manicomial se establece como un espacio de coacción y de verdad, estructurada a través de la alienación. La locura es desposeída finalmente de sentido, psicologizada, transformada en enfermedad mental, conceptualizada y explicada a través del pensamiento racional. Interiorizada en el individuo, silenciada en él.

“Resulta una ingenuidad positivista la idea de que las enfermedades mentales, como las infecciones estaban allí desde siempre, esperando que por fin el conocimiento médico las iluminará por la ciencia” (Galende, 1990, p. 85).

En sus modos prácticos la nueva “verdad” de la “razón” no fue menos represora y oscurantista sobre la locura que las prácticas míticas religiosas.

Analizar las transformaciones y conceptualizaciones acerca de la locura y su constitución como objeto de conocimiento, permite observar las diferentes dimensiones implicadas en su construcción, lejos de ser entendida como una entidad natural y, como los diferentes saberes activan realidades distintas en los individuos, “Cada estrato, cada formación histórica implica una distribución de lo visible y de lo enunciable que se produce en ella” (Deleuze, 1987, p.76).

El discurso psiquiátrico, el manicomio se constituyen como discurso hegemónico apoderándose de la locura como objeto propio de conocimiento, la razón la ha conceptualizado y con sus enunciados la ha hecho pensable incluyéndola en su retórica y a su vez excluyéndola al objetivarla y marcar la distancia que la separa de ella,

Los diagnósticos y su exhaustividad procuran establecer distinciones ya que la conducta de un alienado en muchas ocasiones puede ser semejante a la de un hombre razonable.

Seguendo a Castel (1980) comienzan a establecerse categorías nosográficas que intentan determinar la responsabilidad o irresponsabilidad de los actos delictivos cometidos por los locos, a través de la alianza entre el poder psiquiátrico y el poder judicial y la monomanía como una nueva patología, locura sin delirio. “Gracias a la monomanía los psiquiatras realizaron bastante bien el difícil cometido de responder a

eso para que socialmente están hechos: descifrar la subjetividad para codificar los comportamientos problemáticos en la esfera de otros códigos” (Castel, 1980, p. 189).

El diagnóstico realizado por el psiquiatra relacionado con la peligrosidad va a convertirse en un elemento esencial para la seguridad y el orden público.

“El diagnóstico psiquiátrico tiene un carácter muy ficticio desde el punto de vista del saber y al mismo tiempo esencial desde el punto de vista del control social” (Castel, 1980, p.193-194).

Se establece así una sospecha generalizada de las conductas y comportamientos sociales y el carácter estigmatizador de los diagnósticos, La situación psiquiátrica va marcando nuevos caminos, líneas de descomposición y recomposición.

Tal como lo plantea Amarante (2006) durante la segunda mitad del siglo XIX y más allá del carácter reformador del alienismo, se producen profundos cuestionamientos a la institución psiquiátrica, al método alienista, sus intervenciones represoras y cerradas, intentándose reformas del tipo de instituciones de puertas abiertas, en la figura de la colonia de alienados. Las nuevas conceptualizaciones acerca de la enfermedad mental y la realidad social hace desplazar la actuación del médico fuera del manicomio. El campo de acción se amplía a toda la población, el papel del médico se multiplica, prevención, profilaxis y chequeo incluyen a toda la sociedad junto con la tutelarización de todos. Nuevo esquema organizativo, político y económico en una sociedad en plena expansión industrial y demográfica, dónde se articulan mecanismos disciplinarios y reguladores.

“Por un lado un conjunto orgánico institucional: la órgano disciplina de la institución y por el otro un conjunto biológico y estatal, la bioregulación a través del estado” (Foucault, 1996, p. 202).

Se produce un paso de la estrategia del internamiento y la dominación a la manipulación con proliferación de tecnologías que se invisibilizan y ocupan todos los ámbitos de la vida. Reformas que no han hecho sino ampliar la importancia político y social de la psiquiatría y la institución asilar.

Capítulo 2

Perspectivas críticas de la psiquiatría.

A mediados del SXX surgen renovadas críticas a la Institución Psiquiátrica, tomando posición cuestionamientos del proyecto médico asistencial y el papel terapéutico de los asilos. Posturas que emergen en un período de la humanidad que se vio sacudida por hechos que pusieron en tela de juicio el carácter supremo de la racionalidad del hombre y los valores positivistas ante acontecimientos devastadores como la segunda guerra mundial, con el brutal exterminio nazi y la bomba atómica, que motivó a que “la sociedad pasara a reflexionar sobre la naturaleza humana, tanto sobre su crueldad como la solidaridad existente entre los hombres” (Amarante, 2006, p.42).

Se establece así una estrecha vinculación de la brutal represión y tortura, segregación y condiciones degradantes a las que se vio expuesta la humanidad con la situación de las instituciones psiquiátricas. De ésta manera queda a la vista una situación que la sociedad siempre ha querido ocultar y es su íntima y oscura relación con la locura y lo que se hace con ella.

“Ha comenzado a abrirse el telón para mostrar a los ojos de los que entonces no querían ver, la realidad psiquiátrica en su institución madre: el asilo; la verdadera relación humana que la ciencia médico-mental ha sostenido” (Galende, 1990, p.141).

El avance de posiciones humanistas producto del contexto socio histórico, nuevas lecturas desde la fenomenología, de la psiquiatría y el psicoanálisis forman una corriente instituyente que junto a los cambios políticos en Europa posibilitan posiciones más sensibles y proclives a los cambios en salud.

Similar posición crítica y de cuestionamientos que emparentan a Pinel con las realizadas en este período de posguerra dado por las críticas institucionales y la vulneración a los derechos humanos. Pudiéndose considerar de la misma manera muchas de las experiencias como renovadas y veladas formas de sujeción.

Se establece así una cierta conciencia social de las relaciones de poder que determinan la vida de las personas y los contextos históricos. La crisis humanitaria surgida de ésta nueva realidad hacen al surgimiento de distintas visiones que intentaron provocar cambios en las instituciones, en las comunidades y en las personas.

2-1.- Reformas y transformaciones.

Nuevas formas de comprensión, abordaje y atención a la locura y el sufrimiento, intentaron transformar su enfoque como las condiciones de tratamiento, estableciéndose algunas características particulares entre ellas.

Según Amarante (2006) se pueden dividir de acuerdo a los objetivos de las mismas.

Por un lado la Psicoterapia Institucional y Comunidades Terapéuticas, centradas e una crítica a la estructura de la institución asilar y la cronificación propiciada en las mismas. De ésta manera se cuestionaba la idea de los hospitales psiquiátricos como institución de cura intentándose una reforma de la organización de los mismos.

Por otro lado se encuentran agrupadas la Psiquiatría de Sector y la Psiquiatría Preventiva que intentan ampliar los objetivos reformadores y llevar la psiquiatría al espacio público dónde lo que se intenta es la promoción de salud.

Según Amarante (2006) otro grupo ocupan las experiencias nacidas a partir de Basaglia y la Psiquiatría Democrática Italiana y otra línea denominada como Antipsiquiatría que tuvo sus exponentes a través de Laing, Cooper, Szasz y otros, cuyas características principales fueron poner en tela de juicio conceptos de “enfermedad mental” y los dispositivos terapéuticos, médicos y psiquiátricos.

2-2.- Psicoterapia Institucional.

Frances Tosquelles (1912-1994) psiquiatra y psicoanalista catalán es reconocido como el principal exponente y propulsor de la Psicoterapia Institucional.

Integró a su práctica profesional el marxismo y el psicoanálisis construyendo así un espacio particular que marcó el devenir psiquiátrico institucional.

En 1939 era nombrado Jefe de Servicios Psiquiátricos en España, dónde como indica Berti (2012) intentó poner en funcionamiento el proyecto de atención sectorizada y así descentralizar las instituciones.

Tal como plantea este autor, Tosquelles organizó una comunidad terapéutica desarrollando un trabajo dónde se involucraba a los habitantes del lugar, siendo uno de los principales antecedentes de trabajo diversificado, heterogéneo y transversal, dónde las intervenciones terapéuticas involucraban los distintos espacios físicos de la vida, el contexto socio- político y los vínculos mantenidos entre todos los involucrados en el trabajo. Éstas experiencias en España fueron claves en el desarrollo de sus ideas que luego se verían plasmadas en su exilio en Francia en el hospital Saint-Alban. Uno de los conceptos que más influenciaron su trabajo fue el de geopsiquiatría y la forma como organizó el trabajo institucional. “ la capacidad de tener en cuenta el territorio singular dónde habita la locura y todos los agentes que se encuentran presentes en un entorno determinado” (Berti, 2012, p.48)

La capacidad de movilidad de la actividad psiquiátrica hacia dónde se halla presente el malestar, el sufrimiento, la persona y su contexto. “Siempre creí mi deber encontrar a los enfermos y sus familias o a las personas que constituyen su entorno habitual o civil” (Tosquelles, 2001, p.213).

Se oponía así a las prácticas institucionales tradicionales de la psiquiatría, dónde el encierro, el silenciamiento y la disciplina era lo habitual en los asilos y del trabajo médico-clínico. Proponía de ésta manera una perspectiva de trabajo más humanista e integral articulando distintas disciplinas. “Ni siquiera traté de envolver mis funciones profesionales aislándolas y protegiéndolas en la clásica bata blanca de médico” (Tosquelles,2001, p.213).

Nociones fundamentales en el impulso de la psicoterapia institucional dónde las dinámicas sociales y el entorno de las personas serán los espacios claves para el trabajo. “Con sólida orientación marxista y apoyo de la inteligencia y de la resistencia francesa Saint Alban pasa a ser el palco privilegiado de denuncias y luchas contra el carácter segregativo y totalizador de la psiquiatría” (Amarante, 2006, p.31).

Para el trabajo desarrollado por Tosquelles tuvo singular importancia las ideas de Herman Simmon (1867-1947) quién postulaba la idea del hospital como organismo enfermo.“ Los principios básicos de Simon en relación a la disposición institucional fueron puestos en práctica por Tosquelles (...) análisis y la refexión constante sobre los efectos terapéuticos, las investiduras dentro y más allá de los muros de la institución” (Berti, 2012, p. 52).

La nueva forma de organización erigida por la psicoterapia institucional se traducía en un cambio de condiciones y transformación del espacio asilar, siendo la participación activa de todos los actores un factor clave y determinante. “La institución giraba alrededor de la participación de los pacientes en la organización y funcionamiento de la misma como parte central del proceso terapéutico” (Berti, 2012, p.53).

La libre circulación, los espacios de encuentro entre los pacientes, personal y los habitantes del lugar, la configuración múltiple de las relaciones, la superación del encierro eran el punto nodal del trabajo, no quedando restringido a las clásicas relaciones jerárquicas de poder y sumisión.

Tal como plantea Berti (2012) la heterogeneidad será una de las líneas que signará el trabajo de la Psicoterapia Institucional, como lo pluridimensional de la realidad, tomando en cuenta los contextos políticos, personales, culturales y sociales para el desarrollo de la práctica.

“En este sentido no era posible curar a una persona sin considerar su situación material, su infancia, su trabajo, educación, el contexto socio-político, etc” (Dosse, 2009, p.65).

La psicoterapia institucional promueve los intercambios múltiples y la diversidad, “es en los avatares de los encuentros con los demás dónde se revela para cada uno de nosotros la persistencia a lo que no puedo escapar” (Tosquelles, 2001, p.181).

Un cuestionamiento constante del poder médico en las instituciones psiquiátricas y la verticalidad de las relaciones queda plasmada en el despliegue del trabajo en Saint Alban. Siguiendo a Guattari (1976) y su posterior tarea desarrollada en el hospital La Borde a partir de 1952, la gestión horizontal y colectiva de la institución intentó modificar las tareas especializadas, el desmantelamiento de los roles y los status jerárquicos y promover por el contrario una apertura y el afianzamiento de las relaciones con el exterior. La comprensión de los sufrimientos personales y familiares desde una mirada transversal, dónde los aspectos históricos, socio-económicos políticos y deseantes se articulan en los procesos subjetivos del acontecer humano. “En un hospital, el coeficiente de transversalidad es el grado de ceguera de cada miembro del personal” (Guattari,1976, p101).

Es lo que permitirá a los sujetos implicados en el trabajo terapéutico de una institución, sociedad salir de una posición subjetiva, de sí mismo y moverse hacia una posición grupal. “La transversalidad es una dimensión que pretende superar los dos impasses, la de una pura verticalidad y la de una simple horizontalidad; tiende a realizarse cuando una comunicación máxima se efectúa entre los diferentes y en los diferentes sentidos” (Guattari,1976, p.101).

De ésta manera según Guattari (1976) los grupo sujeto hacen que el grupo construya lo que la institución es, haciendo estallar de ésta manera el carácter totalizador de la institución a través de prácticas artísticas, reparto de actividades cotidianas, de la toma de decisiones, actividades culturales como radio, cine, revistas, etc. Una apropiación de lo colectivo como agente enunciator.

He aquí las bases de la propuesta ético-estético y política de Guattari que más tarde denominará “ecosofía”, y la creciente complejidad de los contextos sociales, económicos e internacionales del capitalismo mundial integrado.

Una mirada a la producción de nuevas subjetividades desde un posicionamiento crítico-reflexivo y creativo tal como lo planteó en sus inicios Tosquelles y la creación de espacios heterogéneos. Influencia que Guattari (2012) dejará plasmada en su diario de viaje a la isla griega de Leros, “la institución de curación, si atiende a su fin, puede devenir un instrumento muy elaborado de enriquecimiento de la subjetividad individual y colectiva de recomposición de territorios existenciales” (p 81)

2-3- Las comunidades terapéuticas.

Las transformaciones gestadas en la primera mitad del SXX, principalmente finalizada la segunda guerra mundial y los graves efectos provocados por la misma en la población, tuvo en Inglaterra de la mano de la asunción del partido Laborista al gobierno una reestructuración social y en la atención en salud mental.

La responsabilidad de las comunidades en los problemas sociales y en los cambios político-culturales hizo que se implementaran cambios asistenciales y un sistema de cobertura previsional que ofició de modelo en otros países.

Tal cómo plantea Amarante (2006) el modelo de comunidad terapéutica es adjudicado a Maxwell Jones (1907-1990) desarrollado en el Hospital Mill Hill durante la década de los 60. Entre los antecedentes destacados se cuentan los trabajos realizados por Bion desde 1943 con soldados afectados por la guerra, con el modelo de discusiones grupales, entre otros. La comunidad terapéutica “busca desarticular la estructura hospitalaria considerada segregativa y cronificante” (Amarante, 2006, p.27)

Según Galende (1990) se pretende a través del modelo de comunidad un aprendizaje en vivo de los conflictos y problemas que emergen en el hospital, mediante la comunicación en todos los niveles, las relaciones horizontales, dinámicas grupales y el trabajos en común como factor terapéutico clave. Por lo que la distribución de tareas entre empleados, médicos y personal es realizada y ejecutada de modo igualitario, intentando la superación de las jerarquías y verticalidad de la institución Hospitalaria. “Un principio básico de la comunidad terapéutica es el aprovechamiento de todos los recursos de la institución a la que concibe como conjunto orgánico, no jerarquizado (Galende,1990, p.143-144).

Según Basaglia (2008) mediante el modelo comunitario de organización fué que se transformó la mirada que se tenía de los problemas psiquiátricos, haciendo énfasis en la relación entre enfermedad y contexto histórico social. Siguiendo a Basaglia (2008) experiencia que fue mutando con el tiempo y que de a poco fue retomando en la mayoría de los casos las características represivas de la Institución asilar, “la nueva gestión comunitaria no es nada más que una gestión blanda del manicomio, en lugar de una gestión violenta” (p 101).

Se puede pensar así que las comunidades al circunscribir su experiencia al ámbito asilar no cuestiona en forma radical su existencia y que cuando las condiciones económicas y sociales no necesita de una reintegración a la sociedad en forma de mano de obra rehabilitada los manicomios vuelven a cumplir su función clásica de exclusión.

2-4.- La psiquiatría de sector y la psiquiatría preventiva.

La psiquiatría de Sector surge como un modelo que cuestiona la función terapéutica psiquiátrica de los asilos, a la que considera alienante. Según Amarante (2006) se plantea el tratamiento de los pacientes en su medio geográfico como forma de evitar la iatrogenia hospitalaria, tales como la segregación, cronificación y aislamiento transfiriendo el dispositivo terapéutico a la comunidad.

Las políticas de sector comenzaron a desarrollarse en Francia en los años 50, siendo el 15 de marzo de 1960 cuándo se sanciona legalmente la circular fundadora.

Se toman las experiencias de Tosquelles en Saint Alban, la geopsiquiatría y las intervenciones en el territorio donde se ubicaba la problemática del enfermo, como antecedentes del dispositivo social de tratamiento.

Según Galende (1990) dispositivo en salud mental que se opone a la forma clásica de intervención de la psiquiatría en los asilos, propiciando la “integración del enfermo mental en el conjunto social que emerge” (p151). Labor asistencial realizada dónde vive y con quiénes vive el enfermo, trasladándose el equipo de salud mental al territorio formándose una red integral de intervención.

Al decir de Basaglia (2008) política de salud que es puesta en tela juicio en el devenir social, al operar contradicciones internas de funcionamiento en cuanto a que la atención territorial de las personas por parte del equipo psiquiátrico, lo que hace es transportar la lógica psiquiátrica manicomial fuera del manicomio, Se renueva así su función histórico social de encierro y exclusión, “una forma de control social y no un modo para afrontar la crisis del enfermo” (Basaglia, 2008, p.105).

Según Plantea Galende (1990) la Psiquiatría Preventiva, también denominada psiquiatría comunitaria, surge en los EEUU hacia 1963 con la aplicación del programa Federal de Psiquiatría comunitaria tras un decreto firmado por el presidente Kennedy, que intentaba abarcar un nuevo territorio para los dispositivos psi, que incluía la prevención y la promoción de salud como estrategias de atención.

Políticas que nacen en un período de plena agitación social en los EEUU, producto de movimientos contraculturales, hippismo, experiencias psicodélicas y estados alternos de conciencia que cuestionaban el papel político norteamericano en Vietnam y sus graves consecuencias, situaciones que hicieron necesario un cambio en las estrategias sanitarias bajo la égida política del partido demócrata.

Como menciona Amarante (2006), estrategias e ideas desarrolladas por Caplan en la década del 80, quién plantea la detección precoz de las enfermedades como forma de prevención, el desarrollo de niveles de atención, primaria, secundaria y terciaria de acuerdo a la detección y desarrollo de las patologías.

“Si la enfermedad mental significa disturbio, desvío, marginalidad, se pueden prevenir y erradicar los males de la sociedad” (Amarante 2006, p 36).

Amarante (2006) afirma que a relación sujeto-sociedad es clave para el anclaje de las categorías preventivas y promoción en salud mental comunitaria como nuevo objeto y alternativa al modelo clásico de atención psiquiátrica, adquiriendo importancia la noción de crisis como oportunidad de crecimiento individual y no sólo cómo un camino hacia la enfermedad.

La estrategia preventiva tiene como objetivo desinstitucionalizar la atención psiquiátrica, poniendo el acento en el abordaje multidisciplinario de la enfermedad. Resultado de esto fue el aumento de personas con atención psiquiátrica y de internaciones en hospitales, transformando el modelo preventivista entre otras cosas, en un vehículo que retroalimentó el modelo asilar.

Tal como afirma Amarante (2006) la psiquiatría de prevención fue “un nuevo proyecto de medicalización del orden social” (p 42).

En el mismo sentido es entendido por Castel (1980) para quién el modelo preventivista es un reciclado del antiguo método de profilaxis de Pinel y la promoción en salud mental como otra forma de disciplinamiento, control y normativización social.

2-5.- La antipsiquiatría.

El movimiento antipsiquiátrico se desarrolla inicialmente a partir de 1960 en Inglaterra a través de Ronald Laing, David Cooper y Aaron Esterson en un contexto de fuertes críticas al modelo asilar. “El consenso entre ellos habla al respecto de la inadapatación del saber y de las prácticas psiquiátricas en el trato con la locura, específicamente con la esquizofrenia” (Galende, 1990, p 43).

Es en la construcción de un sujeto afectado por esquizofrenia que se lo desposee de su sufrimiento, de lo que le sucede y de lo que la ciencia médica se apodera.

Ya sea en las experiencias inglesas, como en la norteamericana con Thomas Szasz o en la italiana con Basaglia, se cuestionan las distintas estrategias mediante las cuáles la práctica psiquiátrica ejerce el poder sobre la enfermedad y los individuos.

“La inversión que opera la antipsiquiatría consiste en situar esas relaciones de poder por el contrario en el centro de lo que debe ser problematizado y ante todo cuestionándolas” (Foucault, 1996, p.57).

Siguiendo a Foucault (1996), distintos movimientos que mediante un trabajo interno trata de la destrucción del espacio manicomial y no la salida del mismo, “de transferir al enfermo mismo el poder de producir su locura y la verdad de su locura más que intentar reducirlo a cero” (p.56).

David Cooper (1985) pone en práctica en 1962 la “Villa 21” experiencia mediante la cual busca alternativas a métodos tales como el shock insulínico, electroshock, altas dosis de tranquilizantes etc. a través de la realización de trabajos diarios en común entre pacientes y personal y el establecimiento de vínculos horizontales de relacionamiento intentando quebrar las disciplinas institucionales rígidas.

De esta manera Cooper (1985) plantea ir más allá de los límites de la institución en un proceso de desmitificación de la locura, trabajando con las familias y la comunidad, Lugar donde surgen los problemas y dónde se encuentran las respuestas. El saber

psiquiátrico es cuestionado desde una perspectiva que difiere de la exclusividad médica, buscando sacar la locura del territorio de la enfermedad mental. “Fuimos eliminando progresiva y exitosamente muchos aspectos destructivos de la vida institucional psiquiátrica” (Cooper, 1985, p.112). Propone de ésta manera conjurar los poderes institucionales cada vez que éstos intentaban resurgir y apropiarse de las nuevas relaciones planteadas en su proyecto antipsiquiátrico.

En el mismo sentido Ronald Laing integra junto a un equipo y pacientes en el centro Kingsley Hall de Londres en 1962, un centro de estilo de vida comunal y autogobierno, sin presencia de medicamentos y dónde a través de un ambiente propicio se intentaba favorecer el “viaje interior”. Laing (1976) denominó “metanoia”, un viaje regresivo de transformación liberadora en la persona y el campo social. El autor plantea (1976) que dicho cambio modifica la relación de la persona con los otros, modificando asimismo al entorno “ a menos que resistan el cambio institucionalizándose en una posición congelada” (p.94).

La locura es vista como un hecho liberador que cuestiona el orden social y familiar, considerada por Laing como principal factor generadora de locura. Siendo el loco portador de la alienación general que al cuestionar la norma y el orden público es segregado poniendo en evidencia el carácter represivo de la psiquiatría.

Félix Guattari (1991) cuestiona la poca importancia que Laing brindaba a las dimensiones sociales y políticas priorizando su enfoque hacia una subjetividad pre y post-natal, se proponía pensar y trabajar las relaciones entre lo subjetivo, el campo social y la creación estética. “Para mí el problema de la reconstrucción de prácticas alternativas en psiquiatría consistía en yuxtaponer dimensiones heterogéneas” (Guattari, 1991, p.56).

2.6.- Basaglia y la Psiquiatría Democrática Italiana.

Lo que caracteriza la experiencia de reformas en Italia, es la integración al abordaje técnico de la participación en la lucha contra las prácticas mediante las cuáles la psiquiatría funda y ejerce su poder de movimientos y fuerzas políticas y sociales que vehiculizaron la integración de la población.

Según Amarante (2006) la tradición Basagliana propone un análisis crítico-histórico de la forma como la sociedad se relaciona con la diferencia y el sufrimiento.

Cuestionamientos al paradigma psiquiátrico y al saber médico mediante una lucha político social al poder institucional.

“Religarlos a las otras relaciones de poder que han podido determinar ya en el exterior del manicomio la segregación del individuo como enfermo mental”(Foucault,1996, p.57).

A partir de 1961 como director del Hospital de Gorizia Basaglia experimentó la suspensión de derechos y necesidades a los que eran sometidos los internos, situación que motivó su lucha.

Tal como expresa Basaglia (2008) al inició de su trabajo tomo el modelo de comunidad terapéutica, gestión hospitalaria que más tarde le revelara que tras la humanización hospitalaria se ocultaba una ideología de control. “En cualquier forma en que fuera administrado el manicomio, sería de todas maneras un lugar de control y no de cura” (p 103). El hospital como medio de control de las clases oprimidas, confirmando en Gorizia que la clase trabajadora era destinada al manicomio en caso de enfermedad. La lucha política resulta así necesaria para el cambio social y condiciones de vida de las personas, involucrando a la comunidad para abordar los problemas que de allí emergen y para la modificación de categorías estigmatizantes como esquizofrenia-peligrosidad, siendo sustituidas por “crisis vital” lo que implica todo un cambio cultural. Tal cómo lo expone Basaglia (2008) en 1971 comienza su trabajo en Trieste dónde opera un proceso de destrucción del aparato manicomial, con la creación de nuevos espacios asistenciales, centros de salud, funcionamiento de cooperativas de trabajo, creando oportunidades para las personas luego de su internación, como distintos espacios de producción para la reinserción social de personas a las que le han sido arrebatados sus derechos.

Al decir de Basaglia (2008) “lo importante para ella es tener algo de comer, tener dinero, una cama para dormir” (p 46).

En 1973 se crea el Movimiento de Psiquiatría Democrática buscando visibilizar la transformación psiquiátrica y crear conciencia social del tema. Se logra así por medio de un referéndum la revocación de la ley Psiquiátrica Italiana de 1904 y luego la aprobación de la “Ley Basaglia” n° 180 de 1978 que involucró a toda la población civil. Comienza así un paulatino desmantelamiento de los manicomios y de las lógicas institucionales de reproducción en el tejido social.

Según lo planteado por Evaristo (2013) una apuesta que apunta al respeto por la diversidad, la recuperación integral de las personas basada en la comunidad y una constante lucha contra la ideología manicomial.

Basaglia (2008) al referirse a la persona con esquizofrenia plantea “sobre todo es un hombre que necesita afecto, dinero, trabajo, un ser humano total y nosotros debemos dar respuesta no a su esquizofrenia sino a su ser social y político” (p 105).

CAPÍTULO 3

Procesos de reforma en Salud Mental.

3-1.- América Latina y el Caribe. Procesos de reforma y legislación.

Las luchas en América Latina durante los años 60 y 70 para resistir las lógicas de dominación capitalistas y sus políticas de explotación se produjo a través de distintos movimientos y organizaciones sociales y políticas, que tuvieron como respuesta la instauración de gobiernos dictatoriales en distintos países latinoamericanos.

En ese contexto las condiciones sociales, políticas y económicas se vieron fuertemente afectadas lo que produjo un grave deterioro y parálisis institucional en varios países hasta bien entrada la década del 80.

Tal como plantea de León (2013), en el campo de la salud mental, los modos de concebir la locura, las formas de tratamiento y la relación jurídica son producidas en función del contexto socio-histórico y político del que emergen. En este sentido las reestructuraciones practicadas en EEUU y Europa en los 60 y 70 fueron sofocadas durante esos años en nuestro país por la dictadura cívico militar (1973-1985) “ ya que éstos movimientos y reformas estaban vinculadas a fuertes críticas a las instituciones de encierro y a la vulneración de derechos humanos” (p 87).

Tal como expone Rodríguez (2011) la salud mental tiene en 1990 un punto de inflexión al lanzarse la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, dónde a través de la “Declaración de Caracas” se enfatiza la necesidad de abandonar el hospital Psiquiátrico como modelo de atención, haciendo énfasis en el desarrollo de abordaje desde la comunidad y perspectiva de derechos humanos.

Tal como se expresa en la declaración es necesaria “ una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva” (1990, p 2).

La salud mental no ha sido un punto importante en la agenda de los países, haciendo que los recursos destinados nunca sean suficientes, profundizando la exclusión, discriminación y vulneración de derechos.

La declaración insta a los distintos países a adoptar las medidas legislativas necesarias para asegurar los D.D.H.H.

Siguiendo a Rodríguez(2011) posterior a la declaración de Caracas se pueden identificar tres momentos.

Resoluciones de la O.P.S de 1997 y 2001 que reiteraba e intensificaba el pedido a los estados en la necesidad de priorizar la atención en salud mental.

La “Conferencia Regional para la Reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas” realizada en Brasilia en 2005, donde se realiza una evaluación de los caminos adoptados y el impulso de lo adoptado en la declaración de Caracas,

destacando un avance importante en el enfoque de atención comunitaria, producto del proceso de reforma en Brasil. En el año 2008 la O.M.S presenta el “Programa de acción para superar las brechas en Salud Mental” proponiéndose ampliar y optimizar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias.

Asimismo la O.P.S-O.M.S aprueba en el 2009 la “Estrategia y Plan de acción en Salud Mental” que establece la importancia de el fortalecimiento y ejecución de planes de promoción, prevención y tratamiento en salud mental.

Según la O.P.S-O.M.S, las evaluaciones desarrolladas en los países de América Latina y el Caribe, destaca Rodríguez (2011), muestran insuficiencias en la planificación, legislación, servicios y recursos destinados a la atención en salud mental.

En cuánto a la protección de derechos humanos se destaca “falta de acceso a los servicios de salud, restricciones a su libertad personal, falta de oportunidades laborales, exclusión de sistemas educativos y condiciones de vida inadecuadas en psiquiátricos” (Rodríguez, 2011, p. 90).

Tal como plantea de León (2016) la deficiencia en políticas públicas en salud mental que destinen los recursos necesarios tanto humanos como económicos para abordar problemáticas de sufrimiento psicosocial dificulta el acceso a tratamientos y servicios lo que aumenta la exclusión y estigmatización de las personas que las padecen.

En este sentido la O.P.S (1990) y O.N.U (1991) plantean que una adecuada intervención y abordaje en atención en salud mental implica la realización de investigaciones y producción de conocimientos que posibiliten, “mayor comprensión de las condiciones de producción de sufrimiento mental y que permitan desarrollar los propósitos de transformación en los modelos de atención” (de León et al. 2016, p.109). Al realizar un balance desde la declaración de Caracas (1990) Rodríguez (2011) sostiene que a pesar de las dificultades el avance en D.D.H.H, legislación, servicios y abordaje desde un modelo comunitario comunitario con fuerte avance en atención primaria son importantes. Aspectos claves para el logro de una mayor concientización, desestigmatización y mejoras en tratamientos de los padecimientos psicosociales.

Reforma en Brasil

El proceso de reformas en Brasil se inicia bajo la impronta de la experiencia italiana de Basaglia y otros pensadores que como Guattari y Goffman entre otros proponían nuevas formas de abordaje e intervención.

Tal como indica Amarante (2006) las reforma nace en un clima de lucha y reivindicaciones por parte de trabajadores de salud mental, denuncias de las peores condiciones de trabajo, precarización y violencia contra los internos.

Nace así en 1978 el Movimiento de trabajadores de Salud Mental (M.T.S.M), con el propósito de constituirse “en locus de debate y dónde se encaminan las propuestas de transformación de la asistencia psiquiátrica” (Amarante, 2006, p.60).

Se distinguen tres etapas en la reforma: la primera denominada trayectoria Alternativa, caracterizada por la realización de denuncias de torturas y fraude al gobierno dictatorial en relación a la asistencia psiquiátrica.

Un segundo momento sanitarista ya en los años 80 donde el papel de los movimientos gana espacio son incorporados por el estado, Se implementan propuestas lanzadas por los organismos internacionales como la atención primaria, preventiva, medicina comunitaria, regionalización y universalización de la asistencia.

La tercera etapa de desinstitucionalización a partir de 1985, se realiza la campaña Nacional de Salud Mental con la implementación en San Pablo de núcleos de atención psicosocial propiciando una atención descentralizada (Techera et al 2009).

Según de León (2013) la Ley de Salud Mental de Brasil de 1999, provocó el desarrollo y profundización de la ayuda psicosocial y mejoras en los servicios y atención de los programas comunitarios. Una importante transformación en los modelos de atención.

Reforma en Argentina

En Argentina, siguiendo lo expuesto por Galende (1990), la asistencia psiquiátrica en los años 60 estaba bajo el modelo asilar de atención. Las experiencias que llegaban desde Europa y EEUU cuestionaban dicho modelo y proclamaban nuevas formas de asistencia las que fueron abortadas en 1976 con la llegada de la dictadura hasta 1983 con la reapertura democrática.

A fines de los años 80, según de León (2013) comienza a desarrollarse la reforma en Argentina la reforma Psiquiátrica, cuando desde la provincia de Río Negro se manifiestan a favor del cierre de los hospitales Psiquiátricos, eliminación de terapias invasivas, desarrollo de la atención comunitaria y la inclusión laboral.

Enmarcadas en la lucha por la desmanicomialización, tales demandas quedan plasmadas en 1991 en la Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental”.

Ley en la que se hace hincapié en el respeto por la dignidad y los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, destacándose la prohibición de utilizar electroshocks, shock insulínico y absceso de fijación como técnicas de atención.

Es así que siguiendo a de León (2013) se sanciona en el año 2000 la Ley 448 de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires bajo el influjo del Movimiento social de desmanicomialización y transformación institucional. Lucha que motiva que en el año 2011 se vote la Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657 que considera la salud mental

en su composición histórica, económica, cultural, social, biológica y psicológica. Se implica al conjunto de la sociedad en la construcción para el mantenimiento y preservación desde una perspectiva de respeto a los derechos humanos y sociales de toda personal.

Con la llegada de ésta ley se reconoce el derecho a las personas de decidir sobre su destino, promoviendo la internación en hospitales generales, en caso de necesidad. “Se reordena de manera profunda la relación represiva y discriminatoria del enfermo mental” (Galende,2011, p.10),

3-2.- Salud Mental en Uruguay.

El proceso de atención en salud mental puede marcarse en 1860 cuando comienza a funcionar el primer nosocomio en la quinta de Vilardebó denominado “Asilo de Dementes”, lugar dónde en 1889 se inaugura lo que más tarde fue conocido como Hospital Vilardebó, en lo que era la etapa de modernización en la que ingresaba el país. (Techera y Apud, 2013),

Época en la que se inaugura la Facultad de Medicina lo que inaugura la psiquiatría como disciplina, etapa que entre 1860-1920 se efectúa la medicalización de la sociedad. Tal lo planteado por Barrán (2011) se produce el disciplinamiento social y un cambio en la sensibilidad, de bárbara a civilizada, que se manifiesta en el control social por medio de las instituciones.

En Techera y Apud (2013) se indica que el Hospital Vilardebó llegaría a atender a 1500 personas hacia 1910 lo que motivó que en 1912 se fundara la Colonia Ethepare a 79 km de Montevideo, aumentando el número de internos que llegaría a cerca de 5000 personas a mediados del SXX. “Ambas instituciones forman parte del esqueleto social que sostiene la atención en salud mental para aquellos sectores de la sociedad afectados por la vulnerabilidad social” (Techera y Apud, 2013, p. 28).

La asistencia de psicópatas se organiza bajo la Ley nº 9581 de 1936 que establece que las instituciones psiquiátricas deberán estar a cargo de un médico psiquiatra autorizado por el M.S.P, creando a su vez la Inspección General de Psicópatas como organismo contralor (Otonelli, 2013).

En 1948 se crea el Patronato del Psicópata Ley nº 11.139, cuya tarea es trabajar en la reinserción del enfermo a la sociedad a través de la capacitación para el ingreso al mercado laboral. “Hasta los años 50 nos encontramos frente a una etapa pre-farmacológica en la que el negocio se encontraba en la explotación del loco como mano de obra” (Techera et al. 2013, p.19).

A partir de aquí se ubica la asistencia psiquiátrica caracterizada por el tratamiento psicofarmacológico y el avance en la producción masiva de distintas drogas que serán presentadas como la panacea terapéutica en una progresiva medicalización social. En 1966 se da a conocer el “Informe Chanoit” sobre salud mental en Uruguay que realiza severas críticas al modelo asilar de asistencia, dónde la reclusión y condiciones pésimas de vida no permiten la recuperación de los pacientes, aumentando la exclusión y estigma. Informe que es un punto de quiebre para la psiquiatría nacional ya que ofició como impulsor para el Plan de Salud Mental de 1972. “Hasta entonces podríamos ubicar un gran período del modelo de atención a la salud mental que finaliza con el trágico comienzo de la dictadura cívico-militar en el país /1973-1985” (Techera et al. 2013, p.18).

La dictadura detiene un proceso de cambios que con la reapertura democrática se retoman, en una década de los 80 caracterizada por la recomposición paulatina de lazos sociales y económicos devastados.

En 1986 se elabora el Plan Nacional de Salud Mental que realiza fuertes críticas al modelo manicomial, caracterizado según de León (2013) por la escasez de recursos humanos, parcialmente calificados, pauperización asistencial, desorganización e inadecuada centralización geográfica.

El nuevo plan propone una atención integral creando una red asistencial de salud mental incorporada al sistema de salud general, dónde la promoción, prevención y recuperación sean contemplados. Cabe destacar que a través de la Comisión Asesora Técnica del P.N.S.M la sociedad civil comienza a participar activamente a partir de los 90.

En 1989 se crea la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado mediante la Ley nº 16095 denominada Equiparación de Oportunidades para las personas Discapacitadas enfocada a la rehabilitación psicosocial.

La década de los 90 se caracteriza por la declaración de Caracas, principios que años después son reafirmados con los Principios de Brasilia, documentos que son refrendados por nuestro país.

En 1995 la ONG Mental Disability Rights Interantional (MDRI) realiza un informe que pone en evidencia la realidad asistencial en nuestro país. “El maltrato generalizado a los internados, el casi exclusivo uso de psicofármacos y electroshock, la falta de personal especializado” (Techera et al. 2013, p.21). Queda expuesta la vulneración de los derechos humanos y libertades civiles, siendo necesaria una actualización en salud mental.

Siguiendo a de León (2013) el proceso de abandono al modelo manicomial en la década de los 90, dejó al descubierto múltiples falencias. Década caracterizada por la

aplicación salvaje de políticas neoliberales, que no creó las condiciones adecuadas para la la reinserción social de las personas externalizadas que en un contexto de creciente pobreza “reforzaron los proceso de exclusión enfatizándose en los sectores de población más vulnerables” (p. 92) Hechos evidenciados ante el cierre del hospital psiquiátrico Musto (1983-1996) y que la desinstitucionalización obligada no se compatibilizó con dispositivos y redes de inclusión de las personas con padecimiento psíquico, aumentando la marginación y exclusión, la que se agravó luego de la crisis del 2002.

En el año 2005 asume el Frente Amplio al gobierno y a través de la CATP se promueve el Programa de Salud Mental (PSM).

En 2009 se redacta el anteproyecto de Ley de Salud Mental en Uruguay sustentado en los derechos humanos en salud mental y vida digna (Kakuk, 2013).

Previamente en 2005 se destaca el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con la implementación de un plan de prestaciones en salud mental, priorizando el primer nivel de atención, la prevención, la promoción, rehabilitación y superación del modelo asilar desde la integralidad de la salud y colectivos multiplicadores. En 2008 se aprueba la Ley nº 18418 de la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad junto a la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad(OEA) (Kakuk, 2013). Para la elaboración de políticas de salud mental desde una perspectiva de derechos se promueve la participación de todos los colectivos y asociaciones vinculados a la temática, buscando garantías y mejoras de la atención en salud.

3-3.-Hacia una Ley de Salud Mental desde una perspectiva de derechos.

Desde el año 2005 en adelante se produce en Uruguay un clima de cambio y desde la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del PNSM se realiza una convocatoria de diversas organizaciones, colectivos, equipos de trabajo a integrar el sub-grupo “Políticas Legislación y DDHH en Salud Mental”.

Etapas en las que se destacan el desarrollo de distintas experiencias colectivas que como Radio Vilardevoz surgida en 1997, surgen el Colectivo la Grieta, Espacio Cultural Bibliobarrio, y otras organizaciones y talleres de trabajo en procura de dar visibilidad y respuesta a problemáticas sociales y laborales de personas en condiciones de vulnerabilidad.

Comienza a elaborarse entre 2007-2009 el primer anteproyecto de Ley de Salud Mental desde una perspectiva de derechos que se ha impulsado en América Latina y el Caribe.

Tal como afirma de León y KakuK (2013) derechos que deben ser respetados y no ser meras enunciaciones, debiendo ser ratificados internacionalmente, incorporados al orden jurídico y formulación de políticas públicas que garanticen el cumplimiento de obligaciones internacionales.

Entre las normativas y tratados a los que está acogido nuestro país tal lo planteado por Kakuk (2013) se encuentran: Declaración Universal de los DDHH (1948). Pacto Internacional sobre Derechos civiles y políticos y Pacto Internacional sobre Derechos económicos, culturales y sociales aprobados en 1960, ratificados por Ley nº 13.751 en 1969. Convención Americana sobre DDHH ley nº 15737. Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad ley nº 18418 y nº 18651. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (OEA). Principios para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento en la atención en salud mental 1991. Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad 1993. Conferencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina OMS-OPS 1990. Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental OMS-OPS 2005. Recomendación de la comisión Interamericana de DDHH sobre la promoción y protección de los DDHH de las personas con discapacidad mental (p 69-70).

El anteproyecto que se genera en el año 2009 afirma el derecho humano a la salud mental de todas las personas, afirmada en la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción en la comunidad a través de prácticas y políticas que eviten el control social. Se establece claramente la libertad de decisión respecto a su salud y su vida, a su tratamiento, teniendo la persona y su familia acceso completo a la información sobre procedimientos terapéuticos y alternativas asistenciales, recomendándose la internación en casos excepcionales. Asimismo la facilitación de acceso a la capacitación laboral, vivienda y beneficios sociales.

A partir del momento de redacción del anteproyecto se produjo un impasse sin encontrar respuestas estatales y nos exento de resistencia por parte de la sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Suspense en el tiempo que intensificó la lucha de distintos colectivos y organizaciones por nuevas prácticas de atención que superen el modelo manicomial y mejoras en las condiciones de vida y derecho de las personas.

En ese contexto surge en el año 2012 la Asamblea Instituyente por Salud Mental Desmanicomialización y Vida Digna en el que participan trabajadores sociales, académicos, colectivos y organizaciones de familiares, usuarios del campo de la salud. Asamblea que se propone dar visibilidad a las condiciones de violencia y vulnerabilidad en instituciones psiquiátricas a través de la acción transformadora del

modelo de atención en salud mental. Movimiento que apuesta al cambio de prácticas asentadas en la clasificación, estigmatización y exclusión de personas, trabajo que implica un cambio en pautas culturales, políticos y asistenciales productoras de desigualdad social.

En el año 2015 tras la muerte de un paciente atacado por una jauría de perros en una Colonia de internación, que genera conmoción en la opinión pública y pone al desnudo la realidad en la que viven eso “otros” exiliados de la sociedad, condenados al abandono y la indiferencia.

En el mismo año se retoma el anteproyecto de Ley por impulso de la Asamblea Constituyente que es presentado al parlamento en el mes de setiembre.

En diciembre de 2015 ingresa como proyecto de Ley enviado por el Poder Ejecutivo, siendo objeto de modificaciones que provocan divergencias y críticas a las mismas. Entre las diferencias se explicita que el cambio de paradigma y modelo de salud mental no queda claramente expresado en el articulado.

Se cuestiona la consecuente utilización del término “trastorno mental” o “trastorno mental severo”, lo que indica que además de no superar el modelo estigmatizador y patologizante no respetando la concepción social de la discapacidad presente en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (Asamblea Constituyente, 2015). Al decir de Cano (2013), enunciados que por su carga simbólica, construyen y determinan la relación con el otro.

También se muestran diferencias en los capítulos de “Abordaje y Organismo Contralor”. Ante éstas diferencias a mediados del 2016 se crea la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental (CNLSM) con el propósito de “trabajar para concretar una Ley justa, inclusiva y humanizadora” considerando que hay “puntos fundamentales que debe incluir la ley” planteando el proceso de aplicación de la misma. Entre otros puntos menciona: el respeto a los DDHH, dignidad y buen trato hacia las personas con problemáticas de salud mental, creación de un órgano de revisión y supervisión independiente y autónomo que vele y garantice los DDHH; promover políticas activas de educación, comunicación y cultura que promuevan procesos de desestigmatización; acceso y goce de derechos universales, civiles, políticos, económicos y culturales de las personas con padecimiento psíquico Cierre de todas las instituciones asilares y hospitales monovalentes públicos y privados a nivel nacional. Participación activa de los trabajadores, formación y cuidado desde perspectiva de DDHH. Participación de usuarios y familiares (Plataforma CNLSM, 2016).

Capítulo 4

Clínica social articulada a una experiencia universitaria.

4-1.- Clínica Social.

En el recorrido de los distintos capítulos se pretende arribar al planteamiento de un posicionamiento clínico como un espacio posibilitador de encuentros que permitan la apertura a nuevos devenires, la resingularización y mutación de campos existenciales. Siguiendo a Guattari (1996) clínica que apunta a la creación de otras formas y modos de vivir, territorios existenciales conectados a todo de flujos de extrema precariedad y movilidad. Componentes de subjetivación múltiples en relaciones de transversalidad con territorios incorporales, existenciales de implicaciones políticas, sociales y culturales. Producción de formas de relación que propicien el respeto por la diversidad y derechos de las personas. Subjetividad elaborada y producida por un entramado de redes y relaciones de fuerzas sociales.

Tal como plantea Molas (2013) una clínica que posibilite la conexión, encuentros en la composición de subjetivaciones libertarias.

Un trabajo de campos existenciales que promuevan redes sociales autogestivas y creativas que posibiliten otros mundos , “ayudando a que la gente se pregunte sinceramente cómo quiere vivir y se disponga a ello organizándose” (Lans, 2004, p. 149).

Siguiendo a Lee Teles (2009) querer y crear en un mismo movimiento expresivo de despliegue de las singularidades y aumento de las potencias. El pasaje de líneas intensivas no endurecidas que posibiliten la experiencia alegre de la libertad.

Como sugiere Guattari (2006) resistencia a las modulaciones molares de la subjetividad, generando nuevos relacionamientos, en lo social posibilitando la transformación de la fijación libidinal de los sujetos al sistema capitalista, tanto en la participación como en la adhesión inconsciente al mismo, y modificar las relaciones de producción, social, familiar, sexual, etc,

Clínica social, micropolítica en la emergencia de desvíos, acontecimientos que permitan subjetivaciones liberadoras, líneas de fuga que resistan a una producción de subjetividad serializada, homogeneizada y mass mediática.

Al decir de Deleuze (1980) “huir es producir lo real, crear vida, encontrar un arma” (p. 56). Clínica como arma para provocar fugas de las lógicas dominantes de explotación y exclusión social.

Tal como desarrolla Guattari (2013) puesta en juego de dimensiones estético-políticas, una ontología del devenir, de una subjetividad procesual, subjetividad que bajo

determinado régimen de signos, es capturada, estratificada, que imposibilita la producción deseante y la creación de otros posibles. Revolución molecular que afirma nuevas formas de vida desde una potencia creadora.

Clínica social que implica la producción subjetiva, de líneas de fuga de los saberes y poderes que condicionan los modos de vida singulares. Trazar, cartografiar, líneas que permitan la producción deseante, mediante una micropolítica de análisis de las líneas que nos componen.

Tal como plantean Deleuze y Guattari (2002) líneas duras que estrían el espacio, en un régimen binario, líneas flexibles, moleculares que se conectan entre sí.

“Las relaciones de poder molar tienen por función encuadrar, jerarquizar el tejido social, mientras que las relaciones de potencia molecular constituyen su trama y su lazo” (Guattari, 2013, p.82).

Tal como menciona Deleuze (2008), miradas clínicas de agenciamiento de multiplicidades, en medio de líneas de encuentro de cuerpos que se compongan y aumenten la capacidad de obrar, conectar, hacer rizoma con lo que potencie.

Conocimiento de lo que puede un cuerpo, experimentar lo que puede, salir de las líneas molares que impiden la producción deseante y obturan las potencias capturadas en el mundo de las representaciones y la moral.

Una clínica abierta a la incertidumbre, a la posibilidad del encuentro con otros, la experiencia de dejarse afectar, de producción de singularidades, campo de encuentro de alteridades y diferencias donde podrán surgir otros sentidos como posibilidades de existencia. Desde una mirada inclusiva y afirmativa de la vida a través del despliegue de redes que resistan y desmonten las lógicas que estigmatizan, excluyen y avasallan derechos.

4-2.- Lo ético – estético y político.

La clínica desde una mirada ética-estética y política plantea la construcción de nuevas formas de pensar de sentir y de hacer.

Estética al proponer la creación al decir de Guattari (2015) de espacios de reconstitución existencial, de producción de singularidades, de posibilidades de vida no capturadas en formas de subjetivación modelizante-identitaria, sino orientada a la potencialidad creadora de la existencia.

Resulta de esto el carácter creativo procesual de la subjetividad, un paradigma estético, en contraste a la uniformización y serialización de los mas-media.

De ésta manera Guattari (1996) considera la producción de subjetividad en su conformación heterogénica, proponiéndose una cartografía subjetiva que se entiende desde una ontología constructivista, en la confluencia de componentes

significantes, la familia, educación, el arte, componentes masificadores de comunicación y dimensiones semiológicas a-significantes que difieren de las axiomáticas lingüísticas. Opuestas a la preponderancia de todo significativo lingüístico en cuanto a producción subjetiva. Crear otros modos singulares de existencia.

Una política ya que es necesaria la batalla contra las fuerzas que imposibilitan el devenir, no permitiendo la experimentación de lo que puede un cuerpo.

“Y es que los cuerpos no se definen por su género o por su especie, por sus órganos y sus funciones, sino por lo que pueden, por los afectos de que son capaces” (Deleuze 1980, p.70).

Al decir de Guattari (2013) nuevas formas de corporalidad, micropolítica desde la forma de experimentar y relacionarnos con el cuerpo.

En términos de Goncalvez (1999) una política del cuerpo que libere las potencias capturadas en el disciplinamiento y codificación temporo-espacial que impiden el movimiento y la creación de nuevos modos de vida.

Política ya que los poderes establecidos, lo instituido, las identidades, lo mayoritario inyectan tristeza en los cuerpos, los debilitan para hacerlos dóciles obedientes al régimen de producción capitalista, minando las posibilidades de producción de diferencias,

Al decir de Lee Teles (2009) una experimentación política afectiva preocupada por los diversos territorios dónde nos relacionamos, pensamos, actuamos y sentimos, por la vida colectiva. Micropolítica para luchar por una vida no fascista, en la procura de agenciar afectos que aumenten la capacidad de obrar que cuestionen las raíces políticas y sociales del sufrimiento.

Tal cómo plantea Goncalvez (1999) una ética desde la creación de espacios de encuentros, deseantes, sensibles que propicien nuevos sentidos.

Una ética en la afirmación del devenir desde la alegría, lejos de los universales y de leyes morales, lejos de lo que se es, de los dispositivos y aparatos que controlan y fabrican infelicidad.

“Experiencias ético-políticas que pugnan por lograr dimensiones de expansión de su potencia, configuraciones de pensamiento, de acción y de producción que no están regidas por los dispositivos de poder en curso” (Lee Teles, 2009, p.28).

Clínica de una revolución deseante.

4-3.- Articulación con la experiencia.

A continuación se expondrán sistemáticamente algunos elementos que fueron útiles a la hora del desarrollo de la experiencia de extensión universitaria realizada en la Sala 12 del Hospital Vilardebó. ¿Cómo diagramar determinadas líneas en un plano

que permita la producción deseante y que contenga los estratos organizativos? Al estar insertos en una institución con sus lógicas y demandas propias deberá conciliar todos los aspectos para que se produzca de alguna forma una salida a la realidad que allí se vive que de acuerdo a los agenciamientos producidos son en su mayor medida vaciadores existenciales.

“La institución es captada como un espacio contradictorio, atravesado por fuerzas que fijan los límites del establecimiento” (Saidón, 1989, p.38).

Espacio hospitalario organizado de tal manera que dificulta el movimiento, marcas en un territorio de saberes instituidos, determinando formas de ver y sentir, muestra y nombra la locura como enfermedad mental.

“La estratificación del espacio que realiza una institución implica una distribución de lo visible y lo enunciable que se produce en ella” (Saidón, 1989, p.38).

La locura, o como mencionaba Barembliitt (1990) los infinitos otros, están presentes en todas las subjetividades, la transgresión constituye toda historia subjetiva pero que en un grupo social que no integra ni tolera sus partes locas, las mismas serán, expulsadas, reprimidas, rechazadas. Todo lo que no queremos ver de nosotros mismos, condenando a la locura al peor de los infiernos. Historias vitales que caen en ese pozo profundo que es un hospital psiquiátrico.

Taller sala 12 y el encuentro con los que la componen cómo una máquina que devendrá mutacionalmente creativa e intentará desmontar los agenciamientos que no provocan salidas y producir otros.

Taller dónde se realizan actividades de carpintería, serigrafía, pintura, artesanías, en procura de reestablecer hábitos en el trabajo, el despliegue de potencialidades, y el cuidado del otro, caracterizado por un grado medio de organización.

Tal como plantea Guattari (2013) prácticas atravesadas por el deseo, de construcción de otros encuentros, modos de vida, de relacionarse que huyan de la asfixia institucional. La experiencia del encuentro con personas internadas en un Hospital Psiquiátrico implica poder atravesar los propios límites del entendimiento y una reconstrucción del montaje que sustenta nuestras creencias, prejuicios y fantasías.

Al decir de Barembliitt (1990) los locos y la locura como la otredad infinita que “sometemos al infierno de nuestras categorías y manipulaciones porque devienen infernales para nuestro logo científico y modus vivendi” (p 75).

Dejar de ser lo que se era, producir lo real. Crear nuevas posibilidades existenciales, inventar la vida de nuevo.

Al decir De León (2013) el ingreso a una institución psiquiátrica es ingresar a un lugar dominado por la pobreza y desesperanza, de personas sin alianza. Un clima dominado por el aburrimiento, el ocio, la soledad y el abatimiento.

Gente que deambula en procura de tabaco, pidiendo fuego, tomando mate y lo que menos aparece es esa fantasía proyectada del tipo delirando intentando atacar a alguien. Fantasía sobre la que se apoya todo el sistema represivo-curativo de la locura. Aparece el sufrimiento en grado extremo, gente eliminada mentalmente del grupo familiar, desconectada de sus amigos que lleva consigo la marca estigma del diagnóstico como un sello, “esquizofrénico”, “trastorno mental”. “De algún modo desmanizcomializar implica fundamentalmente desarmar permanentemente la lógica clasificatoria y concebir modelos de convivencia superadores del canibalismo simbólico” (Cano, 2013, p.114).

La psiquiatría, la enfermedad mental, el esquizofrénico son construcciones sociales, ficciones que se nos presentan como verdades absolutas y sobrecodifican un espacio. Tal como plantean Deleuze y Guattari (2002), el estado es el encargado de sobrecodificar todos los segmentos, de organización de los enunciados dominantes y los saberes dominantes, del orden establecido en una sociedad.

“Con el estado o aparato de captura, comienza una semiología genera(...)” (Deleuze, Guattari, 2002, p.451). Una máquina de captura que hará marcas de dominación en un territorio influyendo en la organización máxima, burocracias, jerarquías legales e incuestionables que buscarán frenar cualquier producción deseante, el devenir, el fluir de los acontecimientos y la creación de diversos modos existenciales, de nuevas posibilidades vitales. De la misma manera se formatea lo que se debe sentir, lo que se debe hacer, estableciendo una moral-molar y las condiciones a priori a todo encuentro, intentando limitar cualquier experiencia creativo-productiva vital.

Máquinas binarias de reducción dicotómica, adentro-afuera, loco-cuerdo.

El montaje de una maquinaria que sustenta todo el sistema adaptativo-represivo utilizado para que un pequeño grupo oprima y explote económicamente a un pueblo y que éste a su vez lo desee.

Tal como señalan Deleuze y Guattari (2005) el deseo es lo que pone en peligro el orden establecido de una sociedad, su estructura, ya que el deseo es revolucionario.

El deseo como resultado de un montaje elaborado.

“Para una sociedad tiene pues, una importancia vital la represión del deseo, y aún algo mejor que la represión, lograr que la represión, la jerarquía, la explotación, el avasallamiento mismo sean deseados” (Deleuze, Guattari, 2005, p.121-122).

La experiencia en el hospital procuró el desmontaje de los agenciamientos que obturan la creación de posibilidades, a través del devenir de los encuentros, de la experimentación de mirar, escuchar, desear, conectar las diferencias y producir otras.

Tal como sostiene Grebert (2013) poder salir de lo que el poder endurece y centraliza, “abandonar la administración de los afectos, así como el orden jerárquico de

producción, para así facilitar la producción de procesos singulares transversales” (p.141-142). A partir de esas coordenadas, movilizar cosas heterogéneas y por eso mismo enriquecedoras.

Siguiendo a Deleuze (2008) desde una ética de los encuentros, siguiendo la línea de los afectos potencializadores, de alegría y evitando el contacto con lo que debilita. Desde el amor, el entusiasmo, la valentía, el encuentro con un grupo de personas internados de larga data, implicó hacer experiencia de un territorio, generar conexiones, trazar cartografías, mapear.

Según han planteado Deleuze y Guattari (2002) en torno a lo liso-nómada y estriado-sedentario, en ese recorrido poder visibilizar que en todos los estratos, estamos atravesados por distintas líneas. Líneas que capturan, que estratifican los espacios las subjetividades, máquinas que sobrecodifican que producen dispositivos de poder código-territorio, de acumulación de poder y segmentos endurecidos, portadoras de lógicas que reprimen no permitiendo el pasaje del deseo que libera sino que por el contrario oficia como registro y control de las superficies. Por otra parte y a la vez están las líneas flexibles que permiten el fluir, el devenir intenso y múltiple del deseo que resiste a la dominación sobrecodificadora de las organizaciones, que huye, hace que algo escape, máquinas deseantes que favorecen la creación, espacios lisos de producción deseante. Las líneas de fuga permiten devenir, flujos de deseo de las profundidades a la superficie. Generar estrategias de acción mapear, los posibles recorridos de las líneas que nos atraviesan de lo que depende que algo pase o quede capturado, el movimiento necesario para la experimentación la creación y resistencia a lo instituido. Un espacio, un territorio dónde provocar los buenos encuentros necesarios para la creación de planos de consistencia y conexiones de confianza.

El taller sala 12, una máquina mutante creativa, una línea de fuga que opera cómo un agenciamiento colectivo de enunciación, una línea de fuga inserto en una institución psiquiátrica, una máquina modelizante que modula las subjetividades, una máquina de captura organizante que obtura lo que moviliza agenciando el encierro, las pastillas, las miradas estigmatizantes de las semiologías nosográficas, el electroshock, el tiempo ocioso, camas, el vaciamiento existencial. La generación siempre móvil de encuentros que desmonten algunas máquinas y favorezcan el montaje de nuevos dispositivos creativos, mutacionales que hagan posible la construcción de otros devenires, que la afección de los cuerpos sea de alegría de contagio de otros vientos que acompañen en las tareas que allí se realizan como carpintería, serigrafía, comidas, fútbol y que nuevas líneas se produzcan nuevas zonas de visibilidad que sostengan y construyan nuevos territorios posibles de vida y activen el deseo de hacer algo que difiera lo ya conocido.

Al decir de De León (2013) conectar intensidades, en las distintas actividades, resistir, y despliegue de pasiones alegres. “Lejos de la tristeza , cerca de la pasión de vivir y desplegar al máximo nuestra potencia...siempre” (p 219). Encuentros que aumentaban en intensidad al participar de actividades tales como, asados, ferias americanas, etc que tenían cómo propósito reunir recursos ante la inminente apertura de la casa para externados “El trébol” (2015) a dónde irían a vivir en un comienzo tres personas que fueron las habilitadas por los médicos. Inventar la vida de nuevos de todos, entre todos acompañar dicho proceso, la posibilidad a crear, siempre en construcción. Desde ayudar a confeccionar una cama propia ante la posible externación, conversaciones acerca de las expectativas futuras y miedos presentes, hasta compartir un almuerzo que traerá otras tantas cosas, siempre la escucha, la exploración, mantenerse cerca mostrar preocupación, colaborar, acompañar, a dejarse atravesar, al despliegue de líneas de experimentación, del deseo, de sentir, sabiendo que el recorrido es incierto, que la lectura de lo que nos sucede es siempre móvil. Un espacio de afecto y comprensión. Encuentros de gran enriquecimiento al enfrentar realidades de difícil abordaje. Un más acá en nuestras vidas, en un clima de invención de propuestas de trabajo, dejarse llevar ante lo nuevo y no intentar encauzar la mirada a lo ya conocido. En el fluir de lo que se agita sin cesar.

Reflexiones.

El momento en que se encuentra nuestro país, inmerso en un debate y lucha por una Ley de Salud Mental desde una perspectiva de derechos humanos, dignidad y respeto por la diferencia, considero pertinente una mirada siempre renovada de las locuras, desde una perspectiva crítico-social como forma de posibilitar el despliegue de las herramientas políticas, éticas y creativas que nos permita habitar un mundo inclusivo. Un mundo de posibles donde el encuentro, desde la suavidad, el afecto, la comprensión y el acompañamiento, entre todos, permita la apertura de brechas para la transformación del campo social. Asumir la responsabilidad como trabajadores, del papel activo que nos participa en la construcción de otras formas de entender la clínica, como un espacio en composición, de multiplicidades, diferencias y singularidades en su carácter procesual. Devenires clínicos que huyen de la producción de un sujeto universal, eterno, atrapado en prácticas asistenciales normativizantes que no propician la resingularización existencial. “Por eso serán tareas del esquizoanálisis destruir todas esas construcciones y propiciar formas revolucionarias deseantes de la subjetividad” (Barembliitt 1990. p 77).

Del cambio en el paradigma y modelo de atención en salud mental, desde la producción de conocimientos y lucha activa para el desmontaje de los poderes y saberes que controlan y asfixian la vida. “La lucha antimanicomial debería ser una lucha contra la lógica manicomial allí dónde ésta encuentre terreno propicio para fijarse, nacer o recrearse” (Cano, 2013, p.114-115). Poder sentir, poder jugar con lo que confunde y saber tomar distancia, distintas velocidades que son la que permiten los encuentros, experiencia y explorar, hacer rizoma, un mapa que debe producirse, construirse, siempre desmontable, conectable, invertible, modificable, con múltiples entradas y salidas, con sus líneas de fuga. Implicados en el poder de transformación, dejarse afectar, la construcción en conjunto de posibles trayectos en la vida, de actitud de compromiso y de amor. La construcción de posibles territorios existenciales que den cuenta de lo diverso y potencialidad que en cada singularidad se manifiesta. El trabajo, el acompañar, es la transformación, el activar nuevas potencialidades, la resingularización. Creación de espacios de libertad siempre móvil. Clínica de una salud social, de la diversidad de la dimensión humana, de la inclusión y promoción de autonomía, de solidaridad, de la dignidad y de la apertura de espacios para que emerjan nuevas formas de relacionamiento con el sufrimiento, la diferencia, de respeto por la singularidad y los derechos, de la producción de saber para hacer nuevas formas de vivir en comunidad.

Bibliografía

AAVV. (2015). *Propuesta de Anteproyecto de Ley de Salud Mental*. Montevideo.

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

Asamblea Instituyente. Por Salud Mental Desmanicomialización y Vida Digna.

Recuperado de <http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/>

Baremblytt, G. (1990). Acerca de las virtudes Teologales, las Ciencias y las Locuras. *Lo Grupal 8* (pp. 53-81). Buenos Aires, Argentina: Búsqueda.

Barrán, J. (2011). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay: La cutura bárbara (1800-1860): El disciplinamiento (1860-1920)*. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.

Basaglia, F. (2000). *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires, Argentina: Topía.

Berti, G. (2012). El pensamiento desde la frontera: De Tosquelles a Guattari. En Berti (coord). *Félix Guattari: Los ecos del pensar. Entre Filosofía, Arte y Clínica* (pp.47-65). Barcelona, España: Hakabooks.

Bouza, F. (1996). *Locos, enanos y hombres de placer en la corte de las austrias: oficio de burlas*. Madrid, España: Temas de hoy.

Cano, A. (2013). Algunos desafíos para la Desmanicomialización en Uruguay. En de León (coord). *Abrazos: Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp.107-119). Montevideo, Uruguay: Levy.

Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico: La Edad de oro del Alienismo*. Madrid, España: La Piqueta

Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Barcelona, España: Paidós.

De León, N. (2013). Crónicas y resonancias desde las implicaciones en el trabajo con el encierro, el arte y la locura. En de León (coord). *Abrazos: Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp.212-223). Montevideo, Uruguay: Levy.

De León, N. (coord) (2013). *Salud mental en debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.

De León, N. y Kakuk, J. (2013). Una disyunción política necesaria: Derechos Humanos y Salud Mental. En de León (coord). *Abrazos: Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp.65-77). Montevideo, Uruguay: Levy.

De León, N. (2016). Proceso de Cronificación en el campo de Salud Mental. Índice de cronicidad, concepto y medición. *Revista Uruguaya de Enfermería* 1 (11), (pp.108-118). Recuperado de <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/192/187>

Deleuze, G. (1980). *Diálogos*. Valencia, España: Pre-Textos.

Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Barcelona, España: Paidós.

Deleuze, G. (2008). *En Medio de Spinoza*. Buenos Aires, Argentina: Cactus.

Deleuze, G. y Guattari, F. (2002). *Mil Mesetas: Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia, España: Pre-textos.

Deleuze, G. y Guattari, F. (2005). *El Antiedipo: Capitalismo y esquizofrenia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Dosse, F. (2009). *Gilles Deleuze y Félix Guattari: Biografía cruzada*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Evaristo, P. (2013). La Desinstitucionalización de la Psiquiatría en Trieste y en Italia. En de León (coord). *Abrazos: Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp.13-22). Montevideo, Uruguay: Levy.

Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica I*. D.F, México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M (1967). *Historia de la locura en la época clásica II*. D.F, México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata, Argentina: Altamira.

Foucault, M. (1996). *Genealogía del racismo*. La Plata, Argentina: Altamira.

Foucault, M. (2003). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires, Argentina: S.XXI

Foucault, M. (2007). *Poder Psiquiátrico*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires, Argentina; Paidós.

Goncalvez, L. (1999). *Ética, Estética y Política en Clínica Social*. Recuperado de http://www.iztacala.unam.mx/errancia/v1/PDFS_1/POLIETICAS5_%20ETICAESTETICAYPOLITICAENLACLINICASOCIAL.pdf

Grebert, L. (2013). Clinique La Borde. Un espacio de vida. En de León (coord). *Abrazos: Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp.125-146). Montevideo, Uruguay: Levy.

Guattari, F. (1976). *Psicoanálisis y Transversalidad*. Buenos Aires, Argentina: S. XXI

Guattari, F. (1991). *El devenir de la subjetividad*. Santiago, Chile: Dolmen.

Guattari, F. (1996). *Caosmosis*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.

Guattari, F. (2012). *De Leros a La Borde*. Madrid, España: Cassus Belli.

Guattari, F. (2013). *Líneas de Fuga: Por otro mundo de posibles*. Buenos Aires, Argentina: Cactus.

Guattari, F. (2015). *¿Qué es la ecosofía?*. Buenos Aires, Argentina: Cactus.

Heers, F. (1988). *Carnavales y fiesta de locos*. Barcelona, España: Península.

Huizinga, J. (1978). *El otoño de la Edad Media: Estudio sobre la forma de vida y del espíritu durante los siglos XIV y XV en Francia y en los Países Bajos*. Madrid, España: Alianza.

Kakuk, J. (2013). Aspectos jurídicos en el campo de la Salud Mental, Derechos Humanos: un tránsito necesario. En de León (coord). *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de Políticas Públicas en Salud Mental* (pp.71-84) Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.

Laing, R. (1980). *Los locos y los cuerdos*. Barcelona, España: Crítica.

Lans, A. (2004). *El esquizoanálisis, una clínica en movimiento*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros.

Lee, Teles, A. (2009). *Política afectiva. Apuntes para pensar la vida comunitaria*. Entre Ríos, Argentina: La Hendija.

Molas, A. (2013). Clínicas del Acontecimiento y Políticas de Estado. En de León (coord). *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de Políticas Públicas en Salud Mental* (pp.51-56). Montevideo, Uruguay: Psicolibros, Waslala.

Morey, M. (1983). *Lectura de Foucault*. Madrid, España: Taurus.

Organización Panamericana de la Salud. O.P.S (1990). *Declaración de Caracas*. Recuperado de <http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/>

Otonelli, F. (2013). Marco jurídico: Salud Mental y Derechos Humanos. En de León (coord). *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de Políticas Públicas en Salud Mental* (pp.59-70). Montevideo, Uruguay: Psicolibros, Waslala.

Peñalta, R. (2008). Locos y locura a finales de la Edad Media: representaciones literarias y artísticas. *Revista Filología Románica*, 25 (pp. 127-138). Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RFRM/article/view/RFRM0808110127A/9548>

Rodríguez, J. (2011). La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe: La evolución hacia un Modelo Comunitario. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 75 Nº 2 (pp. 86-96) Diciembre 2011. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03_rodriguez.pdf

Saidón, O. (1989) *Hacia una clínica institucional. Lo Grupal 7*. Buenos Aires, Argentina: Búsqueda.

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

Techera, A. Apud, I. (2013). Políticas de Salud Mental en Uruguay. En de León (coord) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (pp. 25-35). Montevideo, Uruguay: Psicolibros, Waslala.

Techera, A. De León, N. Apud, I. Cano, A. Jurado, F. Kakuk, J. (...) Sánchez, C. (2013). Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. En de León (coord). *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (pp.15-24). Montevideo, Uruguay: Psicolibros, Waslala.

Tosquelles, F. (2001). *Las enseñanzas de la locura*. Madrid, España: Alianza.