



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

LOS CUERPOS
EN LA PERSPECTIVA DE
CONSTRUCCIÓN HISTÓRICO-SOCIAL DE LA
LOCURA

Yanina Bermúdez

C.I.: 4.265.894-0

Montevideo,
Uruguay

30 de Octubre,
2014.

Tutor: Nelson de
León

ÍNDICE

Resumen.....p. 1

Introducción.....p. 1

CUERPO Y LOCURA EN EL ENTRAMADO HISTÓRICO-SOCIAL.....P. 2

Noción de cuerpo y condiciones de producción de la locura y la enfermedad mental

Cuerpo.....P. 2

El cuerpo y lo histórico-social.....p. 2

Cuerpo como campo de fuerza.....p. 3

El loco y el teatro: conexiones.....p. 4

Contextualización y significaciones históricas de la locura

La Nave de los Locos.....p.5

Razón y sinrazón. Locura como conciencia crítica del hombre.....p. 6

El personaje del loco y su sabiduría.....p. 7

Razón o sinrazón.....p. 8

El gran encierro.....p. 9

La locura, la pobreza y el trabajo.....p. 11

LA CONSTRUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL: ARTICULACIÓN

SANITARIA Y JURÍDICA.....P. 12

Locura como enfermedad mental.....p. 13

Institucionalización de la enfermedad mental.....p. 13

Relaciones manicomiales.....p. 15

De la alienación a la nueva psiquiatría.....p. 16

Las nuevas formas de encierro: la peligrosidad.....p. 17

Del cuerpo castigado al cuerpo disciplinado.....p. 19

Los cuerpos del manicomio.....p. 21

LOCURA, ENFERMEDAD Y SALUD MENTAL EN URUGUAY.....P. 22

La enfermedad mental.....p. 23

El encierro.....p. 24

La psiquiatría-policía.....p. 25

Del cuerpo disciplinado al cuerpo controlado.....p. 27

REFORMAS Y ACTUALIDAD DE LA SALUD MENTAL.....P.29

Europa.....p. 29

Latinoamérica.....p. 31

Reformas regionales.....p. 31

Uruguay.....p. 33

REFLEXIÓN.....P. 38

RESUMEN

El presente trabajo pretende mostrar cuáles han sido las condiciones en las que se han tratado a los cuerpos de la locura. Desde la Edad Media hasta la actualidad, se muestran las diferentes formas de poder que se han impuesto sobre dichos cuerpos. Desde la exclusión, pasando por el encierro, hasta la imposición de modelos de cuerpo de parte de la medicina. Se muestra el pasaje de las sociedades disciplinarias a las sociedades de control y cómo esto ha afectado a los cuerpos. Se pretende mostrar cómo han afectado las potencias de los cuerpos las lógicas manicomiales a las que han sido impuestas. Y para finalizar se pretende mostrar cómo las lógicas antimanicomiales pueden hacer que la potencia de la persona crezca, y por lo tanto pueda producir a través de los encuentros, dándole un espacio, no imponiéndole lo que debe hacer o sentir, como sí sucede en muchos que pretenden seguir los modelos impuestos por el poder.

INTRODUCCIÓN

Locos, dementes, enajenados, alienados, lunáticos, enfermos mentales, todas estas son distintas formas de llamar a quienes históricamente han quedado del lado de la locura. A lo largo de la historia, hasta el día de hoy, han cambiado las concepciones y percepciones acerca de la locura. Las palabras que se han utilizado para nombrar a esta condición, así como la forma de ver a los locos han determinado las condiciones en que se han tratado a los cuerpos de los mismos.

Se ubica conceptualmente, -a partir de la perspectiva de Spinoza (Deleuze, 2008) - y de autores contemporáneos- la noción de cuerpo como régimen de afecciones y de campo de fuerzas. Indicándose las dimensiones éticas, estéticas y políticas en el análisis. Posteriormente se irá mostrando cómo ha ido cambiando la percepción de la locura y las modalidades de tratamiento a los cuerpos de quienes padecieron esta condición a lo largo de la historia. Para ello, se tomarán aportes desde Foucault (1976), entre otros; viendo las concepciones de la locura desde la Grecia Antigua, pasando por el Renacimiento hasta llegar a la modernidad con “El Gran Encierro” y la institucionalización de la locura como enfermedad mental.

Por otra parte, se trabajarán dimensiones de la construcción socio-histórica de la locura vinculada al proceso en América Latina y nuestro país, desde la época precolombina hasta los siglos XVII y XVIII.

Posteriormente, se abordarán los desarrollos de la psiquiatrización y psicologización de la locura, en la trama del desarrollo de las llamadas sociedades

disciplinarias (Foucault, 1976) y las tecnologías específicas de tratamiento, hasta llegar a las denominadas sociedades de control (Deleuze, 1991), pasando por los cambios de paradigma de la enfermedad a la salud mental (Galende, 2008).

Para finalizar, se incluirán los procesos de Reformas con la perspectiva de derecho en el campo de la salud mental.

Finalmente, se realizará una crítica reflexiva, a modo de síntesis, analizando el discurrir del cuerpo en las lógicas manicomiales y prácticas instituyentes vinculadas a la desmanicomialización o antimanicomiales.

CUERPO Y LOCURA EN EL ENTRAMADO HISTÓRICO-SOCIAL

Noción de cuerpo y condiciones de producción de la locura y la enfermedad mental

Cuerpo

“...un constructo subjetivo en sus dimensiones psíquicas, sociales, históricas y culturales. Por lo tanto, el propio cuerpo (...) comprenderá, además de la dimensión biológica (y al menos con el mismo estatuto de realidad que ella) dimensiones psíquicas, sociales, históricas y culturales” (Berriel, 2003).

Como se puede ver en los textos recién citados, aquí no se hablará del cuerpo biológico, del cuerpo que se puede percibir, sino de todo lo que el cuerpo implica, con sus dimensiones, históricas, culturales, psicosociales y biológicas.

El cuerpo y lo histórico-social

Para ubicar la noción de cuerpo, se deberá tener en cuenta que las concepciones de cuerpo -así como la de la locura- dependen de la época, y las condiciones histórico-sociales de producción.

Al decir de Gonçalvez (2007) “...la experiencia actual del cuerpo es producto de una génesis histórica, en la que se cruzan dimensiones científicas, políticas y sociales, entre otras.” (p. 61). Se podrá hablar de un cuerpo socio-histórico, ya que además de ser producto de una génesis histórica también es producción de subjetividad (Guattari). Histórico social, en tanto que la historia la producen los hombres, siendo ellos mismos quienes producen la vida material, y por lo tanto también quienes produzcan los cuerpos. Esos cuerpos que como dice Eira (1996), son territorios objetivables, y definidos por los sujetos. Como se irá viendo, a partir de la Modernidad

se podrá ver al cuerpo afectado por las nuevas relaciones de saber-poder que comenzarán a generar determinados discursos, prácticas y ciertos tipos de cuerpos. (Goncalvez, 2007).

Denis (citado por Rodríguez, A. 2007, p. 132) manifiesta que la imagen del cuerpo “no puede sino que depender estrechamente del lugar que ocupa el individuo en la sociedad.” (1980, p. 15). Esto es así justamente porque el cuerpo se produce en lo histórico social, siendo este siempre afectado y producido por las relaciones de poder antes mencionadas.

Las distintas nociones de cuerpo que han sido creadas por parte de la dimensión científica, harían que el cuerpo operara “como referencia al momento de generar lógicas de sentido que intentarían dar cuenta de aquellos complejos que se imponían como unitarios.” (Eira, 1996, p. 81). Los cuerpos comenzarían a ser las muestras vivientes –o muchas veces no tan vivientes, ya que muchos de estos cuerpos pasan a estar muertos en vida- de las relaciones de saber-poder que comenzaron a gobernar. Esas relaciones que, vale aclarar, muchas veces tienen más poder que saber, o hacen más uso de su poder y no tanto de su saber. Así ha sido estudiado por Foucault (1976), en tanto la locura primero se la encerró y a partir de ello se la construyó como enfermedad mental. Además, como explica Galende (2008), Foucault mostró como la psiquiatría no logró su autoridad debido a sus conocimientos; sino por su eficacia para dominar y controlar a la anormalidad.

En esta nueva época, el capitalismo produce una nueva lógica de control, la cual a partir de ahora será la que producirá los cuerpos.

Cuerpo como campo de fuerza

Parafraseando a Gonçalvez (2005) se puede decir que, en virtud de los discursos generados por las prácticas sociales recién mencionados, se van construyendo relaciones, y a partir de aquellos discursos se constituyen ciertos tipos de cuerpos y de sujetos.

Sobre estas relaciones hablan primero Spinoza y luego Deleuze (2008), quienes definen al cuerpo como un conjunto de relaciones de movimiento y de reposo. Establece Gonçalvez (2005) que el cuerpo está siempre afectado por otros cuerpos. Deleuze (2008) ubica el cuerpo como regímenes de afección, como cuerpo-afecto, ya que es siempre por la acción de un cuerpo que el otro entra en reposo o se moviliza. Las afecciones que experimenta un cuerpo realizan la potencia del mismo. Esta potencia o afecto puede aumentar o disminuir, causando alegría o tristeza

respectivamente. La alegría es la pasión que se da cuando un cuerpo se compone con algo, y la tristeza cuando este se descompone.

Para Lans (1999) entre estos tres afectos que componen al cuerpo, también está el deseo, que es el que nos impulsa a perseverar en lo que el hombre es, en lo que lo hace producir.

Como manifiesta Lans (2007), se puede concebir al cuerpo como campo de fuerzas. Él dice que habrá cuerpo donde se encuentran dos fuerzas. Con respecto a esto, Pavlovsky (1996) dirá que los cuerpos están en permanente relación, a través de conexiones complejas y procesos heterogéneos. Se hablará de cuerpo como régimen de afección, entendiéndolas con De Brasi (1996) como las múltiples conexiones que se producen. En tal sentido, “régimen de conexiones con otros cuerpos. De multiplicidad. De contagio.” Son cuerpos que afectan y son afectados. (Pavlovsky, 1996, p. 44). No se hará referencia a un cuerpo físico ni recortado en un espacio y tiempo, sino que se hará referencia al cuerpo del acontecimiento. (Pavlovsky, 1996).

Como se ha establecido, estas conexiones entendidas como campo de fuerzas, producen una relación de tensión entre ellas. Cualquier relación de fuerzas constituye un cuerpo cuando entra en relación, ya sea este cuerpo social, político, o biológico. (Goncalvez, 2008).

El loco y el teatro: conexiones

Según plantea Foucault (1976), los locos comienzan a expresarse mediante el humor, y el teatro. En el momento en que la peste destruye el orden social, la locura comienza a cuestionar ese orden, con la intención de reflexionar sobre el mismo (Artaud, 1978). La locura, a través de sus palabras insensatas, las cuales no se podían dominar, entregaba su sentido propio, y en sus quimeras decía su verdad secreta (Foucault, 1976). No la verdad del mundo ni explicándola a partir de un Dios, sino la verdad a la que ellos llegaban a partir de su reflexión.

Sigue diciendo Artaud (1978) que tanto la peste como el teatro -y se podría agregar aquí también a la locura- exteriorizan intensidades reprimidas. “...el teatro ha sido creado para que nuestras represiones cobren vida...” dice el autor (p. 11). De esta forma, se podría comparar al teatro con el loco, ya que este no domina sus palabras ni reprime las cosas, es quien está en contra de la religión, del Estado, y de la moral que existía en aquella época, y es quien además se anima a manifestarlo. La locura, a través del humor, encuentra la forma de transmitir su reflexión crítica sobre la

sociedad. El loco, a través del teatro revelará la presencia del caos que, a pesar de que ya existía, hasta el momento nadie más veía.

Es entonces, en la conexión del teatro y la locura, que se despliegan posibilidades de afectar a otros. Estas prácticas son muy útiles ya que se valorizan los saberes que nacen a partir de los encuentros. Los locos, expresándose, generaban agenciamientos buscando liberarse de los padecimientos, de las ligaduras dominantes y de los sufrimientos (Gonçalvez, 2009). Hay que pensar que cada cuerpo, como explica Gonçalvez (2009), tiene su potencia creadora. A lo largo del trabajo se irá viendo cómo los cuerpos de la locura han sido tratados, para ver qué sucede con esa potencia.

Contextualización y significaciones históricas de la locura

La Nave de los Locos

“...una barquilla abandonada, que navega por un mar infinito de deseos, por el campo estéril de las preocupaciones y de la ignorancia, entre los falsos reflejos del saber, en pleno centro de la sinrazón mundana; navecilla que es presa de la gran locura del mar, si no sabe echar el ancla sólida, la fe, o desplegar sus velas espirituales para que el soplo de Dios la conduzca a puerto.” (Foucault, 1976)

Foucault (1976) muestra cómo en “La nave de los locos” (Narrenschiff), esos barcos que trasladaban sus cargas insensatas de una ciudad a otra, se trataba de expulsar a los locos, para evitar que los mismos deambularan por la ciudad. Además se creía que estos barcos de peregrinación eran altamente simbólicos ya que llevaban a los locos en busca de la razón. Pero, ¿qué razón? Porque como dice Erasmo de Rotterdam (2007) nadie podía alcanzar la sabiduría excelsa sin guiarse por la necedad, pero como se verá más adelante, en aquel momento se consideraba que la razón correspondía con la sabiduría, y que la sinrazón y la sabiduría nunca podían estar conectadas. Este autor también dice que las pasiones muchas veces guían a quienes quieren navegar “hacia el puerto de la sabiduría” (p. 126). Entonces, sí navegaban en busca de la sabiduría, pero claramente esta sabiduría no correspondía con la del resto de los hombres y por eso se los consideraba ignorantes y su destino sería la locura. Mientras no encontraran esa razón sus cuerpos seguirían navegando.

Se veía a estos navegantes como pecadores, que se guiaban sólo por sus deseos, caían en la tentación y no se preocupaban por las cosas que el poder imponía como

importantes. Estos eran quienes reflejaban la sinrazón del mundo, porque como establece Erasmo de Rotterdam (2007), “está fuera de duda que todas las humanas pasiones son del dominio de la necesidad...” (p. 125). Este autor dice que lo que distingue al necio del sabio es justamente que el primero se deja llevar por sus pasiones, mientras el segundo sigue a la razón. Es por eso que para poder volver al campo de la razón, debían demostrar que creían en Dios y hacer lo que la razón consideraba que era lo correcto, lo cual implicaba dejar de navegar en ese “mar infinito de deseos”, y dejar de mostrar “falsos” saberes.

Pero al seguir perteneciendo al campo de la sinrazón, debían ser expulsados de la ciudad ya que no se consideraba que fueran útiles para la sociedad; y también se los expulsaba para que los integrantes de la misma no estuvieran inseguros. Según dice Foucault (1976), los pasajeros de la Nave eran “avaros, delatores, borrachos; son aquellos que se entregan a la orgía y al desorden; aquellos que interpretan mal las Escrituras; los que practican adulterio (...), todo lo que el hombre ha podido inventar respecto a irregularidades de su propia conducta.” (p. 24). Es a partir de este momento que se comienza a tomar a la locura como todo lo que está fuera de las conductas usuales, estando estas guiadas por lo que ordenaba la religión.

Haciendo referencia al cuerpo del insensato, Erasmo de Rotterdam (2007) dice que si el sabio debe carecer de pasiones, ya no habrá nada en él de ser humano. Como dice él, “sería una estatua de mármol con figura de hombre, pero insensible y por completo ajena a todo humano sentimiento.” (p. 126). Era justamente eso lo que se pretendía hacer con los cuerpos en aquella época, reprimirlos, no dejarlos hacer lo que deseaban. Desde aquel momento ya se le imponía a los cuerpos qué debían hacer para no ser castigados.

Razón y sinrazón. Locura como conciencia crítica del hombre

“El símbolo de la locura será en adelante el espejo que, sin reflejar nada real, reflejará secretamente, para quien se mire en él, el sueño de su presunción. La locura no tiene tanto que ver con la verdad y con el mundo, como con el hombre y con la verdad de sí mismo, que él sabe percibir.” (Foucault, 1976)

Siguiendo a Foucault (1976) se podrían mencionar dos maneras de experimentar la locura. Se podría decir que la locura mostraba dos aspectos: uno era la “trágica locura del mundo”, en donde el loco pierde su verdad, es una locura que no se basa en lo real, sino en visiones cósmicas y alucinaciones; y la otra, una “conciencia crítica del

hombre”, en la cual “la locura queda atrapada en el universo del discurso”. (p. 26). La primera es una locura que despliega sus poderes, amenazas y fantasmas, devela el “destino secreto del mundo”, revela lo onírico como real, en ella aparece un “delirio de la destrucción pura (...); el mundo no existe ya” (p. 25) para ella, este sería destruido. Mientras que el otro tipo de locura se puede ver a través del discurso, se muestra a través de él, “se hace más sutil y (...) se desarma.” Aquí la locura ya no está en el mundo sino que “nace en el corazón de los hombres, arregla y desarregla su conducta (...) gobierna las ciudades” (p. 26) pero ignora la gran naturaleza. Este tipo de locura ya no será una locura del mundo, sino del hombre, a partir de la cual él mostrará su verdad, no teniendo esta relación con la verdad del mundo. Afrontará su verdad moral, las reglas de su naturaleza y de su verdad.

Antes la locura fascinaba, porque se la asociaba a fuerzas ocultas y al saber del demonio. Ahora la locura atrae pero no fascina, porque está más relacionada con los hombres, y es por eso que pasa a ser una conciencia crítica. La locura hablará ahora sobre lo real, y es por eso que a partir de este momento estará relacionada siempre con la razón. Entonces a partir de aquí la locura es vista como una gran sinrazón, y el loco como alguien que tiene una verdad, un saber que nadie más tiene; y es a través de esta conciencia crítica que el loco comienza a mostrarle su mediocre verdad a la mirada del sabio. Es en el espejo de la locura que los demás se verán reflejados, para conocerse y ver qué son y qué no son, para darse cuenta que no eran lo que creían, y ver quiénes son realmente.

Brant (1998) intenta mostrar que todos tienen algo de necios. Es por eso que pretende pintar a todo el mundo, mostrándolo como un mundo de vicios y de ejemplos negativos. En su prólogo muestra que su objetivo era enseñar, exhortar y lograr la sabiduría, las buenas costumbres y la razón. Toma a su obra como un espejo, y dice que en ese espejo se miran los necios y se dan cuenta de quienes son realmente. Podría compararse a esta obra con lo que hacían los locos, que era mostrar su verdad. Ambos intentan mostrar al que se creía sabio que no lo era realmente, y que si no asumía que algo de necio tenía nunca llegaría a ser sabio.

El personaje del loco y su sabiduría

“Hasta la segunda mitad del siglo XV, o un poco más, reina sólo el tema de la muerte. El fin del hombre y el fin de los tiempos aparecen bajo los rasgos de la peste y de las guerras. (...) Pero en los últimos años del siglo, esta gran

inquietud gira sobre sí misma; burlarse de la locura, en vez de ocuparse de la muerte seria.” (Foucault, 1976)

El loco y la locura, en su ambigüedad, mostrándose como amenaza y cosa ridícula, como la ridiculez del hombre y la “vertiginosa sinrazón del mundo”, pasan a ser personajes importantes. “La denuncia de la locura llega a ser la forma general de la crítica” (Foucault, 1976, p. 28). Este autor dice que “...la locura fascina porque es saber” (p. 39), ese saber que lo tenía solamente el loco. Era un saber temible e inaccesible para todos los demás. Erasmo de Rotterdam (2007) destaca esa cualidad del loco, diciendo que solamente él era “franco y verídico” (p. 149).

Se decía que había que escuchar al loco pero con cierta ironía, para divertirse, como tenía un lenguaje de necio, y lo veían como a alguien sin razón, sus palabras le daban un desenlace cómico a su obra. Se los debía escuchar como a los payasos o los bufones, no como se escuchan los discursos religiosos (Foucault, 1976). Esos bufones con quienes se asemejaban los locos eran quienes actuaban, divertían y se burlaban del poder. Usaban máscaras, las cuales ocultaban su imagen real, y hacían que su cuerpo desapareciera. La palabra del bufón es de crítica social, este intentaba hacer tomar conciencia a los demás sobre la reflexión que hacía de la realidad. Muchas veces su palabra hierde, y aunque produce risa, su discurso no es gracioso, ya que habla sobre el poder que ejercen la economía, el gobierno y la iglesia. “El bufón aparece para manifestar, remediar, decir, provocar, denunciar, criticar con sabiduría y humor, para que el poder se ría de sí mismo y pueda conocer algo que ignora. De esta manera la sociedad también reconoce y reflexiona.” (Páez, s.f.). Ese fue el papel que comenzó a tomar el loco en aquella época, en el cual él reflexionaba e intentaba transmitir sus reflexiones para que los demás también lo hicieran.

Razón o sinrazón

Foucault (1976), muestra cómo a partir del siglo XVI fue que la No-Razón, comenzó a formar una especie de peligro, ya que lo que decía y sus amenazas siempre podían comprometer las relaciones de la verdad y de la subjetividad. Al escuchar a la sinrazón podía pensarse que era razonable, y cualquiera que no fuera lo suficientemente fuerte podía caer en el campo de la locura. Porque si la sinrazón era parte de la razón cualquiera podía volverse loco, aunque fuera por un momento, y eso era lo que atraía de la locura. La sinrazón y la razón se volvieron inseparables en el momento que el loco se convirtió en poseedor de la verdad. Pero es a partir del siglo XVII que la sinrazón dejará de ser un peligro, ya que con Descartes la razón va a convertirse en la

única vía de acceso a la verdad, y por eso, el loco, a través de la sinrazón nunca llegaría a ella. Ahora la locura no llevará a nada y perderá la fascinación que tenía antes; el peligro de la locura no estará más en el campo de la razón (Garmendia, 2013) A partir de ese momento la locura estará fuera del dominio de la razón, en ese dominio en el cual el sujeto conserva sus derechos de verdad. La razón estará muy separada de la sinrazón. Antes se podía aceptar algo de sinrazón en lo razonable, y de razón en lo irrazonable, pero a partir de aquí eso no será más así, la locura estará exiliada, ya no será posible una razón irrazonable ni una razonable sinrazón, ya no se escuchará más a la locura. A partir de ese momento se encerrará a los locos.

El gran encierro

“Hay (...) ciertas experiencias que el siglo XVI había aceptado o rechazado, (...) y que ahora el siglo XVII va a retomar, agrupar y prohibir de un solo gesto, para enviarlas al exilio donde tendrán como vecina a la locura, formando así un mundo uniforme de la Sinrazón”
(Foucault, 1976)

En el momento que se separa radicalmente la razón de la sinrazón, es cuando comienza la alienación de esta última. A partir de este momento el encierro desplazó al embarco (Foucault, 1976). Se consideraba que aquel era un mundo de desorden, y con el encierro comienza a estar perfectamente ordenado, ya que desde mediados del siglo XVII la locura empieza a estar atada a la tierra de los internados. (Foucault, 1976). El loco ya no es el inmoral solamente, sino todo aquel que se aleje de la norma social y así comience a desordenar a la sociedad.

En aquella época se pensaba que todas las formas del mal que se aproximaran a la sinrazón debían quedar guardadas en secreto (Foucault, 1976), y que la locura ahora se podía exorcizar mediante el orden y la precaución de la policía. Al decir de Foucault (1976), la sinrazón “ha sido puesta a distancia, a una distancia que no es tan sólo simbolizada, sino realmente asegurada en la superficie del espacio social, por los muros de las casas de internamiento”. (p. 165) Aquí aparece la sinrazón como un objeto que debe ser expulsado.

Es así que la ciudad burguesa, considerada como la “república del bien”, comienza a imponerse a través de la fuerza a todos aquellos que considera que pertenecen al mal. “El internado será entonces la eliminación espontánea de los ‘asociales’ (Foucault, 1976, p. 131), que eran el “Depravado, imbecil, pródigo, impedido, desequilibrado, libertino, hijo ingrato, padre disipado, prostituida, insensato.” La época clásica (...) “a través de tantos acercamientos y de esas extrañas complicidades,

diseña el perfil de su propia experiencia de la sinrazón” (Foucault, 1976, p. 174). Víctimas o enfermos, criminales o locos. Al experimentar la sinrazón podían terminar en el mismo lugar, por tener la misma existencia, pero siendo distintos (Foucault, 1976). Para quienes los encerraban, entre todos ellos no había ninguna diferencia, todos tenían igual deshonor abstracto. Se encerraba a todos aquellos que comiencen a tener relaciones que puedan estar guiadas por el pensamiento libre o el sistema de pasiones, ya sea con respecto a la sexualidad, a la profanación en las relaciones con la concepción de lo sagrado y los ritos religiosos, o al “libertinaje”. (Foucault, 1976). Para no terminar internados debían descartar los deseos de su propio cuerpo.

Al cambiar la noción de locura también cambia la percepción sobre el lugar en el que están los locos. Se consideraba que el loco era quien hacía las cosas mal, y por esa razón este debía ser corregido. Es por eso que los hospitales comienzan a asemejarse a casas correccionales; y es aquí que se comienzan a borrar los signos que distinguían a los locos; “se les envuelve en una experiencia moral de la sinrazón que es de una calidad totalmente distinta.” (Foucault, 1976, p. 192). A todos ellos se los ubica en el campo de una valoración ética, tratándolos como sujetos morales, y no como objetos de conocimiento y de piedad. Ya no había que escuchar lo que tenía para decir la locura, sino que había que apartarla, porque se consideraba que el loco era el que hacía las cosas mal, y todo aquel que hacía las cosas mal debía ser encerrado.

Se creía que para que el cuerpo de la sociedad pudiera verse perfecto debía ocultarse a quienes lo volvían caótico. Se creía que debía haber un orden en el mundo, y que este se iba a dar a través del encierro.

Es así que se comienzan a internar a los alienados en El Hospital General, que fue creado en 1656. Este no tenía ninguna relación con alguna idea médica, sino que era una instancia del orden burgués y monárquico que había en Francia en esa época. (Foucault, 1976). Este hospital será refugio para quienes no pueden trabajar por invalidez, vejez o enfermedad, tendrá “aspecto de un taller de trabajo forzado” así como también de institución moral para castigar y corregir una ‘ausencia’ moral, la cual se creía que sólo podía ser reformada por la rigidez de la penitencia. Es un estatuto ético, cuyos directores están “revestidos de este cargo moral, y se les ha confiado todo el aparato jurídico y material de la represión”. (Foucault, 1976, p. 117)

En las instituciones se mezclan tanto los privilegios que solía tener la Iglesia al asistir a los pobres y en la hospitalidad, así como también el interés burgués por poner orden en el mundo de la miseria. El internamiento fue inventado por el clasicismo, así

como en la Edad Media se había inventado la segregación de los leprosos (Foucault, 1976). Ese gesto de encierro, que ahora aislaría a la locura “tiene significados políticos, sociales, religiosos, económicos, morales” (Foucault, 1976, p. 86). Más adelante se intentará mostrar cómo se lo tomaba y se lo trataba al cuerpo en la época clásica, para intentar entender la “solución” que se encontraba para estos cuerpos de la locura, siendo el destino de estos los internamientos.

El confinamiento va a marcar un acontecimiento determinante en la historia de la sinrazón; a partir de ahora, la locura será percibida dentro del horizonte social de la pobreza, dentro de la imposibilidad de integrarse al grupo y de la incapacidad de trabajar; en este momento empieza a relacionarse con los problemas de la ciudad, perturba el orden social, y encuentra hospitalidad solamente en el hospital junto a los pobres (Foucault, 1976).

La locura, la pobreza y el trabajo

De León & Fernández (1996) notan que en los manicomios nacionales el 90% de los internados provienen de los sectores más carenciados, y muestran que al intentar explicar los misterios de la locura, la situación socioeconómica ha sido un factor importante.

Lo que dicen estos autores no es algo exclusivo de hoy en día, porque desde la época clásica la locura se comenzó a medir por la utilidad de la persona dentro de la sociedad así como también por su capacidad para el trabajo.

Hablando sobre la locura, Barrán (1995) señala que “...el vínculo con el trabajo es la piedra de toque tanto porque su abandono indicaba el preludio de la dolencia como porque su reiniciación indicaba el comienzo de la recuperación.” (p. 159).

En la época clásica se consideraba al trabajo como el “remedio de todas las formas de miseria” (Foucault 1976, p. 112). La intención del internamiento fue impedir la ociosidad y la mendicidad, pues se consideraba que estas eran el origen de todos los desórdenes. Se había tomado esta medida para terminar con el desempleo o al menos con la mendicidad (Foucault, 1976). Ya no habría gente que se considerara inútil para la sociedad merodeando por la ciudad. Aquella comunidad adquiere un poder ético de reparto que le permite rechazar, como a un mundo distinto, todas las formas de inutilidad social.” (Foucault, 1976, p. 116). Todo aquel que se considerara inútil para la sociedad sería internado, siendo el internamiento como un mundo aparte, que no debía relacionarse con el mundo “ordenado”.

Foucault (1976) explica que existía una relación entre la internación y las exigencias de trabajo, pero esta no es de carácter económico, sino que está sostenida por una visión moral. Y es por eso que el prisionero que pueda y quiera trabajar sería liberado; y no es porque sea de nuevo útil para la sociedad, “sino porque se ha suscrito nuevamente al gran pacto ético de la existencia humana”. (Foucault, 1976, p. 118). Al mostrar voluntad y capacidad para trabajar puede volver a estar dentro de la sociedad, ya que si entendía cómo funcionaba esta, se creía que sería más fácil que obedeciera las reglas de la misma.

Lo anterior se puede relacionar con lo que manifiesta Basaglia (2000) sobre la fábrica y el hospital, instituciones que para este autor tendrán el mismo objetivo, y es por eso que quien no quiera permanecer dentro de la primera de estas instituciones deberá ser obligado a permanecer en la otra. Este autor dice que ambas instituciones son igual de alienantes. Para mantener la estructura social cada uno debe estar en la institución que le corresponde. Porque, claramente, ni las cárceles ni los hospitales son lugares de rehabilitación, sino que son lugares de control y de destrucción.

El poder médico pasa a ser, como dice Barrán (1994), un educador de pobres, así como lo eran la fábrica y la Iglesia. Estos educadores obligaban a trabajar a quienes estaban dentro de los internamientos. Aquí en Uruguay, por un tiempo, el Hospital Vilardebó fue una fábrica de zapatos y de jabones, carpintería y herrería de Salud Pública; allí se esclavizaba a los enfermos y no se les pagaba (Techera et al., 2009).

Pero más en la actualidad, como explica Moffat (1974), la única tarea o el único rol que se le exige a los internados es que sean pacientes, su tarea será “trabajar” de loco, y cumplir con las características que la ciencia dice que el loco debe tener.

De todas formas existen excepciones en las que se les pide que trabajen, y como en la antigüedad, se les paga menos del valor real de su trabajo. Estos trabajos, como explica Moffat (1974), no ayudan a que quienes los realizan se relacionen con los demás, porque son trabajos aislados. Este autor lo llama “trabajo alienado”, porque ellos mismos no se benefician de eso y no deciden qué hacer ni cómo hacerlo. El trabajo sirve para que las personas se realicen como seres sociales, pero en este caso no sucede eso; en este caso, la persona se siente humillada por el trabajo que realiza, no se siente valorado y eso sigue perturbándole.

LA CONSTRUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL:

ARTICULACIÓN SANITARIA Y JURÍDICA

Locura como enfermedad mental

“... todo alienado es un enfermo al que hay que tratar; y, por consiguiente, hay que someterlo a una atenta observación” (Castel, 1980, p. 172)

El pasaje de la locura como enfermedad mental, supuso encierro y observación. Para Castel (1980) será Pinel quien establecerá al secuestro como primera condición para toda terapéutica de la locura. Se ha descrito anteriormente, cuál era la suerte de la locura desde la edad media, incluso en el encierro indiferenciado a partir del Siglo XVII.

A partir de ahora, el encierro tendrá fines terapéuticos y es Pinel quien hará que la ciencia de la alienación se constituya como copia del método clasificatorio de la medicina del siglo XVIII (Castel, 1980). El autor establece que en esta ciencia médica de la alienación, se buscaban signos o síntomas de la locura, intentando localizar la misma en el organismo. Pinel fue quien comenzó a observar minuciosamente los signos de la enfermedad, según el orden de aparición, el desarrollo espontáneo de la misma y su terminación natural. Es justamente por esa razón que necesitaba que los enfermos estuvieran encerrados para curar la locura, para poder observarlos.

Este proceso de construcción de la enfermedad mental, para Castel (1980) implicó que Pinel conectara tres dimensiones que van a constituir la síntesis alienista, y estas son la clasificación del espacio institucional, la planificación nosográfica de las enfermedades mentales y la imposición de una relación específica de poder entre el enfermo y el médico, el cual es denominado tratamiento moral. A través de ese tratamiento el poder médico se apoya en todas las relaciones institucionales que ha agenciado, las cuales le servirán de refugio.

La medicina moderna, que nace a fines del siglo XVIII, comienza a espacializar la enfermedad, haciendo del cuerpo, entonces, el espacio de origen de la enfermedad y la repartición de la misma. Este es un cuerpo sólido y visible (Foucault, 1976), para poder ser observable. Observable mediante un mirada que domina.

Institucionalización de la enfermedad mental

“Los hospitales psiquiátricos fueron así desde su creación lugares de control y aislamiento social, y los tratamientos básicamente correccionales y disciplinarios” (Galende, 2008)

Pinel (1804) al explicar por qué en estos casos se necesita más observación, vigilancia y aplicación de remedios morales que en cualquier otra enfermedad, establece que sólo mediante la experiencia y la atención constante se podría conocer el momento en el que “entran los accesos de furor para precaver los accidentes de su explosión” (p. 96), evitar lo que pueda generar el delirio, y si no se puede evitar, mejorarlo lo antes posible, para que no sigan en ese estado. Hablando sobre la medicina, sigue diciendo Pinel (1804) que “Tomará un vuelo muy elevado, si siempre es dirigida por la observación, y esta solo puede ejercer su imperio en los hospicios y hospitales.” (P. 98). Y agrega, hablando sobre las enfermedades “pues en estos lugares las podemos contemplar bajo todos sus aspectos.” (p. 98). Lo que hace la medicina es observar lo que sucede, para luego generalizarlo en los demás pacientes. La observación sirve para describir, y la descripción para reflejar los datos de la enfermedad. Mirar a los pacientes sería el primer paso para saber qué tenían, por qué y así intentar ver cómo mejoraría. Pero esto, además lleva al exceso de descripción, a confiar demasiado en la misma y a dejar en segundo lugar a lo que le pasa al paciente. No se lo escucha para saber qué es lo que le pasa, sino que se va a la experiencia basada en la observación de otros casos, para decirle al paciente qué es lo que le pasa, aunque seguramente una descripción de síntomas vistos y analizados anteriormente no tengan nada que ver con lo que le pasa a una persona en particular. Se estudia lo particular para generalizarlo, y luego no se particulariza nuevamente. La posición objetivista que se adopta aquí no permite conocer la situación de una persona en particular, no aprovecha el encuentro, sino que se basa en la experiencia.

Sobre esto dice Galende (2008) que “...sólo es posible investigar, conocer y comprender el sufrimiento mental, en el encuentro con quien lo sufre, el semejante con quien nos relacionamos y con quien intentamos construir en común algún sentido para su trastorno.” (p. 37)

Volviendo a lo que manifestaba Pinel (1804), se puede decir que más allá de lo que él explica sobre el encierro de la locura, es bastante claro que, como establece Galende (2008), la institución psiquiátrica lo que hizo y sigue haciendo es mostrar el poder de las disciplinas como aparatos ideológicos, y cumplir con su función social de control y disciplinamiento. Al estar encerrado, el enfermo debe sí o sí entrar en el juego del poder y la dominación. Dice este autor también que “La autorización de la institución construye la autoridad del especialista” (p. 61), es allí donde él es consagrado y acreditado como poseedor de autoridad. El psiquiatra, al recibir su título pasa a ser valorado como autoridad, y categorizado por la institución de la que forma parte (Galende, 2008). En ese momento ellos pasan a ser los sujetos de saber, para

poder estudiar a quienes han sido convertidos en objetos de conocimiento. Cuando se institucionaliza la enfermedad, el enfermo pasa a ser un objeto de estudio y deja de ser un sujeto.

Relaciones manicomiales

“La medicina firmemente afincada en el hospital, producirá, en un movimiento tan científico como político, un estatuto de hombre normal y sano, inefable para nuestros cuerpos” (Castel, 1980)

En el hospital se multiplican los poderes del médico, y el orden que existe en dicha institución queda como un orden moral, el cual es sostenido por la voluntad del médico. Como se verá más adelante, el cuerpo del médico era muy importante al momento de ejercer su poder, y es Pinel quien comienza a darle tanta importancia a las cualidades físicas y morales del médico, ya que creía que la vigilancia hacia los enfermos exigía tales cualidades, para lograr una observación exacta y una curación permanente. (Foucault, 2005). Pinel (1804) llega a hablar de domar y dominar al loco, y esto debía hacerlo alguien que por sus cualidades físicas y morales tuviera sobre aquel un dominio irresistible. Sin embargo, este autor establece que a pesar de que se hacía que el paciente temiera a los médicos, estos no debían nunca ejercer violencia sobre aquellos, y para eso no sólo se vigilaba a los locos, sino también a los sirvientes. Pinel muestra los castigos que se le aplicaban a los locos anteriormente, explicando que esa no era la solución. Él es quien rompe las cadenas de los alienados, dejando de lado la violencia física e intentando tratar con dulzura, pero ejerciendo siempre poder sobre los locos, encerrándolos, poniéndoles el chaleco, o amenazándolos.

De todas formas, lo principal que hizo Pinel fue ordenar el espacio hospitalario, él comienza la transformación laica del manicomio (Zaffaroni, 2011). Este médico le dio mucha importancia al tratamiento moral. A través del reordenamiento que realizó, se puede observar la relación de poder que había entre el médico y el enfermo. Entre ellos habrá una relación de soberanía, ya que como el loco está desprovisto de todo, y especialmente de la razón, no tiene acceso propio al orden contractual (Castel, 1980). El médico es quien posee el saber, y por eso es quien tiene el poder sobre aquellos que no lo tienen; pasa a ser el juez de todo lo que sucede en el manicomio. También será la medicina la encargada de decidir cómo debían ser los cuerpos, y establecer las características de un cuerpo sano y uno enfermo. La medicina decidirá qué es lo sano y qué es lo enfermo, y será la encargada de etiquetar a las personas dentro de esas categorías.

Interesa destacar, tomando a Foucault (2005), la relación establecida entre los cuerpos de los tratados y los que tratan. El enfermo pasa a depender del médico, quien con sus cualidades físicas y morales va a ser el que tenga la capacidad de ejercer sobre aquel su poder. Para el autor, al médico había que reconocerlo a primera vista, ya que en él se destacaban el desarrollo de los músculos, el color de pelo, la amplitud del pecho, la voz fuerte. El cuerpo del loco y del médico debían mostrar una disimetría, para que se viera bien la diferencia entre ellos, saber quién era que tenía el poder. Se debía poder llevar a cabo la terapéutica de la locura, domesticando y subyugando al alienado, quedando en absoluta dependencia de aquel hombre que era el encargado de acomodar las ideas de los demás (Foucault, 2005).

A través del tratamiento moral es que el médico pasará a tener el poder absoluto sobre el manicomio luego de la ley de 1838. Se creía que el manicomio era el lugar en el que la psiquiatría debía ejercer, ya que es el que se opone al medio natural; en aquel lugar el enfermo podría estar siempre controlado. Aquellos a los que se les indicase que tenían signos de locura y sus familiares no pudieran ejercer vigilancia suficiente debían ser internados en el manicomio. Se toma a este como un lugar en el que se puede desplegar estrictamente la pedagogía del orden; será más fácil ejercer la autoridad allí, y poder vigilar a quienes estén allí dentro (Castel, 1980).

De la alienación a la nueva psiquiatría

“La distancia con respecto a la norma de conducta y al grado de inmersión en lo automático son las dos variables que, más o menos a partir de la década de 1850, van a permitir inscribir una conducta en el registro de la salud mental o, al contrario, en el de la enfermedad mental.” (Foucault, 2000)

El movimiento alienista tuvo una actitud constante de compasión hacia los locos, porque creían que no eran culpables de algún crimen que hubieran cometido, sino que estaban enfermos y había que respetarlos e intentar devolverles la razón. Es así que la solución que encuentran fue la antes dicha del secuestro, de encerrarlos en un manicomio, pero siempre mostrando una actitud de benevolencia, de paternalismo, haciendo ver que el médico era el que tenía la razón y el saber, actitudes todas que terminaban en una relación institucional de dominación por parte de los médicos (Castel, 1980). Sin embargo, la medicina alienista comienza a cambiar, y deja de ser la misma de la que había iniciado Pinel; “Lo que pretende fundamentalmente el movimiento alienista es borrar del panorama social ese foco de desorden que es la locura” (Castel, 1980 p. 131).

La psiquiatría se constituyó a fines del siglo XVIII y principios del XIX, y a partir de 1850 comienza a funcionar como una rama especializada de la higiene pública. Antes de ser una especialidad de la medicina, se institucionalizó para proteger a la sociedad de los peligros que directa o indirectamente están asimilados con la enfermedad. (Foucault, 2000). Se institucionalizó como higiene del cuerpo social en su totalidad, y para “poder existir como institución de saber, es decir, como saber médico fundado y justificable (...) debió codificar la locura como enfermedad mental” (Foucault, 2000 p. 116). Así es que patologizaron los desórdenes, los errores y las ilusiones de la locura. Como se vio anteriormente, se codificó la locura como peligro, como portadora de riesgos; y la psiquiatría, como tenía el saber sobre la enfermedad mental, era la adecuada para hacer “funcionar toda una parte de la higiene pública como medicina y, por el otro, hizo funcionar el saber, la prevención y la curación eventual de la enfermedad mental como precaución social” (Foucault, 2000 p. 116).

El pasaje de la alienación a la psiquiatría, introdujo la aproximación a la peligrosidad. La medicina mental, debía mostrar que era capaz de advertir cierto peligro donde nadie más podía verlo y además que si lo hacía era porque se basaba en un conocimiento médico (Foucault, 2000). Para Foucault (2000) este saber pretende aportar desde el campo sintomatológico, intentando buscar todos los desórdenes posibles de la conducta, siendo así que las conductas que anteriormente estaban en el campo de lo moral o disciplinario, ahora pasan al campo de la enfermedad.

Las nuevas formas de encierro: la peligrosidad

“La medicina no sólo tiene por objeto estudiar y curar las enfermedades sino que tiene también íntima relación con la organización social (...) y siempre vela (...) por el mantenimiento de la salud pública” (Foucault, 1980)

Alrededor del año 1850, la psiquiatría comienza a desalienizarse, deja de ser el análisis del error, del delirio y de la ilusión y pasa a convertirse en el análisis de las perturbaciones del instinto. Deja de ser una técnica y un saber de la enfermedad tal como lo venía siendo con Pinel y Esquirol, y pasa al campo de los trastornos del instinto. El alienado será ahora aquel que, en palabras de Fodéré “habitualmente no tiene en consideración ninguna regla, ninguna ley, ningún uso, o más bien que los ignora todos, cuyo discurso, compostura y acciones están continuamente en oposición (...) con lo que es humano y razonable”. (Citado por Castel, p. 125, 1980).

En este momento aparecen los alienados virtual o aparentemente peligrosos, aquellos que podrían ser una amenaza en potencia para la sociedad, es decir, que aunque no hayan hecho nada, se los juzga como peligrosos y por eso habrá que intervenir de alguna forma para seguir manteniendo el orden en la sociedad (Foucault, 2000). Los psiquiatras dedicados a la medicina forense ofrecen su discurso a los policías, y así se combinan el poder y el saber, quitándoles la hegemonía discursiva a los juristas y filósofos. En ese momento se oficializa la criminología etiológica, conocida también como positivismo (Zaffaroni, 2011).

El conocimiento que generaran entre ambas constituiría la medicina legal y la higiene pública (Castel, 1980). Entre la codicia de la medicina por llegar al poder mostrando su saber, y la confusión del sistema penal es que se forma una especie de ciencia intermedia entre la Legislación y la Medicina que servirá para mantener la salud pública que estas deseaban.

Es a partir de aquí que la medicina, y más específicamente la psiquiatría, comienzan a tomar parte del asunto, porque el sistema penal ya no puede juzgar y queda obligado a hacer preguntas a la psiquiatría. (Foucault, 2000). El poder médico será a partir de ahora el que valide o invalide el estado de enfermedad; y los médicos, teniendo la supervisión de los directores de distrito, mostrarán cuál es la situación de los enfermos para que estos sean puestos en libertad o sean atendidos en los hospitales que corresponda (Foucault, 2000). La locura y el crimen no se diferencian, y los jueces permiten que así sea porque saben que de todas formas el destino de ambos sería el encierro (Foucault, 2000).

Como dice Foucault (2000), la psiquiatría es una ciencia política, ya que responde a un problema de gobierno, y logra administrar a la locura. En relación a esto, Castel (1980) habla de una medicina mental que “se ha convertido (...) sólo en parte en una pieza de un aparato centralizado de poder.” (p. 24). Como la justicia debe desprenderse del loco, en ese caso, la institución médica debe tomar el relevo de la institución judicial (Castel, 1980). Ese conjunto institucional se va a dirigir al individuo peligroso, que no es ni enfermo ni criminal, y por eso estará bajo la supervisión de este nuevo poder, el cual no será un poder ni judicial ni médico, sino que será una unión entre ambos, transformándolos y convirtiéndose así en el “poder de normalización” (Foucault, 2000, p. 49), el cual se va a constituir como una instancia para controlar al anormal, y no como una instancia del crimen o de la enfermedad (Castel, 1980).

La locura ya no tendrá por núcleo esencial el delirio sino la resistencia, la irreductibilidad, la desobediencia, es decir, el abuso de poder. El loco será quien exalte

su poder contra y por encima de cualquier poder ya establecido (Castel, 1980). Se comienzan a psiquiatrizar trastornos, desórdenes, amenazas, peligros y conductas que no son ya del orden del delirio, de la alienación mental y de la demencia, sino que son del orden del comportamiento (Castel, 1980). Se psiquiatrizan las conductas que pueden ser corregidas para mantener el orden social.

Foucault (2000) afirma que en los años 1840-1860-1875, se organiza la psiquiatría que podría definirse como “tecnología de la anomalía” (p. 156). Los jurados y magistrados tienen ahora un objeto frente de ellos, y no más un sujeto jurídico. Este objeto que a través de una tecnología y un saber deberá readaptarse, reinsertarse, ser corregido y reparado para no ser calificado como anormal (Castel, 1980), ya que la norma trae consigo un principio de calificación y de corrección. Con la normalización no se pretende rechazar, sino transformar; a través del poder que ejerce la norma se interviene en aquel que se aleja de la misma y se intenta cambiarlo (Castel, 1980).

Del cuerpo castigado al cuerpo disciplinado

“Al hacer un relevamiento preciso de los cuerpos y volver a ubicarlos en un espacio meticulosamente analítico, los aparatos disciplinarios (colegios, seminarios, etc.) van a permitir sustituir esa especie de teología compleja un poco irreal de la carne por la observación precisa de la sexualidad en su desenvolvimiento puntual y real.” (Foucault, 2000)

Foucault (1976) manifiesta que en aquel momento se había descubierto el “cuerpo como objeto y blanco de poder” (p. 140). Siguiendo a Foucault (2005), se puede decir que para el orden psiquiátrico los cuerpos son solamente superficies que hay que atravesar, y volúmenes que hay que trabajar. Aquí se comienza a tomar al cuerpo como manipulable, como el cuerpo al que se educa, se da forma, es un cuerpo que obedece, responde, se vuelve hábil y sus fuerzas se multiplican. El sistema de disciplina-normalización, a través de su poder, produce los cuerpos. Más allá de que también se los reprime, ese no es su objetivo principal, sino que es un efecto lateral y secundario de los mecanismos que son centrales de ese poder; esos mecanismos que fabrican, crean y producen. Como se dijo anteriormente, la locura comienza a ser administrada, pero como el loco no tiene razón no es sujeto de derecho, se lo considera irresponsable y no se lo puede sancionar, y es por eso que deberá ser administrado según normas distintas de las que se asignan a los “normales” (Castel, 1980).

Foucault (1976) habla de un cuerpo técnico-político, el cual es constituido por reglamentos militares, hospitalarios, escolares, y por procedimientos reflexivos y

empíricos, para corregir o controlar las operaciones del cuerpo; es un cuerpo sumiso y dócil, ya que puede ser utilizado, transformado y perfeccionado. A partir de ese momento es que las instituciones comienzan a formar a los cuerpos. Se controla al cuerpo, no se lo trata como unidad indisociable, sino que se lo trabaja en sus partes, para “ejercer sobre él una coerción débil”, para tener “un poder infinitesimal sobre el cuerpo activo” (p. 140). Se trata de una coerción ininterrumpida y constante, que vela no sobre los resultados de la actividad sino sobre sus procesos. Estos métodos, que permiten un control minucioso de las operaciones del cuerpo y garantizan la “sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad”, son las “disciplinas”. (p. 141). Antes existían procedimientos disciplinarios, pero a partir de los siglos XVII y XVIII las disciplinas comenzaron a ser “fórmulas generales de dominación” (p. 141). Estas disciplinas serán las encargadas de “eliminar cualquier tipo de anormalidad y a tornar igual lo diferente”. (Lans, 1999, p. 67). Los cuerpos de la locura no escaparon de estas disciplinas, ni de ser castigados, y controlados por el poder, sino que por el contrario, fueron lo más controlados, tratando de acercar sus conductas a la norma. Aparte de encerrar a estos cuerpos, para mantener el orden fuera de estos lugares de encierro, en el resto de la sociedad, se los vigilaba, y se los castigaba. Los castigos no serían ya directos y crueles sobre el cuerpo, sino que serían para encauzamiento de las conductas y para disciplinar.

Sigue diciendo Foucault (1976) que en ese momento “nace un arte del cuerpo humano” (p. 142), que no es simplemente para aumentar sus habilidades, sino que tiende a que se forme un vínculo en el que cuanto más obediente sea el cuerpo más útil será, y viceversa. Se intentará multiplicar y usar a las fuerzas, y no encadenarlas como antes (Raggio, 1999, p. 66). Se forma una “política de las coerciones que constituyen un trabajo sobre el cuerpo, una manipulación calculada de sus elementos, de sus gestos, de sus comportamientos. El campo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone” (Foucault, 1976). Nace una “anatomía política”, o también podría decirse una “mecánica del poder”, se hace presa en el cuerpo de los otros, para que hagan lo que se desea y que operen como se quiere. Quienes no hacían las cosas como el poder lo mandaba serían encerrados. Esta disciplina crea cuerpos ejercitados y sometidos, cuerpos “dóciles”. Si se toma al cuerpo como campo de fuerzas, se puede decir que esta disciplina aumenta esas fuerzas en términos económicos de utilidad, y las disminuye pero en términos de obediencia. “(...) disocia el poder del cuerpo; de una parte, hace de este poder una ‘aptitud’, una ‘capacidad’ que trata de aumentar, y cambia por otra parte la energía, la potencia que de ello podría resultar, y la convierte en una relación de sujeción

estricta.” (Foucault, 1976, p. 142). Esta disciplina se ha impuesto para responder a exigencias como por ejemplo el incremento de enfermedades epidémicas así como también de la locura. Todos aquellos que parecieran estar fuera de lo común y pudieran causar desorden en esa sociedad que quería estar tan perfectamente ordenada serían encerrados. Es así que se puede hablar de una “microfísica del poder” como la llama Foucault, ya que es una “anatomía política del detalle” (Foucault, 1976, p. 143). Estas disciplinas se encargarían de corregir hasta los más mínimos detalles para poder componer fuerzas para tener un aparato eficaz (Foucault, 1976).

Puede notarse aquí la diferencia entre el cuerpo de la Edad Media y el cuerpo de esta época. En la Edad Media se tomaba al cuerpo como la materialidad corporal a la que la práctica penitencial y la teología referían solamente al origen del pecado. (Foucault, 2000) Por eso, la sanción en aquel momento pretendía borrar el crimen-ofensa “aplastando al criminal con el saber-poder del soberano” (Castel, 1980, p. 182). La Iglesia afirmaba su control sobre esa carne. A partir de la segunda mitad del siglo XVIII, a la dirección espiritual va a responder el trastorno carnal, en ese cuerpo se va a intervenir a través del poder, y ese cuerpo pasará a ser un objeto de conocimiento. Lo que se pretende ahora es corregir, y no simplemente castigar. El poder que antes tenía la Iglesia ahora pasa a tenerlo la medicina. Se toma en esa época al “cuerpo sensible y complejo de la concupiscencia”, el cuerpo que tiene deseos y siente placer, se califica al cuerpo como carne y se lo culpabiliza por la carne. Se lo toma como un objeto que puede ser analizado, (Foucault, 2000, pp. 187, 188), y se lo trata como una cosa que puede ser modificada, arreglada, corregida, para ser productiva. Antes el cuerpo era un órgano de placer, pero ahora pasa a ser un instrumento de prestación necesaria para las exigencias de la producción. Se separa y se censura al cuerpo, se lo inhibe como órgano de placer y se lo domestica como instrumento de producción (Foucault, 2000).

Los cuerpos en el manicomio

Moffat (1974) se refiere al cuerpo como la manera de “ser en el mundo”, como el lugar del self y como la primera herramienta para cambiar el mundo. Ese cuerpo por el que pasan gran parte del dolor y del miedo. Tanto las sensaciones dolorosas como las placenteras determinan en el hombre las ideas más abstractas, que aunque parezcan ser independientes del cuerpo, no lo son tanto como algunos creen. Este autor habla de las manipulaciones hacia el cuerpo que bordean la tortura, como el electro-shock, aplicado como castigo algunas veces, las inyecciones y el uso del chaleco por muchas horas. También habla sobre los medicamentos, llamándolos “chalecos químicos”, los

cuales, por su dosis masiva, pasan a ser igual de torturantes que los otros tratamientos. Además en esos lugares se les da mala comida y se les prohíbe tener relaciones sexuales. Este autor establece que allí se llega a la no existencia de las personas, porque cuando uno no tiene garantías sobre su propia seguridad personal y es considerado loco ya deja de ser testigo de lo que le hacen. No se toma en cuenta lo que el loco dice, y pasa a tener la sensación de que para los demás no existe. Se cosifica al sujeto, y eso claramente va a tener consecuencias en él, lo que sucede es muy psicotizante, porque el enfermo llega a tener la impresión de que no existe, algo que en esas condiciones es muy entendible. En la internación el sujeto queda olvidado como tal, en su desarrollo y autonomía, y todo el tiempo se sigue tratando al sujeto como paciente-objeto, y como a un cuerpo que tiene una enfermedad (Techera et al., 2009), por lo cual habrá que medicarlo sin entender bien qué es lo que le sucede.

Sigue diciendo Moffat (1974) que los internados deambulan por el hospital todo el tiempo, y esto hace que su esquema corporal vaya cambiando: se encorvan, tienen un paso lento, caminan pero hacia ningún lado y miran sin mirar porque todo lo que los rodea ya lo vieron. No tienen una tarea que organice la dinámica de su esquema corporal, no tienen metas ni objetivos para cuando salgan, porque no saben cuándo pueden llegar a salir o si quiera si lo podrán hacer. Según plantean De León & Fernández (1996) estas son "Instituciones que con su hacinamiento, falta de vestimenta, alimentación deficiente, cronifican los conflictos y ayudan a cumplir con la 'carrera del loco'" (pp. 157, 158). Se coincide con lo que dicen los autores recién mencionados de que los internados pasan a ser muertos en vida, tanto por las condiciones en las que están como por el hecho de que pasan a ser incapaces, no pudiendo realizar ningún acto civil ni político. También establece Techera et al. (2009) que la institucionalización inhabilita a la persona además por los pocos programas existentes para la inserción social.

Moffat (1974) muestra cómo el cuerpo en las condiciones en las que está debe ser utilizado como mensaje. El cuerpo es lo único propio que le queda al internado, y este al no poder expresarse por el lenguaje verbal, se muestra a través de su propio cuerpo. Estas formas que encuentra para expresarse, muestran también las condiciones en las que están.

LOCURA, ENFERMEDAD Y SALUD MENTAL EN URUGUAY

La enfermedad mental

“La salud no podía ser otra cosa (...) que el control del deseo” (Barrán, 1995)

A continuación se mostrarán algunas nociones sobre la locura de aquella época, las cuales, como se podrá observar no distan mucho de las que ya se han visto anteriormente. Estas nociones intentan resumir lo que se creía en aquella época, para luego intentar pensarlo. (Barrán, 1995, pp. 159, 164):

- “Los rasgos claves de la locura y la histeria eran fundamentalmente dos, la entrega a la pasión, o su contracara, la pérdida del autocontrol, y la violación del orden familiar.”
- “Hay alienados en los que el delirio apenas es visible, pero no existen alienados cuyas pasiones y afecciones morales no estén desordenadas, o pervertidas o aniquiladas.” (Esquirol)
- “...la enfermedad mental era la encarnación de la desobediencia a una doble fuente de órdenes: las de la sociedad y, sobre todo, las de la propia conciencia. Dominio de sí mismo o autocontrol, ‘frenos’, ‘inhibiciones’, era lo que esencialmente faltaba al loco...”

Como se puede apreciar claramente con Barrán (1995), las cosas aquí no serían muy distintas a lo que eran en Europa. Este autor realiza un análisis del poder médico en el Novecientos y para ello recoge elementos de Foucault (1976). Lo que hace Barrán (1995) en su obra es deconstruir las instituciones de control, para analizarlas históricamente y cuestionar el rol de las mismas. Se puede ver con Duffau (2013) que Barrán afirmaba que “...la Psiquiatría fue un ejercicio médico, pero también una práctica cultural.” (p. 208).

Viendo las nociones recién mencionadas se puede ver cómo la enfermedad mental fue descrita y sentida como una desobediencia a los valores establecidos. Pero claramente la enfermedad mental no era eso, sino que era desmoronamiento y derrumbe de la personalidad, así como dolor y angustia. Sin embargo, al ser descrita de aquella forma, lo que hizo la psiquiatría fue buscar el ajuste del sujeto al statu-quo (Barrán, 1995). En esta época se avanzó hacia la enfermedad mental, y esto fue debido a la medicalización de comportamientos que antes eran considerados como normales. Avanzó la locura porque avanzó la razón y las exigencias de la misma. Aumentó el número de enfermos mentales porque se descubrieron nuevas dolencias, y además, porque se quiso tratar clínicamente el viejo sufrimiento moral (Barrán,

1995). La conducta normal pasó a ser el predominio de lo intelectual sobre lo emocional y el control de sí mismo. Había que anteponer el interés de la humanidad sobre el interés del propio cuerpo, creando una nueva relación entre el hombre y su cuerpo, siendo este vigilado constantemente.

Para ser “normal” había que renunciar a lo maravilloso, dedicarse casi exclusivamente al trabajo y evitar el ocio, ya que se creía que este no era productivo. Y se le exigía a la gente ser normal para lograr una organización social, económica y cultural, la cual necesitaba comportamientos “racionales”, y etiquetaba de anormales a aquellos que no siguieran los mismos (Barrán, 1995).

Se creía que las conductas desviadas e inmorales serían las causantes de la enfermedad, y que la salud se debía al respeto por los valores éticos de aquel entonces. También se creía que la salud llevaría a la felicidad, pero, ¿sería realmente así si la salud dependía de inhibir, controlar y vigilar constantemente al propio cuerpo? La salud, que se creía coincidía con la moral, ¿sería igual a la felicidad, siendo esta última justamente un estado de ánimo causado por hacer lo que se desea? Si la felicidad es eso, y se consideraba que la salud era controlar el deseo, muy difícilmente ambas puedan estar relacionadas como se creía en ese momento.

El encierro

“En esta relación de saber-poder sobre el otro la causalidad será entendida siempre como exterior al sujeto, causalidad física, y las vivencias deben entenderse como producto de causas exteriores al sujeto” (Galende, 2008)

En 1778, se comenzó a trasladar a quienes padecían trastorno mental al Hospital de Caridad, pero muchos otros permanecían en sus casas o en las calles, donde parte de la población los ayudaba, aunque también los humillaban y se burlaban de ellos. Para estos fue que se creó una institución de aislamiento y contención. En 1860, se realizó el primer traslado de enfermos psiquiátricos desde el Hospital de Caridad hasta el primer manicomio del Uruguay, el “Asilo de dementes”. Finalmente, el Manicomio Nacional abre en 1880, pasándose a llamar posteriormente Hospital Vilardebó. En aquel lugar los médicos ocupaban una función secundaria aparentemente (Duffau, 2013).

Pero cuando avanzó la Medicina, los médicos fueron cobrando un rol importante en el desarrollo del Manicomio Nacional. Eran los psiquiatras los encargados de combatir la locura, y por eso fueron ellos también quienes construyeron y definieron la

“noma(lidad)” (Barrán, 1995, p. 126). Estos fueron quienes encontraron las causas del desorden mental, pero también fueron quienes inventaron al loco, aquel que se decía era la imagen contraria del burgués puritano. Las virtudes y conductas burguesas fueron tomadas como las normales, siendo todas las demás tomadas como anormales, y denominadas como enfermedad mental (Barrán, 1995).

La psiquiatría-policía

“El cuerpo no solo fue escuchado y leído, también en el Novecientos comenzó a ser mirado minuciosamente.” (Barrán, 1995)

La medicina preventiva del siglo XIX y gran parte del Novecientos deja de lado la enfermedad, pasando la misma a denominarse “Higiene”. Esta, aunque en su discurso decía querer controlar la enfermedad, pasa a ser la encargada de controlar a los hombres. Pasa a ser la policía social, controla el cumplimiento de normas. En Europa y en Uruguay la Medicina fue fundamental para el disciplinamiento, y la Psiquiatría fue una pieza elemental del poder. Para evitar la enfermedad había que vigilar y preservar la salud, ya que si la enfermedad era un producto social esta debía modificarse para terminar con aquella, y eso lo lograría solamente el control higienista (Barrán, 1995). La psiquiatría comienza a mostrar como síntomas de la enfermedad mental las oposiciones al orden establecido, más especialmente los que afectaran lo moral, familiar y social.

Como manifiesta Barrán (1995), “...el saber médico construyó un cuerpo humano que era la imagen de lo que aquella cultura deseaba fuera el cuerpo.” (p. 16). El saber médico estuvo muy influido por la ética y las ideologías de aquella época, y es por eso que se creía que para poder mantener y mejorar la salud había que buscar la salvación del alma. Más de una vez, el consejo moral se infiltra y se presenta como garantía de la preservación de la salud corporal. Tanto la medicina como la religión buscaban la educación moral, la cual era una mezcla entre la conducta higiénica y la conducta virtuosa. La salud y la moral estaban muy relacionadas, y ambas buscaban un punto “medio entra la satisfacción y la negación del deseo” (p. 27), en el cual debía haber un equilibrio energético, medido y ordenado, para asegurar la salud del cuerpo, y no desorganizar la producción ni la vida social ni familiar.

Es así que se decide “salvar” a los que estaban sanos y controlar la reproducción de los enfermos. Se creía que la locura era hereditaria, y por eso se comenzó a controlar la procreación de los sanos, esterilizando a los enfermos o prohibiéndoseles

casarse. Se construyó, o tal vez inventó un cuerpo sano, siendo este parecido a “lo fuerte y lo triunfante, a las “razas”, los países y las clases dominantes, y lo enfermo, a lo débil y fracasado, a las “razas”, los países y las clases dominadas.” (Barrán, 1995, P. 225).

Así como Pinel en Europa encerró a los enfermos diciendo que era para poder conocer más sobre la enfermedad, aquí en Uruguay, Etchepare (1896-1925), el mayor exponente del organicismo, y Rossi (1884-1936) hicieron que la alienación pasara “a ser una rama de la medicina orgánica y experimental” (Barrán, p. 128). El primero de estos hizo que se realizaran análisis en el laboratorio del Vilardebó, ya que con su teoría del organicismo creía que solamente el dato material era irrefutable. Cabe destacar que este origen físico hizo que los pronósticos de curación fuera muy pesimistas y que comenzará a haber un sinnúmero de internados crónicos en la institución, (Barrán, 1995), porque claramente los tratamientos que se les realizaban a los enfermos no eran útiles para su mejora.

Algunas de las terapias dirigidas al cuerpo eran duchas frías, higiénicas y de vapor, baños higiénicos, alcalinos, de almidón, sulfurosos y mercuriales. También en este momento, se impuso la psicoterapia, que en aquel entonces se entendía como sugestión, hipnotismo y persuasión. Como el médico pensaba que el discurso del loco carecía de sentido, el médico debía imponerse con autoridad, marcando una dirección que el paciente debía seguir sin cuestionarla ni discutirla (Barrán, 1995).

La idea aquí era sanar, sin importar tanto la razón por la que se había enfermado, y parafraseando a Galende (2008), se puede decir que cuando el loco es definido como enfermo mental, no se trata de comprenderlo como a un ser humano en su experiencia de vida, sino que se trata de “curarlo”, contenerlo, disciplinar la conducta y hacer que vuelva a la razón normalizando su pensamiento.

Barrán (1995) explica que como se creía que la etiología de la enfermedad mental era física, lo que dijera el loco no era importante. No había que hablar con él para entender los sentidos de la enfermedad, sino que había que observar la conducta del enfermo dentro de un panóptico, el Manicomio, y ver su cuerpo en el laboratorio. Había que controlar a los cuerpos, someterlos a la “ortopedia”, recuperarlos, y no entenderlos para tratar de ayudarlos. Había que hacer que volvieran a acercarse a la norma.

La psiquiatría positivista dominante negaba sentido al discurso del loco, ya que decía que este no tenía ninguna queja o mensaje real para transmitir. Como dice Barrán (1995),

Había nacido una cultura que negaba todo sentido y utilidad a los antiguos discursos del loco y el delirante, del profeta y el diferente, que advertía al atrasado mental y lo condenaba no encontrándole más funcionalidad, acusando a todos ellos de enfermos (p. 152)

No se escuchaba al diferente, al que pensaba distinto al resto de la sociedad, porque como establece Galende (2008), al interpretarse a la enfermedad mental como natural, y no como una creación, el individuo queda por fuera de la misma sin contar con una argumentación racional para su enfermedad, "...pone fuera de escena al sujeto de esa experiencia, su palabra ya no dice nada dentro de la razón dada la alteración "natural" de su pensamiento y de su obrar." (p. 31).

Tomando en cuenta los aportes de Barrán (1995), se puede ver cómo, al igual que en Europa, aquí en Uruguay, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, la Medicina comenzó a ser un saber empírico, de hechos, que se basaría sólo en la observación y experimentación. La mirada sobre el enfermo y su análisis en el laboratorio, serían a partir de aquel momento, la verdad sobre la enfermedad, y no lo que el enfermo tuviera para decir. Como señala Barran (1995):

Él médico psiquiatra del Novecientos desde su saber y su poder, que eran la verdad sobre la enfermedad y su curación, preguntaba, diagnosticaba, monologaba, y enjuiciaba la locura, una esencia radicalmente diferente de la cordura, una alteración tan profunda y distinta de la norma que, por ello mismo, tranquilizaba (p. 130).

Tranquilizaba porque todo aquel que quedara fuera de los muros del Manicomio no tendría nada que ver con aquellos que estaban dentro, porque como sucedió en el gran encierro al que hace referencia Foucault, al separar tan drásticamente lo sano de lo enfermo, estas dos categorías quedan completamente diferenciadas, y el sano, cuidándose y manteniendo un orden en su cuerpo no correrá el riesgo de terminar como aquellos que terminaron encerrados.

Del cuerpo disciplinado al cuerpo controlado

"En lo simbólico las personas somos juzgadas, incluidas o excluidas según nuestra capacidad de producir" (Techera et al., 2009)

Antes, las sociedades estaban administradas por el poder disciplinario, y los cuerpos eran disciplinados en los lugares de encierro en los que estaban siempre.

Como establece Deleuze (1991) “las sociedades disciplinarias eran lo que ya no éramos, lo que dejábamos de ser” (p. 1). En aquellas sociedades se intentaba que las personas fueran como lo establecía la norma, todo aquel que se alejara de la misma sería disciplinado. Más en la actualidad se pasó a las sociedades de control. Ya no se disciplinará a la gente a través de los lugares de encierro, aunque esos seguirán funcionando. Lo principal ahora será controlarlos al aire libre. Como explica Deleuze (1991) “...los controles son *modulaciones*, como un molde autodeformante que cambiaría continuamente”. (p. 2). El sujeto deberá estar pendiente permanentemente de los cambios en la sociedad para ir controlándose a sí mismo de no salir de la norma.

Sobre las nuevas sociedades dice Deleuze (1991) que son una “mutación del capitalismo” (p. 3). Este capitalismo vende servicios, existe para el producto, para la venta y el mercado. Ya no se puede encerrar a todo aquel que no es como el poder lo quiere porque son demasiados, ahora se medica a todo aquel que no sirve para producir.

Galende (2008) logra resumir en forma muy clara qué es lo que sucede con los cuerpos ahora:

Así como la medicalización de la vida dio paso a la mercantilización de la medicina, y esta incluyó a la salud en la ideología de mercado como un mercancía más, es la cobertura del positivismo médico la que permite que el cuerpo humano, sus partes, se conviertan en equivalentes de valor, es decir, en dinero o mercancía (P. 101).

Ahora el cuerpo pasa a ser “la cifra de una materia “dividual” que debe ser controlada. El impulso de la tecnología médica y la industria farmacéutica, que siguen aumentando por la globalización de la economía, se encargan de la atención individual de la enfermedad y no tanto en los cuidados de la salud (Galende, 2008, p. 100). Pasan a ser controlados los cuerpos en gran parte por los psicofármacos. Ya no habrá quien vigile constantemente a los cuerpos, sino que ahora se les impondrá a los cuerpos cómo deben ser y cómo no deben ser, y todo aquel que no sea cómo el poder le ordena será catalogado de enfermo y por eso será medicalizado. Esta práctica sigue dejando de lado al individuo, y no encargándose de su salud sino de su enfermedad.

Antes se lo encerraba y no se lo escuchaba, ahora se lo medica, aunque la medicación tenga poco efecto en la persona. Además, lo que hace esa medicación es tapar lo que le sucede al sujeto. Aparte de ser más cómodo para los médicos, también es más cómodo para quienes van a pedir esa medicación, porque claramente es más

fácil tomar alguna que otra pastilla y no enfrentar la realidad que en muchos casos puede ser muy triste como para aguantarla. Como explica Galende (2008), al interpretar a la enfermedad como algo natural, se deja de lado lo que tiene que decir el paciente. Además, como se cree que su pensamiento y su obrar están alterados, lo que él diga no estará dentro de la razón, y entonces no será importante para saber qué es lo que le sucede. El diagnóstico se hace agrupando una cantidad de síntomas, sin pensar que en cada persona pueden tener distintos significados; y se intentan calmar con distintas pastillas sin indagar nada sobre tal individuo en particular.

REFORMAS Y ACTUALIDAD DE LA SALUD MENTAL

A continuación se mostrarán las reformas en el campo de la Salud Mental tanto aquí en Uruguay como en otras partes del mundo. Es importante ver cómo ha sido y sigue siendo la situación en otras partes porque como establece Ginés (2013), la experiencia tanto de Uruguay como de otros países sirve como referencia para pensar abordajes integrales y efectivos.

Manifiesta Galende (2008) que las propuestas de Salud comienzan a aparecer luego de las denuncias de posguerra sobre los manicomios ya que estos eran muy parecidos a los campos de concentración nazi. Además de esto, en ese momento la teoría positivista comienza a decepcionar, ya que no logra confirmarse. A partir de ese momento comenzará un movimiento que plantea la atención de los enfermos mentales fuera de la institución psiquiátrica. Se intentará dejar términos como “enfermedad”, intentando implementar los términos “salud”, “comunidad”, “participación social”, “comunidad”, etc; y además se intentará una disciplina desde otros campos de la salud.

Europa

Europa junto con EEUU fueron los pioneros en descentralizar la atención en los Hospitales Psiquiátricos y Manicomios, planteando así una reestructura en la atención en la Salud Mental.

Italia, fue uno de los países más avanzados en el área de Salud Mental. Siguiendo con los aportes de Techera et. al. (2010) se puede ver que Basaglia, quien en 1971 se convierte en director del Hospital Psiquiátrico de Trieste, fue quien dejó de tomar a la enfermedad mental dentro de lo normal y lo anormal, ya que pensaba que mantenerla dentro de ese dualismo serviría para que la clase burguesa utilizara el sufrimiento

mental para mantener ciertas condiciones humanas. Las reformas que intenta hacer este psiquiatra incluyen la eliminación de terapias de electroshock y otras medidas de coacción física. Además comienza a realizar asambleas, en las cuales los pacientes y los funcionarios toman decisiones sobre el hospital. Se comienzan a hacer eventos recreativos y culturales dentro del hospital, el cual abre sus puertas, siendo estos apoyados por asociaciones políticas y culturales. También había talleres de teatro, escultura y pintura. Estos cambios hicieron que en 1975 un tercio de 1300 internados encontraran una salida a la institucionalización hospitalaria. Y en 1977 surgieron los primeros Centros Territoriales, en los cuales se daba apoyo a pacientes fuera del hospital; esto llevó a la disminución de la atención en hospitales psiquiátricos, pasando los centros de salud mental a asumir funciones del hospital, tales como la asistencia domiciliaria, funcionar como comedores, atender casos agudos, etc. En 1978, se aprueba la Ley 180 que “sustituye el modelo hospitalario por el de asistencia territorial” (Techera et. al., 2010, p. 105), haciendo cerrar todos los manicomios. En 1980 el Hospital Psiquiátrico de Trieste pasa a ser hospital general, y actúa en casos de urgencia como servicio psiquiátrico de diagnóstico y curación, haciendo interconsultas, filtro y derivación hacia los centros de salud mental. También comienzan a realizarse actividades de rehabilitación, utilizando técnicas de carácter laboral y expresiones artísticas. Gracias a estas reformas disminuye más del 50% el gasto de psicofármacos.

En 1957 en Inglaterra se creó la Primera Comunidad Terapéutica, en la cual comenzó a desarrollarse la perspectiva Comunitaria. Luego, se crearon unidades de asistencia en hospitales generales, comenzando a surgir las soluciones descentralizadas, pretendiendo así continuar con el apoyo comunitario. Fueron Cooper y Laing quienes hicieron surgir el movimiento antipsiquiátrico. (Techera et. al., 2010).

También en España hubo una descentralización del sistema de Salud Mental, la cual desplazó al manicomio hacia la comunidad, mediante dispositivos asistenciales y servicios sociales. Allí también se crearon “políticas de inserción comunitaria social y laboral” (Techera et. al., 2010, p. 88). En 1984 se crea el Instituto Andaluz de Salud Mental, en el cual se planificó establecer un modelo alternativo de servicios. Luego, en 1990 el Instituto fue sustituido por una nueva red de servicios descentralizados, el Servicio Andaluz de Salud. En 1985 comenzó la reforma, cuestionando los hospitales psiquiátricos en el proceso de rehabilitación. En 1986, se crea la Ley general de sanidad, en la cual se establecen las pautas de la reforma. (Techera et. al., 2010). Más en la actualidad, del 2003 al 2007 se implementó el “Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica”. Allí se hace foco en la inclusión

social de esas personas, y se crea la política de atención integral a través de servicios de Centros de Rehabilitación Psicosocial.

Latinoamérica

En 1978 la Declaración de Alma Ata, que fue una conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, mostró la grave desigualdad entre la población que existía en el ámbito de la salud. Aquí se manifestó el derecho de todos de participar en la planificación de la salud.

Luego, en 1990 se realizó la Declaración de Caracas, la cual sirvió como iniciativa para abandonar lógicas manicomiales y desarrollar la atención comunitaria, incluyendo una perspectiva de derechos. Esta declaración fue una Conferencia Regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica, en la cual se manifestó que “Se deben promover modelos alternativos centrado en la comunidad y dentro de sus redes sociales” (Ottonelli, 2013, p. 63). Otro de los objetivos planteados fue salvaguardar la dignidad personal así como promover la permanencia en el medio comunitario. Además se apoya a la internación psiquiátrica en hospitales generales. También aquí se estimula a que la atención sea en la comunidad y en lugares extrahospitalarios.

En 1991 las Naciones Unidas, en los Principios sobre la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, propone y concluye:

- Derecho a la mejor atención.
- Derecho a un defensor que haga respetar los derechos del enfermo y que no sea discriminado.
- “Derecho a vivir, trabajar y ser atendidos en su comunidad”. (Ottonelli, 2013, p. 63).
- El tratamiento deberá ajustarse a las normas médicas internacionales, protegiéndolos de la injustificada administración de medicamentos.
- Información confidencial sobre enfermedad.
- “Derecho a ser tratados en un ambiente lo menos restrictivo posible.” (Ottonelli, 2013, p. 64).
- Se prohíbe la esterilización como tratamiento.

Reformas regionales

En Brasil, a fines de 1960 comenzó la Reforma, con el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental. Después de la Segunda Guerra Mundial, comenzaron las

experiencias socioterapéuticas y Brasil fue uno de los países en los que se construyó la Salud Mental. A partir de eso se crearon nuevos planes en San Pablo y Rio Grande del Sur. Además se transformó el Servicio Nacional de Enfermedades Mentales en la División Nacional de Salud Mental. La reforma allí se divide en tres momentos. El primero es la Trayectoria Alternativa, en la cual se hacían denuncias y acusaciones al gobierno militar sobre el sistema nacional de asistencia psiquiátrica. Luego, la Trayectoria Sanitaria, en los 80', en la cual se nota la influencia de la OPS sobre la implementación de la medicina comunitaria, preventiva, atención primaria, universalización y regionalización. La última, la Trayectoria de Desinstitucionalización o Deconstrucción/Invención, crea el Sistema Único de Salud, en el cual se implemente el centro de Atención Psicosocial y los Núcleos de Atención psiquiátrica. Estos son regularizados por el Ministerio de Salud y hacen que se descentralice el sistema de atención psiquiátrico, ofreciendo atención en un régimen ambulatorio y de interacción hospitalaria. Se trata de que en conjunto el usuario y el equipo técnico tracen las estrategias y el recorrido más pertinente para cada persona. Esto es mediante actividades colectivas como pintura y radio por ejemplo.

La Declaración de Caracas mencionada anteriormente fue firmada justamente por Brasil, y en 1999, se crea la Ley de Salud Mental, en la cual se desarrollan “programas de apoyo psicosocial para pacientes psiquiátricos en acompañamiento en los servicios comunitarios” (Tosta, 2009). A partir de ese momento leyes y disposiciones ministeriales siguieron con la intención de sustituir la atención manicomial y la mejora en la calidad y las condiciones de atención. (De León, 2013). Los cambios mencionados anteriormente en la Declaración de Caracas también han modificado la situación de Brasil.

En Argentina a finales de los 80' la Reforma psiquiátrica fue provincial comenzando en Río Negro. Allí, el Movimiento de desmanicomialización comenzó con un Programa de inclusión laboral, cierre de neuropsiquiátricos, tratamiento comunitario y prohibición de terapéuticas invasivas. En 1991, se creó la Ley 2.440 que hizo foco en la identidad, dignidad y respeto hacia los enfermos mentales, así como también en la reinserción comunitaria. Además prohibió el electroshock, el shock insulínico y el abseso de fijación. En 1993 en San Luis se reformula la Atención en Salud Mental en el Sistema Público. Más actualmente, en el 2000 “La Legislatura Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires, con el impulso del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional sancionó la ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. (De León, 2013, p. 90). Luego, en el 2011 se crea la Ley Nacional de Salud Mental, en la cual el art. 5 señala que “El mejoramiento de la Salud Mental

implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los Derechos Humanos y sociales de toda persona”. (Citado por De León, 2013, p. 90). De todas formas vale aclarar que los dispositivos que sustituyen el manicomio son pocos.

Dicho esto último es importante notar que, como establecen Techera et. al. “...se trata de que el Estado no solamente anuncie las reformas, sino que comprometa los recursos necesarios para hacerlas realidad.” (p. 43). Más allá de las leyes y planes que pueda haber, si es Estado no se hace cargo de que puedan llevarse a cabo las mismas no tendrán mucho sentido.

Uruguay

Desde 1936 la Ley 9.581 es la que organiza la asistencia al Psicópata. En ella se establece que debe haber un psiquiatra autorizado por el M.S.P. para dirigir los establecimientos psiquiátricos. Dicha ley ordena exigir certificados y constancias para habilitar la internación. Es en ese momento que se crea la Comisión Asesora de la Asistencia de Psicópatas, para resolver irregularidades y mejorar la asistencia, así como proteger a los enfermos. Además debe cumplir con funciones de intervención, de consultas y de iniciativa (Ottonelli, 2013).

Como se puede ver en dicha ley no se establecen derechos para quienes tienen enfermedades mentales. Además, claramente es una ley desactualizada ya que hoy en día hay nuevos soportes epistemológicos sobre el concepto de Salud Mental y atención psiquiátrica. También hubo avances en leyes a nivel internacional las cuales causaron efectos tanto nacionales como internacionales y no se estarían tomando en cuenta. Algo muy importante también es que aquí no se prevé un abordaje interdisciplinario para la atención de salud.

Otra crítica que se le puede hacer a la ley del psicópata es que en ella se denomina al enfermo psiquiátrico internado como psicópata. (Kakuk, 2013). Será muy difícil que desde la sociedad no se lo discrimine si desde la ley misma se lo estigmatiza.

Luego, en 1948 se aprueba la Ley 11.139, del Patronato del Psicópata. En dicha ley se presentan las normas para el bien de los enfermos mentales, proponiendo la reintegración del enfermo a la sociedad. Es en ese momento que se crea el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, para proteger al enfermo mental tanto en la asistencia hospitalaria como no hospitalaria. Pretende brindarle bienestar al enfermo en el momento que se reintegra a la sociedad, dándole habitación, alimentación y trabajo en el caso de que no lo tuviera. Además procura brindar asesoramiento a las familias.

A partir de esta ley se incentiva la creación de “Hogar-Taller” para quienes no tuvieran apoyo familiar, dándoles una remuneración a los enfermos que trabajaran allí. Se realizan talleres para capacitar y dar trabajo a los internados. La idea es poder proteger al enfermo mental tanto en la asistencia hospitalaria como no hospitalaria.

En 1986 se crea el Programa o Plan Nacional de Salud Mental. Este es una resolución del MSP en la que participa ese Ministerio, así como Asociaciones profesionales, grupos familiares y la Universidad. Este plan pretende desarrollar talleres de rehabilitación, así como también capacitar a la familia del paciente. En este momento en los hospitales se abren salas psiquiátricas, y comienza a ser fundamental la atención en base comunitaria.

Siguiendo con los aportes de Ottonelli (2013), se puede ver cómo en 1995 se hizo la Declaración de Montevideo, en la cual se manifestó que la atención debía ser sobre con asistencia comunitaria y familiar y que había que reservar internación para casos necesarios solamente. Había que implementar programas de rehabilitación accesible para todos.

La Convención internacional de NNUU sobre los derechos de las personas con discapacidad que incluye a los enfermos mentales que fue en 2007, se aprobó aquí en Uruguay en el 2008 bajo la Ley 18.408. Esta Ley promueve instalar bienes y servicios contra la discriminación, para superar la discapacidad, así como también reclama el derecho a la inclusión social, a formar una familia y a la educación inclusiva. También sugiere hacer ajustes o adaptaciones para que los enfermos accedan a los servicios y sus derechos, entre los cuales están el derecho a la protección social, rehabilitación y al trabajo, así como a la atención médica, psicológica, educación, formación laboral y rehabilitación. (Ottonelli, 2013).

Ottonelli (2013) también explica en qué se basa el Plan de implementación de Prestaciones de Salud Mental en el SNIS del 2008 y 2011. Por los decretos 465/08 y 305/11 se intentará prevenir, promover y detectar las patologías precozmente. A partir de ahora deberá hacerse énfasis en rehabilitación, superándose el modelo asilológico, integrando a los pacientes al medio original, prestándoles atención psicológica. Se pretenderá la “Integralidad de la salud en las franjas etáreas” (p.66), así como también “Priorizar el primer nivel de atención” (p. 66), intentando un saludable desarrollo en niños y adolescentes. Otro de los objetivos planteados será prevenir la enfermedad e incentivar los colectivos que pueden multiplicar la salud. Se establece también que las formas de atención médica indicadas podrán ser

intervenciones grupales, atención psicoterapéutica tanto individual como de pareja, grupal o familiar, así como también la atención orientada a la rehabilitación.

Sin embargo, a pesar del Plan al parecer este no se cumple porque, como establece Caldeyro (2013) es poco difundido, casi totalmente ignorado por los destinatarios y mal interpretado. También dice este autor que hay quejas por parte de los pacientes y sus familiares de que los psiquiatras no los escuchan. Muchos pacientes no recurren a la psicoterapia, a pesar de que esta es universal, gratuita, para todo público. Además otro de los problemas de dicho plan es la falta de fiscalización del MSP y de la Salud Mental, lo que lleva a que el mismo no se cumpla ya que no están dadas las condiciones para que así sea.

Un paso muy importante que se pudo dar en el 2009 fue el Anteproyecto de Ley de Salud Mental en Uruguay. Según plantea Kakuk (2013), este se pensó para proteger a los enfermos mentales, para mejorar la atención en Salud Mental, y para proteger las libertades fundamentales y DDHH y jurídicos. El mismo pretende garantizar derecho humano a la Salud Mental de todas las personas, así como también garantizar accesibilidad y universalidad en promoción, prevención, atención rehabilitación y reinserción comunitaria, familiar y laboral. para todos. Sus objetivos son:

- Que la salud mental sea integral.
- Evitar prácticas y políticas con el objetivo de controlar.
- Que el Estado asegure el acceso a la salud, vivienda, derecho, beneficios a la seguridad social y capacitación laboral.
- “Garantizar el derecho a condiciones dignas, de calidad de vida y promoción humana”
- “Multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario”
- La intersectorialidad y abordaje inter y transdisciplinario y otros saberes, para todas las actividades, la elaboración y planificación de los programas de SM.
- Que la internación sea indicada como último recurso terapéutico, siempre que sea en beneficio de la persona.
- “La curatela procederá como último recurso, cuando haya quedado claro que esta beneficiará a las personas en el goce y el ejercicio de sus derechos”
- Que el enfermo tenga el derecho a ser tratado con el respeto debido.
- Y que tenga derecho a tomar decisiones sobre su atención y tratamiento, informándolo sobre su salud tanto al paciente como a sus familiares.

Otra ley importante en el campo de la Salud Mental es la Ley Nacional 18.651 de 2010: Protección Integral a los derechos de las personas con discapacidad (Ottonelli, 2013). Esta ley refiere a personas con alteración funcional física o mental, intelectual y/o psíquica. A partir de ella se crea la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad. Se intentará que en el ámbito de la vivienda la persona con discapacidad tenga un inmueble, en el campo de la educación se pretende la integración en las aulas y la diversidad, y en el plano del trabajo que los organismos públicos estén obligados a ocupar cargos con al menos 4% de personas con discapacidad.

Pero, como manifiesta Caldeyro (2013) es muy difícil que quienes tienen esquizofrenia puedan competir con aquellos con discapacidades físicas y sensoriales, para poder acceder a los puestos de trabajo. Y además, hay pocas soluciones habitacionales para los usuarios.

Las reformas están y se ha luchado mucho para que estén, pero en la práctica no se cumplen muchos de los derechos. La Salud Mental lamentablemente no es de las prioridades dentro de la salud, y eso puede verse claramente con los datos que proporcionan Techera et. al., (2013) tomados de la OMS:

...durante el año 2000 en América, las enfermedades mentales ocuparon el 24% de la carga global de morbilidad y se destinó al sector de la salud mental solamente el 2% y el 5% del presupuesto sanitario en el 46% de los países y menos de 2% en el 30%.” (p. 21).

Lamentablemente, estos datos muestran la realidad de las enfermedades mentales en estos días. Pero por otro lado, aquí en Uruguay se pueden ver actividades en las que se le da mucha importancia a la Salud Mental.

En el Hospital Vilardebó hay talleres que funcionan en las salas. Está el espacio “Puertas abiertas”, el cual está a cargo de un psicólogo y voluntarios de la UdelaR y la Universidad Católica. Allí se escucha, se acompaña en las actividades y se les da cierto sostén a las personas. Además está la Huerta, la cual permite que las personas puedan entrar en contacto con la tierra, con el sol y con su producto de trabajo, además de poder consumir el mismo luego.

También en el Vilardebó hay un Centro Diurno, el cual es para usuarios y ex internados del Hospital. Sirve como un acompañamiento luego del alta del paciente. Allí, como en “Puertas Abiertas” hay talleres.

Otro de los espacios muy importantes del Vilardebó es La Radio Vilardevoz, la cual funciona dentro del Centro Diurno. Allí le dan mucha importancia a la palabra y al encuentro. Mediante técnicas de expresión se logra trabajar el límite entre enfermedad

y salud y se puede escapar del estigma. Según los propios usuarios la Radio es rehabilitadora, porque ayuda a comunicarse, a estar con gente y a compartir. (Techera et. al., 2009).

Establecen Jiménez et. al., (2013) que este es un espacio que está desde 1997, y que se basa en la Comunicación, la Participación y la Salud Mental. Aquí las personas logran un desarrollo comunicacional, el cual es fundamental para la inclusión social, para desarrollar potencialidades y creatividad. Además sirve para adquirir responsabilidad, compromiso y hábitos de trabajo. Esto sirve para que la persona pueda ser autónoma, con una capacidad de crítica y transformación hacia ella misma.

Además de las actividades que se llevan a cabo en el Vilardebó también existen los llamados Centros de Rehabilitación Psicosocial, entre ellos están el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, el Centro Sayago, el Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación. La característica específica de este último es que tienen un abordaje multifamiliar, y por eso en 2004 pasó a llamarse Instituto Multicéntrico de Psicoanálisis Multifamiliar García Badaraco.

Aunque estos centros son distintos, la base de ellos es poder lograr la autonomía del paciente. Tanto en ellos como en el Hospital Vilardebó se tratan de desarrollar los aspectos sanos de la persona. En ellos hay talleres de escritura, expresión corporal y artística, teatro, cerámica, terapia ocupacional, talleres de música, pintura, jardinería, etc. Además algunos de ellos cuentan con consultas individuales, así como con reuniones multifamiliares.

Otro avance que vale la pena destacar aquí es la Asamblea Instituyente. Esta es una organización que fue creada en 2012. En ella participan colectivos académicos, trabajadores, organizaciones sociales, familiares y universitarios.

El artículo 2 de la Ley Orgánica de la UdelaR establece que uno de sus fines es “contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública.” (Arocena, R., 2013, p. 7).

Es por eso que los universitarios forman parte de esta Asamblea, la cual es instituyente porque pretende hacer visibles violaciones a los derechos, así como la violencia y las relaciones de poder que se dan dentro de la institución. Además propone multiplicar prácticas de acción colectiva para promover vínculos de encuentros y solidarios. Pretende lograr la desmanicomialización, desestigmatizando la locura, ya que establece que la lógica manicomial normaliza y hegemoniza, produciendo así soledad y aislamiento.

REFLEXIÓN

Gran parte de este trabajo habla sobre el encierro. Ese encierro que en principio fue discriminado y luego pasó a tener fines terapéuticos. Ese encierro que antes fue exclusión, desde el momento en que los locos eran trasladados a otras ciudades en la famosa "Nave de los Locos". A partir de allí, ya con el poder de la Iglesia todo aquel que no estuviera de acuerdo con sus creencias sería excluido. Ese poder que definía qué era la razón, era el encargado de especificar cuáles eran sus límites y por lo tanto también de establecer que todo aquel que estuviera fuera de aquellos límites estaba dentro del campo de la sinrazón, es decir, estaba loco. Ese poder luego pasó a estar en manos del Estado.

Un poder que hasta el día de hoy se puede ver dentro de las instituciones. Cuando la locura pasó a ser enfermedad mental, el encierro y el poder comenzaron a ser inseparables. Todo lo que no le servía al poder fuera del hospital iba a ser patologizado. Todo lo patologizado terminaría dentro del hospital, para poder ser vigilado y castigado. Las personas pasaron a ser cosificadas, los sujetos serían objetos, enfermedades y ya no más personas. Además de ser objetos, pasaron a ser problemas. En la sociedad capitalista, el enfermo mental es el que no produce, y el que no produce no sirve. Por lo tanto debía ser encerrado para que no causara problemas en el mundo del afuera. Debía ser depositado en un hospital para que mediante la violencia y el castigo fuera disciplinado. La institución pasa a ser un lugar de disciplinamiento en el que terminan todos aquellos que se alejan de la norma.

Más en la actualidad, con la invención de los psicofármacos se darán cuenta de que no sirve tener a la gente encerrada, sino que deben hacer que produzcan de cualquier forma. En las sociedades de control, las personas pasan a ser "dividuos", autocontrolándose todo el tiempo, controlando su cuerpo para estar dentro de la norma, para no ser diferente. Y toda diferencia será patologizada y por lo tanto "curada" con psicofármacos. Esos psicofármacos, usados con tanto abuso, lo que hacen es tapar un síntoma de la persona para que la misma pueda seguir con su vida en un mundo capitalista. Como establece Galende (2008), "Es sobre este 'logro' del mercado y la consolidación del hombre como consumidor, que fue posible la aparición de una oferta de medicamentos que intervienen como soluciones a los síntomas que estos nuevos rasgos culturales producen" (p. 11). Ese psicofármaco que lo que hace es evitar el cuestionamiento sobre qué le sucede a ese cuerpo. A ese cuerpo que por algo hace síntoma no se lo escucha, y se decide callarlo con una pastilla.

A muchos psiquiatras actualmente no les importa saber cómo está la persona, ni por qué está mal. Simplemente lo que hacen es mostrar que ellos pueden “curarla”. Eso es lo que ha sucedido siempre, el médico muestra que su sabiduría es la que cura. Esa sabiduría que desde que la locura pasó a ser enfermedad mental pasa a ser poder. Ese poder que tienen los psiquiatras desde la institucionalización de la enfermedad mental. Porque desde el momento en que la persona pasa a ser denominada enferma mental debe ir al hospital psiquiátrico. En dicha institución el psiquiatra es quien tiene el saber y por tanto el poder. Y en esas instituciones es donde se da el encierro. Ese encierro del que se habló anteriormente, y a pesar de que las condiciones del mismo han cambiado desde que comenzó a encerrarse a la locura, su esencia es la misma, mostrar el poder de unos y el sometimiento de otros.

Tal vez escuchando qué es lo que le pasa al paciente la situación cambie. Tal vez haya que darle el poder a la persona que está allí internada, porque en su caso es ella la que tiene su saber. Tal vez no haya que generalizar o universalizar el saber que se tiene sobre la enfermedad, sino ver qué significado tiene la “enfermedad” en cada caso particular. Escuchar a la persona que está sufriendo.

En vez de controlar, castigar, someter y callar a los cuerpos habría que escucharlos, y no solamente desde la palabra. Habría que producir un “encuentro clínico” (Gonçalves, 2009) con la persona. Pensar a la persona fuera del hospital, porque la institución suprime potencias y debilita a las personas. Lo que habría que hacer es crear encuentros que sean buenos, que fortalezcan a las personas, en los que su potencia aumente. Porque, como establece Pavlovsky (1996), en estos casos los cuerpos quedan “inmóviles y aterrados (...). Eso es lo que queda suprimido. La potencia de actuar. Quedan entonces los cuerpos sin vida, cada cuerpo recortado en sí mismo. Replegado.” (pp. 99,100)

Como sigue diciendo este autor, hay que crear dispositivos para recuperar la potencia creadora de esos cuerpos. Porque como dice Spinoza (1971), cuando la potencia aumenta también aumenta el poder de obrar del cuerpo. Y cuando la potencia disminuye el obrar y el pensar disminuye también, y eso es lo que sucede con los cuerpos encerrados. Porque las condiciones en las que están los cuerpos también hacen que estos produzcan, pero producen miedo, angustia, y muchas cosas más que los debilitan. Como establece De León (2005) los chalecos físicos y también los químicos, los acompañamientos de represión-control y la patologización de las intervenciones hacen que los pacientes sigan siendo dependientes y aportan al proceso de cronificación. La persona con una enfermedad pasa a ser un enfermo y

deja de ser persona en esos lugares. En un momento el afuera deja de ser posible, y el enfermo tiene que cumplir su rol de enfermo. Las condiciones en las que viven quienes están internados lo único que hacen es cronificar la enfermedad.

Pero ese miedo, esa angustia y todo aquello que debilita a los cuerpos encerrados puede transformarse. Es por eso que hay que generar los tipos de encuentros que se mencionan al final del trabajo, mostrando las distintas actividades que se plantean para quienes están o estuvieron internados en hospitales psiquiátricos. Actividades de las que ellos formen parte, que decidan qué hacer; en la que ellos mismos puedan ver qué es lo que puede su cuerpo.

Un ejemplo de estas actividades con potencia creadora es la Radio Vilardevoz, la cual según Jimenez et. al., (2013) “implica la dimensión ética, la redimensión de la relación técnico-paciente, la producción de una “clínica del encuentro”...” (p. 166).. Actividades en las cuales no haya alguien con el poder y el saber, sino que se produzcan saberes en los encuentros.

Aunque aquí en Uruguay el campo de la Salud Mental tiene mucho que mejorar, es muy bueno que tanto aquí como en otras partes del mundo se estén promoviendo lógicas antimanicomiales. Hablar de desmanicomialización es hablar de cuerpos instituyentes, de sociedad instituyente y de energía libre (Goncalvez, 2009). Con las lógicas antimanicomiales se pretende aumentar la potencia creadora de los cuerpos que antes eran instituidos. En las instituciones se almacena energía social de la cual se aprovecha el Estado, ahora la idea es que cada cual aproveche la energía que surge en los encuentros.

Se pretende que haya encuentros que escuchen las diferencias, que esos encuentros sean un devenir constante, que surjan nuevas formas de sentir y de pensar. Para que esto suceda y que en estos cuerpos puedan surgir potencias creadoras habrá que dejar el poder de lado. Como sugiere la Asamblea Instituyente, hay que “promover prácticas sustitutivas humanizantes, participativas, creativas y transdisciplinarias”.

Es mucho el avance que ha habido en el ámbito de la Salud Mental, pero todavía queda mucho por hacer para que aquellos considerados “locos” puedan tener una vida digna, tal cual la promueve la Asamblea Instituyente: desde una ética que promueva y permita el ejercicio de la vida desde la libertad, la autonomía, y la acción transformadora, es decir, para que se respeten todos sus derechos, incluyendo el derecho a la Salud Mental.

Bibliografía

- Artaud, A. (1978). El teatro y su doble. Recuperado de:
http://www.ucientifica.com/biblioteca/biblioteca/documentos/web_cientifica/humanidades/teatro-doble.pdf
- Asamblea Instituyente. Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. Recuperado de: <http://asambleainstituyente.blogspot.com/>
- Baroni, C., Jiménez A., Itza B., y Giordano, M. (2013). Locura en movimiento. En De León, N. Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. (pp. 169-188). Montevideo: Ed. Psicolibros Waslala.
- Barrán, J. P. (1994). Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: La ortopedia de los pobres (Vol. 2). Ediciones de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1995). Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos: La invención del cuerpo (Vol. 3). Ediciones de la Banda Oriental.
- Basaglia, F. (2008). Estructura social, salud y enfermedad mental. En La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio. In Fichas para el siglo XXI. Topía.
- Caldeyri, C. (2013). Participación, organizaciones sociales y Salud Mental. En N. De León (2013) Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. (pp. 198-192). Montevideo: Ed. Psicolibros Waslala.
- Castel, R. (1980). El orden psiquiátrico: La edad de oro del alienismo. Bs. As.: Nueva Visión.
- Deleuze, G. (1991). Posdata sobre las sociedades de control. Recuperado de:
<http://www.fundacion.uocra.org/documentos/recursos/articulos/Posdata-sobre-las-sociedades-de-control.pdf>

- Deleuze, G. (2008). En medio de Spinoza. Recuperado de:
<http://gnoseologia1.files.wordpress.com/2011/03/en-medio-de-spinoza.pdf>
- De León, N. (1996). La locura y sus instituciones. En Historia, violencia y subjetividad. III Jornadas de Psicología Universitaria. (pp. 157-162) Mdeo: Ediciones Multiplicidades.
- De León, N. (1996). Locura y Cronificación II. En Scherzer, A., Revista Universitaria de Psicología N° 5. Montevideo: Editorial Multiplicidades.
- De León, N. (2005). ¿Por qué no hablar con la locura? En Protesoni, A.L. & Folle, A.M., Tránsitos de una Psicología Social (pp. 117-126). Mdeo: Psicolibros.
- De León, N. (2013). Procesos de Reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario. En De León, N. Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. (pp. 87-93). Montevideo: Ed. Psicolibros Waslala.
- De Rotterdam, E. (2007). Elogio de la locura. Recuperado de:
<http://books.google.es/books?id=9XnW3GGY3l8C&pg=PR16&dq=elogio+de+la+locura&hl=es&sa=X&ei=o4NRVOihBsagqwT7vYSYBQ&ved=0CCIQ6AEwAA#v=onepage&q=elogio%20de%20la%20locura&f=false>
- Duffau, N. (2013). La historia de la locura en Uruguay. Una reflexión historiográfica en torno a la obra de José Pedro Barrán. En Revista de la Biblioteca Nacional. Recuperado de:
http://www.bibliotecadelbicentenario.gub.uy/innovaportal/file/53045/1/revista_bibna_nro_8.pdf
- Eira, G. (1996). Cuerpo y subjetividad. Hacia la estrategia viral en el fin del milenio. En Historia, violencia y subjetividad. III Jornadas de Psicología Universitaria. (pp. 80-86). Mdeo: Ediciones Multiplicidades.
- Foucault, M. (1976a). Historia de la locura en la Época Clásica. Tomo I. México, D.F. Ed. Fondo de Cultura.

- Foucault, M. (1976b). Vigilar y castigar. Recuperado de:
<http://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>
- Foucault, M. (2000). Los anormales. Bs. As.: F.C.E. Arg. S.A.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico* Mexico: Ediciones AKAL.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser. Bs As: Lugar Ed.
- Garmendia, J. (2013). Locura, institución y norma. Recuperado de:
<http://nucep.com/wp-content/uploads/2013/01/Javier-Garmendia- Locura-institucion-y-norma.pdf>
- Goncalvez, L. (2005). La metodología genealógica y arqueológica de Michel Foucault en la investigación en Psicología Social. En Protesoni, A.L., Folle, A.M., Tránsitos de una Psicología Social (pp. 55-66). Mdeo: Psicolibros.
- Goncalvez, L. (2007). El cuerpo en la clínica. Un abordaje bioenergético y social de las subjetividades contemporáneas. En Pérez, R., (Comp.) Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea. (pp.129-140). Montevideo: Psicolibros universitario
- Goncalvez, L. (2009). Ética, estética y política en la clínica social. En De León, N., Derivas de la Psicología Social Universitaria. (pp. 395-411). Montevideo: Levy.
- Jimenez, A., Baroni, C., Giordano, M., Cresci, L. y Planchesteiner, D. (2013). Locos por la radio. 15 años de comunicación participativa. En N. de León 56 (Coord.), Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental (pp. 165-179). Montevideo: Levy.
- Kakuk, M. (2013). Aspectos jurídicos en el campo de la salud mental, Derechos Humanos: un tránsito necesario. En De León, N. Salud Mental en Debate.

Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. (pp. 71-84). Montevideo: Ed. Psicolibros Waslala.

- Lans, A. (1999). Grupo-formación y campo de fuerzas. Agenciamientos de enunciación colectiva. En Lans, A., Comunidad clínica y complejidad. (pp. 117-128). Mdeo: Ed. Multiplicidades.
- Lans, A. (2007). Cuerpo y deseo en la producción de subjetividad. En Pérez, R., (Comp.) Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea. (pp.27-47). Montevideo: Psicolibros universitario
- Leopold, L. (2007). Cuerpo, norma y excepcionalidad. En Pérez, R., (Comp.) Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea. (pp.338-342). Montevideo: Psicolibros universitario.
- Moffat, A. (1974). Psicoterapia del oprimido. Buenos Aires: Librería Ecro.
- Ottonelli, F. (2013). Marco jurídico: Salud Mental y Derechos Humano. En N. De León (2013) Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. (pp. 59-70). Montevideo: Ed. Psicolibros Waslala.
- Pavlovsky, E., De Brasi, J. C. & Kesselman, H. (1996). Escenas Multiplicidad (Estética y micropolítica) Ed. *Búsqueda de Ayllú. Entre Ríos.*
- Páez., V. (s.f.). La Verdad de un Loco. Recuperado de:
http://www.luciernaga-clap.com.ar/articulosrevistas/41_bufon.html
- Pinel, P. (1804). Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma, o manía. Recuperado de:
<http://books.google.com.uy/books?id=WhRMtW5wi3YC&printsec=frontcover&dq=pinel+tratado+medico+filosofico&hl=es&sa=X&ei=B4lRVKWUA8SYNo3hg7qM&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=pinel%20tratado%20medico%20filosofico&f=false>

- Raggio, A. (1999). Por una ética de la intervención. Notas acerca de la dimensión ética de la práctica psicológica. En En Lans, A., Comunidad clínica y complejidad. (pp. 65-74). Mdeo: Ed. Multiplicidades.
- Rodríguez, A. (2007). Los cuerpos en los bordes. En Pérez, R., (Comp.) Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea. (pp.129-140). Montevideo: Psicolibros universitario
- Spinoza (1971). Obras completas. Ética y tratados menores. Recuperado de: <http://books.google.com.uy/books?id=ojAlwNmmUnEC&printsec=frontcover&dq=la+etica+spinoza&hl=es&sa=X&ei=VJIRVPzAEYynNqGtg-AC&ved=0CCUQ6AEwAg#v=onepage&q=la%20etica%20spinoza&f=false>
- Techera, A. Apud, I. y Borges, C. (2009). La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Montevideo: CSIC, Universidad de la República (Uruguay).
- Techera, A., De León, N. Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J. (...) Sánchez, C. (2013). Pasado, presente y futuro de las Políticas Publicas en Salud Mental. En N. De León (2013) Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala.
- Tosta, M. (2009). La Reforma Psiquiátrica Brasileña: Perspectivas y problemas. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400001
- Zaffaroni, R. (2011). Criminología y psoquiatria: El trauma del primer encuentro. En Revista Salud Mental y Comunidad. Buenos Aires: Ediciones UNLa.