

Trabajo Final de Grado

Monografía

Surcando la locura: De la
tutela al derecho, de la
reclusión al lazo

Rocío Verónica Regusci Varela

Tutora: Asist. Mag. Victoria Areosa

Revisora: Prof. Adga. Dra. Cecilia Baroni.

Montevideo, Uruguay
Octubre, 2025

A mi familia y amigas por ser refugio y sostén durante todo este trayecto.

A las compañeras que con mates y charlas hicieron este recorrido más ameno y amigable.

*A Victoria, por brindarme las herramientas necesarias para que pudiera realizar este trabajo con
confianza y disfrute.*

*Al tata Leonel, que aunque los tiempos no corrieron a nuestro favor para poder vivir este momento
juntos, siento su orgullo por haber logrado lo que le prometí.*

A las/os lectores, por elegir adentrarse en el mundo de la locura y no ser indiferentes ante ella.

Gracias!

Índice

<i>Resumen</i>	3
<i>Introducción</i>	4
<i>Navegar es necesario</i>	5
<i>Lo que no se ve: el sufrimiento psíquico como dimensión subjetiva del dolor</i>	5
<i>La herida social de la locura: estigma y enfermedad mental</i>	8
<i>El encierro como forma de coerción social</i>	12
<i>Primer anclaje: Ley 9.581- 1936</i>	13
<i>Segundo anclaje: Plan Nacional de Salud Mental - 1986</i>	21
<i>Tercer anclaje: Ley 19.529- 2017</i>	27
<i>Reflexiones finales</i>	34
<i>Referencias bibliográficas</i>	36

Resumen

En el marco de una creciente serie de movilizaciones en torno a una mejora en cuanto a las condiciones de la atención en salud mental en nuestro país, y teniendo en cuenta las normativas existentes en relación a la misma, es que a partir de este trabajo me propongo abordar lo que considero los tres hitos fundamentales que cimientan nuestro sistema actual, la ley 9.581 de 1936, el plan nacional de salud mental de 1986 y por último la ley de salud mental N°19.529 promulgada en el año 2017.

Asimismo me propongo analizar de manera transversal la noción de sujeto con sufrimiento psíquico, los modos de conceptualización a través de los distintos contextos socio históricos y las prácticas institucionales llevadas a cabo, con el objetivo de aportar una reflexión crítica sobre las políticas, los dispositivos y las concepciones que orientan la atención del sujeto en el campo de la salud mental desde una mirada sensible y comprometida con los derechos humanos. La escritura se plantea como un acto reflexivo y ético, invitando a cuestionar las prácticas que pueden reproducir formas de vulneración o exclusión.

Palabras clave: Salud mental, atención, políticas públicas, estigmatización, locura.

Introducción

El presente trabajo final de grado tiene como propósito revisar, analizar y sistematizar la producción académica nacional perteneciente al ámbito psi que de cuenta del proceso de reforma del sistema de salud mental en Uruguay en el período comprendido entre 1936 y 2017. La delimitación de este lapso de tiempo se corresponde con la reestructuración del sistema de atención y la implementación de transformaciones significativas en el campo de la salud mental uruguaya como lo son la Ley 9.581, el Plan Nacional de Salud Mental y la Ley 19.529. Estos sucesos serán entendidos como hitos históricos que marcaron la línea de tiempo analizada y serán presentados a través de anclajes como forma metafórica de traer a la producción teórica la figura de la Nave de los Locos¹.

Las fuentes históricas utilizadas para el desarrollo de este trabajo consistirán en revistas médicas y artículos académicos publicados dentro del período mencionado dialogando en paralelo con distintos autores que refieren a la temática en particular.

El objetivo de esta producción consiste en contribuir a la visibilización y reflexión sobre nuestro sistema actual de atención en salud mental teniendo en cuenta los factores y procesos que lo conformaron, así como también el lugar que ocupa en ellos quien recibe la atención.

Por medio de este escrito pretendo que el lector pueda constituir una mirada general y crítica sobre el tema abordado considerando su gran relevancia social y política que nos convoca a todos y todas.

En un contexto de tensiones, cambios, permanencias, revoluciones y resistencias, pretendo dar lugar al cuestionamiento de lo instituido, a desarmar los supuestos arraigados en el tejido social que operan como límites fronterizos a través de concepciones dicotómicas que fijan identidades dentro de categorías inamovibles, obturando cualquier posibilidad de transformación y desestimando toda forma de existencia que supere los marcos normativos establecidos.

Como mencioné anteriormente, en las siguientes páginas me propongo navegar a través de un recorrido por los diferentes sucesos que marcaron la historia de la salud mental en nuestro país, así como también indagar en la atención brindada a los usuarios y la concepción que se tenía de los mismos según las producciones seleccionadas.

Considero importante trabajar en términos de sensibilización con el objetivo de deconstruir aquellas concepciones estigmatizantes que forman parte del imaginario social y actúan sobre la persona con sufrimiento psíquico generando marginación, vacío, deshumanización,

¹ La nave de los locos es un cuadro del pintor neerlandés El Bosco donde se plasma a la locura como debilidad humana. Ésta también aparece en la obra Historia de la locura de Michel Foucault como “nave” encargada de expulsar de las ciudades a los locos en la Edad Media europea.

entre muchos otros efectos que no hacen más que reafirmar las lógicas manicomiales que operan fuera de los muros institucionales aún en la actualidad.

Este trabajo busca generar a partir de la lectura un espacio para poder interrogarnos acerca de los procesos de subjetivación que intervienen en la conformación de nuestra mirada hacia la locura así como también nuestra manera de habitarla.

Navegar es necesario

Lo que no se ve: el sufrimiento psíquico como dimensión subjetiva del dolor

Con el fin de evitar ambigüedades y precisar el marco conceptual del presente trabajo, resulta necesario determinar a qué nos referimos cuando hablamos de *sufrimiento psíquico*.

Desde una perspectiva de orientación psicoanalítica el sufrimiento psíquico se origina en las perturbaciones de la relación del sujeto con el objeto, y se manifiesta como ansiedad ante la pérdida de gratificación proveniente del objeto —ya sea externo (interpersonal) o internalizado—, o como resultado de la influencia del entorno interpersonal (Ávila-Espada, 2011, p.129).

Mediante este punto de vista, el dolor psíquico y el sufrimiento humano no se diferencian entre sí, ambos son caracterizados como la expresión de un monto de excitación elevado en el sistema cuya estabilidad estaría representada por la homeostasis entre el placer/displacer; en consecuencia, el monto “estable” de energía generaría el equilibrio mental (Lander, 2012, p.111). Siguiendo en esta línea, el sufrimiento psíquico reflejaría el desequilibrio entre estos sistemas, que para Freud va a consistir en situaciones que conspirarían para que el hombre alcance la felicidad (Augsburger, 2002).

Sin embargo, teniendo en cuenta la coexistencia de los diversos marcos conceptuales que estudian este fenómeno y debido al enfoque de este trabajo propongo analizar este concepto desde una perspectiva más amplia, desligándolo de la noción de enfermedad y entendiéndolo como la manifestación de variables que permean en la psiquis del sujeto produciendo cierto malestar y desequilibrio emocional.

En palabras de Galende (1997, citado por Augsburger, 2002):

Las dificultades para enamorarse verdaderamente, los infortunios de la vida en pareja, la insatisfacción general con las vidas actuales, el fracaso o la frustración en el ámbito del trabajo, la soledad o las dificultades para relacionarse con los otros, configuran un conjunto de nuevos problemas subjetivos que no pueden resolverse ensanchando las clasificaciones nosográficas (p.65).

Continuando con los planteos de esta autora, la misma expresa que “produciendo esa delimitación objetiva de la enfermedad queda ausente la dimensión subjetiva de quien la padece” (p. 64).

Siguiendo con lo anterior podríamos preguntarnos ¿qué rol cumplen las instituciones sanitarias encargadas de atender el sufrimiento psíquico cuando éste se presenta como un obstáculo para la sostenibilidad de la vida?. Si nos remitimos a la finalidad de las mismas, particularmente las instituciones psiquiátricas, éstas pueden ser entendidas como dispositivos sociales orientados a la intervención sobre las manifestaciones del sufrimiento psíquico. En este marco, dicho sufrimiento es conceptualizado principalmente como enfermedad, lo que justifica su abordaje mediante prácticas de observación, diagnóstico, tratamiento y cura con el fin de devolver a la sociedad sujetos funcionales a ella. A continuación destaco algunas ideas provenientes de diferentes autores sobre la enfermedad mental y la psiquiatría en cuanto disciplina encargada del abordaje de esta última.

Una de las perspectivas innovadoras en relación a la enfermedad mental fue propuesta por Szasz (1994), médico psiquiatra de origen Hungaro que revoluciono el ámbito de dicha disciplina con el planteamiento de la enfermedad mental como mito creado por el hombre. Para dicho autor, (...) la sociedad europea de fines del siglo xix estaba madura para considerar casi cualquier incapacidad —y en especial la histeria, que se parecía tanto a un trastorno orgánico— como una «enfermedad». (p.23). Sin embargo, de acuerdo con su idea:

(...) el hecho de clasificar a los individuos incapacitados por problemas vitales con el rótulo de «enfermos mentales» retardó el reconocimiento de la naturaleza esencial de los fenómenos. Sostener que las personas perturbadas son «enfermas» suena, a primera vista, como una gran merced, porque confiere la dignidad de padecer una «verdadera enfermedad»; pero este punto de vista lleva consigo un peso oculto, que arrastra otra vez a los sujetos perturbados hacia el mismo tipo de incapacidad del que este cambio semántico y social iba a rescatarlos.(p.23)

Porter (2003), quien comparte con Szasz la misma idea en cuanto a la construcción social de la enfermedad mental, menciona que la misma es “(...)un mito inventado por psiquiatras con aspiraciones de ascenso profesional y respaldado por la sociedad pues valida soluciones cómodas respecto a personas problemáticas” (p.14).

En cuanto a la psiquiatría como disciplina abocada a la enfermedad mental como objeto de estudio, Huertas (2001) la describe como:

(...) una de las respuestas articuladas para hacer frente a las alteraciones mentales, pero sus criterios (diagnósticos o terapéuticos) cambian según la cultura, la sociedad o el momento histórico que consideremos. Es más, dentro de un mismo contexto

sociocultural, dichos criterios dependen también, en gran medida, de variables —como la clase social o el género—, o de la «cultura profesional» del psiquiatra. (p.27)

En líneas generales, y en consonancia con la última formulación, la enfermedad mental, presente en la sociedad desde sus inicios como perturbaciones de la mente, estudiada por distintas figuras tales como Charcot con el estudio de la histeria, Freud con su teoría del inconsciente, Pinel con el trato humanizado hacia los enfermos, entre otros aportes, no dejó de ser concebida como una amenaza al orden público siendo objeto de control y normalización por parte de la psiquiatría y especialmente por las instituciones asilares y monovalentes creadas con el fin de contener toda forma de manifestación fuera de la norma establecida en ese momento en particular.

Las instituciones psiquiátricas mencionadas anteriormente se sitúan en una posición ambivalente ya que por un lado, son pensadas como espacios necesarios para la contención y el tratamiento, pero por otro, tienden a reproducir en su funcionamiento ciertas lógicas culturales —como la eficiencia, el rendimiento y la estigmatización— que pueden profundizar el malestar o modificar sus formas de expresión. Esta dialéctica invita a repensar las prácticas clínicas y políticas institucionales desde una perspectiva que reconozca el sufrimiento psíquico como un fenómeno tanto individual como social y cultural.

En palabras de Freud (1981, citado por Augsburg, 2002) presentes en su libro *El Malestar de la Cultura* sostiene que:

El sufrimiento amenaza a los hombres desde tres sitios diferentes: desde el propio cuerpo, sujeto a la decadencia y finitud, desde el mundo exterior, desde las fuerzas de la naturaleza que pueden ser destructoras e implacables, y desde los vínculos con otros seres humanos. Afirma que esta última fuente de sufrimiento es quizás la más dolorosa (p.65)

Esta última afirmación deja en evidencia la importancia de los vínculos y lazos sociales en las personas institucionalizadas y que genera en mí ciertas interrogantes que sirven como motor de este trabajo, ya que considero que subyacen en todos y cada uno de los aspectos abordados en el. Locura y sociedad como cuestiones indisociables una de la otra; ¿de qué manera habitamos la locura?, ¿de qué manera tejemos redes en pos de un porvenir donde los muros tampoco existan entre nosotros?, ¿existe un ellos y un nosotros/as?, y como menciona Amarante (2007) “¿Qué es normal? ¿Qué es ser normal? ¿De cerca, nadie es normal? Pero, si esto es 'verdad', podemos concluir como argumenta Ernesto Venturini (2005), que "¡de cerca tampoco nadie es anormal!" “(p. 20).

La herida social de la locura: estigma y enfermedad mental

Antes de comenzar con el desarrollo de los ejes fundamentales, me parece útil para un mejor entendimiento de este trabajo, tomar en consideración algunos aportes en relación al concepto de Locura, Enfermedad mental y Estigma.

Para Salaverry (2012) “Desde una perspectiva histórica, las enfermedades mentales se han encontrado constantemente en los límites entre las interpretaciones naturalistas y sobrenaturales de la enfermedad, lo que también ha contribuido a su tardía incorporación como problema de salud” (p. 144). Siguiendo a este autor, él mismo plantea que los primeros informes en occidente sobre problemas de salud mental se encuentran en la literatura sagrada, donde se le atribuye un origen sobrenatural a la enfermedad mental, compartida tanto por los legos como por los sanadores profesionales. Las culturas más complejas atribuían la locura a los dioses y las más primitivas a los demonios o fuerzas naturales. (p. 144).

Porter (2003), plantea que ésta última aparece en la forma de fatalidad o de castigo, ya desde los primeros mitos religiosos y fábulas heroicas. Las alteraciones en el estado de ánimo, el habla o comportamiento eran atribuibles a poderes sobrenaturales (p. 21-23). El mismo menciona que en la mitología griega, “La vida y la conducta, tanto la normal como la anormal, estaban a merced de fuerzas externas y sobrenaturales; los humanos son llevados literalmente a la locura por el odio, la angustia o la venganza” (p. 24).

Con la creciente expansión de la ciencia y el uso de la razón como medio de conocimiento, se vio la necesidad de darle un nuevo sentido a la enfermedad mental mediante una interpretación naturalista de las mismas. Dicha interpretación se inicia en Grecia hacia el siglo V a.C y como lo dice su nombre, se basaba en el origen natural de la enfermedad mental. Un ejemplo de esto fue la interpretación humoralista, la cual consistía en explicar los fenómenos psicopatológicos por medio de la ciencia biologicista, es así que el desequilibrio de los humores del cuerpo generarían una alteración de las facultades racionales (Álvarez et al., 2009, p.52).

La medicina hipocrática explicaba la salud y la enfermedad en términos de “humores” (secreciones o fluidos elementales); el cuerpo estaba sometido a ciertos ritmos de cambio y desarrollo determinados por estos humores esenciales contenidos tras la envoltura de la piel. Dichas secreciones cruciales eran la sangre, la colera (o bilis amarilla), la flema y la melancolía, y cumplían cometidos específicos en el sostenimiento de la vida (...) además cada humor tenía su color distintivo: sangre-rojo, colera-amarillo, flema-pálido, melancolía-oscuro; estas tonalidades eran las responsables del color del cuerpo y explicaban por qué ciertas razas eran,

blancas, negras, rojas o amarillas así como también por que ciertos individuos eran más pálidos, más morenos o más rubicundos que otros. (Porter, 2003, p.48)

En palabras de Porter (2003), y centrándonos específicamente en la causalidad de los trastornos mentales según la interpretación humoralista mencionada anteriormente, “el exceso de sangre o de bilis amarilla era causa de manías mientras que el exceso de bilis negra, por ser esta demasiado fría y seca, traía como resultado ruindad, melancolía o depresión” (p.49).

A lo largo de los siglos XVII y XVIII además de producirse un marcado alejamiento en la relación locura-religión, comenzó una fuerte medicalización que produjo un desplazamiento del lugar de locura, al de enfermedad, el loco ya no es un sujeto con dotes divinos sino que pasa a ser un sujeto peligroso, asociado al crimen y a todo aquello que atenta contra el buen orden social (Álvarez et al., 2009, p.62).

Fue a partir de la segunda mitad del XVIII cuando la locura comenzó a ser taxativamente separada de la cordura y el loco dejó de ser alguien “inocente”. La insensatez, los comportamientos “desviados”, las costumbres “depravadas”, los hábitos lascivos y, en definitiva, las desviaciones de la norma social terminarán por ser transformados en errores susceptibles de corrección e incluso de castigo. (Álvarez et al., 2009, p.64)

Frente a estos planteos, resulta pertinente precisar el concepto de medicalización en pos de comprender a que refiere el mismo ligado al fenómeno de la enfermedad mental. En palabras de Moraes (2016), por medicalización se entiende la creación y ampliación del concepto de “enfermedad mental” a zonas del comportamiento humano hasta entonces no patologizadas, aunque consideradas fuera de la “norma”. En las palabras de Barrán (1999, citado por Moraes, 2016):

La “medicalización” hace aflorar el miedo de ser considerado “enfermo” y, en tal sentido, la separación entre “normal” y “patológico” – entre “hombre común” y “loco” o “enfermo mental” – daría cierta seguridad. Se afirman dispositivos de apaciguamiento del miedo, que separan – física y moralmente – “enfermo mental” y sociedad: “el Manicomio era la institución central de esta psiquiatría (...) un formidable exorcismo, un ritual apaciguador de la angustia del hombre común ante la locura”. (p. 278)

Con el surgimiento de esta nueva concepción del sujeto en donde éste es visto como incapaz de adaptarse a las normas sociales por su falta de cordura y consecuente necesidad de represión, se recurrirán a medidas de encierro y control para intentar reconducirlo y sanarlo moralmente. En relación a esto, podemos destacar los aportes de Philippe Pinel, psiquiatra francés del siglo XVIII conocido por haber incorporado un enfoque humanitario y terapéutico en relación a las enfermedades mentales.

Pinel utilizó el término Alienación mental para referirse a un disturbio en el ámbito de las pasiones, éste último generaría desarmonía en la mente y en la posibilidad objetiva del individuo de percibir la realidad (Amarante, 2007, p.31). Para reconducir a estas personas nuevamente a la razón, Pinel implementó el tratamiento moral, "El tratamiento moral consistía en la suma de principios y medidas que, impuestos al alienado, pretendía reeducar la mente, alejar a los delirios e ilusiones, y llamar la consciencia a la realidad" (Amarante, 2007, p.34). A pesar de desarrollarse en un contexto de encierro, ésta medida fue el primer impulso para abordar las patologías mentales desde un enfoque humanitario.

Por otra parte Ey (1978) en su tratado de psiquiatría plantea que:

Ha sido necesario que la enfermedad mental aparezca en la sociedad humana, no como una patología de la vida orgánica que amenaza más o menos mortalmente la "vida", sino como una patología de la vida psíquica que amenaza al hombre en su "humanidad". Es esto evidentemente lo que significa la noción de alienación como forma en cierta manera extrema de la enfermedad mental. (p.52)

En la actualidad, las personas estigmatizadas suelen ser portadoras de prejuicios, miradas descalificantes, segregación y otras formas de violencia que se suman a las dificultades ya existentes e incrementan los obstáculos que deben enfrentar para tener una vida social plena y provista de oportunidades.

De acuerdo con Arnaiz y Uriarte (2006):

(...) la enfermedad mental no conduce sólo a dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a desventajas a través de las reacciones de la sociedad, pues los malentendidos de la sociedad sobre los diversos trastornos mentales dan como resultado el estigma. De esta forma, personas que llevan su enfermedad mental lo suficientemente bien como para trabajar tienen sin embargo graves dificultades para encontrar un empleo porque los empleadores los discriminan. (p.49)

Los autores antes mencionados plantean un caso que permite ilustrar el impacto del estigma generado por el medio social hacia la persona con sufrimiento psíquico, a raíz del prejuicio y la desinformación:

María tiene 25 años y ha estado hospitalizada varias veces con síntomas agudos de esquizofrenia. Durante dos años no ha tenido síntomas, ha vivido sola, ha trabajado en una oficina de información turística local y ha disfrutado de una activa vida social. Sin embargo, tuvo hace poco una recaída de su enfermedad mental. La hospitalizaron de nuevo y le llevó dos meses recuperarse y estar preparada para volver al trabajo otra vez. Sin embargo, después de la recuperación se dio cuenta de que superar los síntomas de su enfermedad no era suficiente: su empleador la despidió porque creía que podía tener un ataque peligroso en la oficina debido a su

enfermedad mental. Además, su familia la convenció de que era demasiado arriesgado que viviera ella sola y le hizo volver otra vez a casa de sus padres. Dado que su familia vivía en otra ciudad, eso le hizo perder a sus amigos. En resumen, a pesar de una buena recuperación de los síntomas de su enfermedad mental, al mes de darle de alta del hospital, María había perdido su trabajo, su piso y sus amigos. Si María en vez de tener esquizofrenia hubiera tenido una diabetes (que al igual que la esquizofrenia, la diabetes puede llevar a recaídas graves y hospitalizaciones), no es probable que se encontrase con un estigma público de consecuencias comparables relacionadas con su enfermedad.

(Arnaiz y Uriarte, 2006, p.50).

Siguiendo en esta línea, otro de los autores que se manifiestan sobre el fenómeno del estigma y la enfermedad mental es León Castro (2005), quien lo vincula directamente con el impacto de éste sobre el vínculo social, afirmando que la persona se vería imposibilitada de forjar lazos afectivos y afectando su propia percepción, lo que se ve reflejado en el ejemplo antes mencionado.

El paciente, sin lugar a dudas, es quien sufre directamente el peso del estigma. Al ser segregado de sus grupos de pertenencia se daña la red de sus relaciones sociales y queda paulatinamente aislado. En este caso, al trauma de experimentar un trastorno mental se suma la devastadora experiencia de la marginación, que afecta cada vez más su mermada autoestima. (p.34)

Con motivo de dar paso al siguiente apartado y de recapitular las diversas cuestiones acerca de lo que implica el término de enfermedad mental y sus devenires, considero pertinente mencionar las palabras de Gregorio Baremlitt (1988, citado por Irrazabal, 2006), en las mismas, el mencionado autor destaca la perspectiva historicista del concepto analizado y la importancia de concebirlo dentro de un marco intersectorial.

(...) la “salud y la enfermedad mental”, como el horizonte de “lo mental”, no pueden ser definidos desde un discurso teórico exclusivo o de una práctica clínica excluyentemente, sino que son un entrecruzamiento de múltiples determinaciones sociopolíticas-económicas-ideológicas, es decir, históricas: “Sólo existe enfermedad mental para una sociedad que la define como tal”. En síntesis, la enfermedad mental no puede ser pensada fuera de las determinaciones inconscientes deseantes (p. 50).

El encierro como forma de coerción social

El título de este apartado presenta de forma explícita una de las prácticas utilizadas por parte de las instituciones hospitalarias sobre las personas allí internadas con justificaciones terapéuticas y asistenciales. En relación a esto, considero importante mencionar que el Hospital, tal como lo conocemos hoy en día, no surgió inicialmente como institución médica sino que fue creado en la Edad Media como institución de caridad que “tenía por objetivo ofrecer abrigo, alimentación y asistencia religiosa a los pobres, miserables, mendigos, desamparados y enfermos”. (Amarante, 2007, p. 24) Si nos remitimos específicamente a la historia de nuestro país:

Hacia 1788 comenzó a funcionar en Montevideo, a iniciativa de la católica Cofradía de San José y la Caridad, el primer hospicio, conocido como Hospital de Caridad. El establecimiento fue, hasta fines del siglo XIX, un espacio social en el que se combinaron (y confrontaron) religión y Medicina, caridad católica y avance científico. (Duffau, 2019, p.22)

Frente a la progresiva presencia médica en dichas instituciones, sumado a la creciente necesidad de contar con un espacio físico destinado a la atención específicamente de las personas con sufrimiento psíquico, el 17 de junio de 1860 fue inaugurado el primer Asilo de Dementes. En relación a esto, Duffau (2019) menciona que:

Para solucionar la existencia de esos hombres y mujeres considerados improductivos e inadaptados a la sociedad moderna, «degenerados» o «alienados mentales» —como se los comenzó a llamar desde la segunda mitad del siglo XIX—, fue necesario que el Estado creara una institución de contención y aislamiento (p. 10).

Posteriormente, en el año 1880, el Asilo de Dementes pasó a denominarse Manicomio Nacional, lo que actualmente conocemos como Hospital Vilardebó.

Andrés Crovetto (1884, citado por Duffau, 2019) denunció las precarias e inadecuadas condiciones en las que se encontraban las personas internadas en el Manicomio Nacional, el creciente aumento de internos debido a la irregularidad en los criterios de admisión, produjo rápidamente un estado de hacinamiento. En su tesis, Crovetto manifestaba que el Manicomio contaba con seis dormitorios de cuarenta camas cada uno y dos de setenta; los cuales catalogaba como “anti-higiénicos” ya que cada uno disponía solamente de ocho lavatorios (p. 39)

Teniendo en cuenta estos antecedentes, se hacía cada vez más evidente la necesidad de contar con un accionar por parte del Estado que reorganizara y controlara de alguna forma la asistencia pública sanitaria.

La falta de normativa específica de la que carecía el país hasta el año 1936, dejaba a los enfermos en una situación de vulnerabilidad, sin garantías claras sobre la duración de su internamiento, las condiciones en las que este se producía, entre otras cuestiones inherentes a la atención de este sector de la población en particular. En muchos casos, los diagnósticos eran poco precisos, y los tratamientos aplicados eran rudimentarios, cuando no dañinos. Este panorama evidenció la necesidad urgente de una legislación que estableciera estándares éticos y sanitarios, así como mecanismos de control y protección para los pacientes psiquiátricos.

En el siguiente apartado se presentará el primer hito en lo que refiere a la presencia de las personas con sufrimiento psíquico en el sistema jurídico legal de nuestro país, éste se constituye como el principio de un largo recorrido cargado de lucha por un trato digno, una inclusión real en todas las esferas de la sociedad, y un acompañamiento afectivo que propicie una mejor rehabilitación e inserción en la comunidad.

Primer anclaje: Ley 9.581- 1936

La Ley de Asistencia al Psicópata² fue promulgada en Uruguay en el año 1936 (Casarotti, 2015). En ese momento el país atravesaba un golpe de estado al mando del presidente interino Gabriel Terra. Gambini y Milan (2016) mencionan que:

Durante la década del '30 (...) se produce en Uruguay un fuerte redoblamiento de la medicalización de la sociedad, incentivándose el interés político por la sexualidad, el control de los matrimonios y el estudio de los comportamientos sexuales, lo cual cimentaría un campo fecundo para el estudio de los biotipos, la herencia mórbida, los efectos de la degeneración, así como para la recepción de las ideas freudianas.(p.267).

Respecto al año en que se promulga la ley, Moraes (2016) señala lo siguiente:

En este mismo año el gobierno de Uruguay declarara su apoyo al Régimen Fascista de Mussolini y al Nazismo de Hitler, lo que manifestaba una simpatía con el totalitarismo, higienismo y eugenismo, estos dos últimos aspectos fuertemente relacionados a la Medicina de la época. En el ámbito específico de la Psiquiatría, podemos decir que ya existía una “Escuela” de Psiquiatría uruguaya, dado que ya se había creado la Cátedra de Psiquiatría y la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. (p.279)

² Término que hasta mediados del siglo xx fue utilizado para referirse al enfermo mental.

En relación a esto cabe preguntarnos ¿Qué lugar ocupaban las personas con enfermedad mental en dicho contexto socio histórico y político?, ¿Qué rol representan las instituciones de encierro?

Conforme a estas preguntas resulta pertinente mencionar la existencia de una marcada asociación entre las psicosis y el peligro, esto último como toda amenaza al orden público establecido, generaría un intento de control por parte de las fuerzas del estado. Como se establece en el artículo 20 de la Ley N°9.581,

Será dispuesta por autoridad policial y tendrá lugar cuando a juicio de un médico el enfermo se halle en estado de peligrosidad para sí o para los demás, o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la tranquilidad, la moral pública, la seguridad o la propiedad pública o privada, incluso la del propio enfermo.

(Uruguay, 1936).

Respecto a la psicosis, según el modelo unitario de ésta introducido en el siglo XIX, el neurólogo y psiquiatra alemán Wilhelm Griesinger, se adhería al mismo planteando que el conjunto de los trastornos mentales (afectivos, ideativos y deficitarios) se articulaba y sucedía a lo largo de la evolución de un proceso único, de una misma enfermedad. Iniciándose ésta con alteraciones afectivas (Schwermut o melancolía, y/o Tobsucht o manía) y, de no curar en este estadio, se produce una metamorfosis del yo que terminaría por conformar un delirio sistematizado o locura (Verrücktheit), para concluir en la demencia (Álvarez et al., 2009,p.76).

Alrededor de los años 60, periodo en donde se desarrollaba en Europa el movimiento anti psiquiatría, Henry Ey planteaba una concepción psicopatológica asentada en la noción de “desestructuración” de las funciones, separando así dos grandes grupos patológicos: la disolución del campo de la conciencia (psicosis agudas, manía y melancolía) y la disolución de la personalidad (neurosis, psicosis crónicas, retrasos y demencias).

Para él la enfermedad mental suponía un déficit en la organización progresiva del ser y una modalidad regresiva de la existencia, así como también le otorgaba a la patología mental el poder de afectación de la libertad del hombre y su pérdida potencial merced a la enfermedad. (Álvarez et al., 2009,p. 110-111)

Retomando con los aportes sobre la implementación de la ley 9.581 en nuestro país, se pretendía legislar en favor de una mayor autonomía de las personas con enfermedad mental y una defensa de sus derechos frente a la posibilidad de abusos por parte de entes u organismos con poder. Sin embargo, las personas catalogadas como enfermos mentales contaban con cierto grado de peligrosidad, según se comprendía en ese momento, por lo

que se consideraba necesario recurrir a normativas que respaldaran acciones de resguardo, tanto para ellos como para terceros (Casarotti, 2015, p.138).

La idea de peligrosidad asociada a la locura emerge en el marco de las preocupaciones por la higiene mental pública, concibiéndose la locura como un factor de riesgo social. En este contexto, se establece una relación entre criminalidad y enfermedad mental, asignándole a la psiquiatría hasta mediados del siglo XIX, un rol central como dispositivo de poder encargado tanto de la prevención como de la eventual cura de dicha condición (Foucault, 2007, p.116).

Para explicar la idea de peligro asociado a la perversión, Foucault (2007) comienza su trabajo refiriéndose a la existencia de las pericias médico legales como forma de categorizar a los anormales³, como instancia de control hacia los mismos. Podría interpretarse como un intento de normalizar a los sujetos que exceden los límites de lo jurídico y, especialmente, de lo considerado moralmente correcto.

En esta obra el autor continúa desarrollando esta idea realizando una analogía entre la práctica social de la exclusión a los leprosos hacia 1400-1430 en el norte y este de Francia (Foucault, 2007, p.50); y la manera en la que se ejerce el poder sobre los locos, los enfermos, los criminales, los desviados, los niños y los pobres. A esta primera etapa la relaciona con el Gran Encierro, dado que se trató de prácticas y mecanismos referentes a la exclusión de ese sector de la población, donde se lo rechazaba y exiliaba como forma de purificación de la sociedad.

Con la aparición de la peste entre fines del siglo XVII y principios del siglo XVIII, este modelo fue reemplazado por el de la inclusión, “no se trata de excluir sino de establecer, fijar, dar lugar, asignar sitios, definir presencias, y presencias en una cuadrícula” (p. 53). En relación a esto considero importante no confundir este último concepto de la inclusión como aceptación, reconocimiento o valoración de la diversidad, sino como herramienta o mecanismo de control ejercido por el poder, como forma de intervención sobre toda amenaza o peligrosidad que atentara contra la norma.

En palabras de Foucault (2007)

Lo Normal se establece como principio de coerción en la enseñanza con la instauración de una educación estandarizada y el establecimiento de las escuelas normales; se establece en el esfuerzo por organizar un cuerpo médico y un encuadramiento hospitalario de la nación capaces de hacer funcionar unas normas generales de salubridad; se establece en la regularización de los procedimientos y de los productos industriales (...) En un sentido, el poder de normalización obliga a la

³ Término utilizado por el autor para hacer referencia a las personas consideradas fuera de la norma según los dispositivos de poder.

homogeneidad; pero individualiza al permitir las desviaciones, determinar los niveles, fijar las especialidades y hacer útiles las diferencias ajustando unas a otras. (p.170-171).

En síntesis, el poder de normalización se ejerce a través del control de los cuerpos anulando las individualidades; a continuación haré mención a la presencia de este poder en nuestro país en una época donde la productividad, la educación y el orden social eran unos de los principales objetivos, produciendo que los sujetos que no se ajustaran a ellos quedaran al margen, fuera de la órbita de lo social. En la década de los 30 y los 40 hubo influencias ideológicas del contexto internacional. Era la época en que los conservadores del mundo se deslumbraban con la “eficiencia” y la “disciplina” social que imponían el fascismo italiano o el nazismo alemán (Nahum, 2011,p. 154), lo que explica, en parte, que en nuestro país se apuntara a tales objetivos.

En lo que refiere a la educación,

Entre 1940 y 1960 se multiplicó casi por 4 el número de inscriptos en 1er año de liceo, pasando de 20.000 a 70.000 estudiantes. Esto era el reflejo de la tradicional confianza de la clase media en el papel de la educación como instrumento básico para el ascenso social y económico. Esa convicción, típica de los inmigrantes del primer tercio del siglo, se habrá extendido a toda la sociedad (Nahum, 2011,p. 225).

Retomando con el sentido que se le da a las personas catalogadas como enfermos psiquiátricos en una sociedad como la descrita en el párrafo anterior, Duffau (2019) menciona que:

la categorización de enfermo psiquiátrico excedió la enfermedad y contribuyó a conformar un estereotipo de inadaptado social al que, por su modo de vida o sus prácticas, se intentó marginar de la civilización a través de un discurso que rechazó la no productividad en el mercado económico (y los locos no eran productivos), la enfermedad en una sociedad cada vez más medicalizada y un estilo de vida muchas veces asociado a prácticas sexuales o hábitos como el consumo de alcohol u otras drogas que, para los sectores ilustrados, se oponían al valor supremo del trabajo. (p.12)

Juan Jose Pulleiro (1944) en su artículo “Aspecto Pedagógico de la Reforma Penal del Uruguay”, publicado en la Revista de Criminología, planteaba que de acuerdo a las exigencias de la sociedad, se fomentaba el desarrollo de las capacidades y aptitudes de cada individuo para que les sea posible “levantar su propio peso” y ser funcional a lo que la misma exigía y pretendía de ellos, para no ser “un punto muerto”, sujetos inadaptados, negativos, anormales (p.60). Las personas con padecimientos de lo psiquiátrico no quedarían exentos de estas clasificaciones dicotómicas que permeaban en el imaginario

social generando impresiones negativas y desdén. Frente a esto y en un intento por atender las necesidades de dicha población desde una normativa jurídica, es que se crea la Ley 9.581.

Denominada de Asistencia al Psicópata, dicha ley consta de 48 artículos que se dividen en 8 capítulos donde se introduce el concepto jurídico de "psicópata".

A principios del siglo XIX la conducta psicopática - como cualquier otro tipo de desviación- era considerada, con frecuencia, como el resultado de la posesión del diablo. Pinel fue el primer autor que observó y documentó a un cierto grupo de pacientes que mostraban acciones notablemente atípicas y agresivas, "aparentemente normales", pero expuestas a extraños ataques de ira, sin que estos se acompañasen de cualquier sentimiento de culpabilidad ni deficiencias en su capacidad de razonamiento. Pinel empleo la clasificación original de "manía sin delirio" para designar a este grupo de sujetos. Se les atribuía un defecto específico en sus capacidades morales (Esteban Martinez & Molero Moreno, 1996,p.44).

Hoy en día, la psicopatía como tal, se encuentra en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), dentro de la categoría de Trastornos de personalidad del tipo B, como Trastorno de la personalidad antisocial. Encontrándose dentro de los criterios diagnósticos, un patrón general de desprecio y de violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o en la adolescencia temprana y que continúa en la edad adulta, un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en que se violan los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales apropiadas para su edad. Los comportamientos específicos característicos del trastorno de conducta se agrupan en estas cuatro categorías: la agresión a personas y animales, la destrucción de la propiedad, los fraudes o los hurtos, o la violación grave de las normas (DSM-5, 2014,p.659-660).

El código penal, entrado en vigencia el 1 de julio de 1934 durante el mandato del presidente Terra, inspirado en las doctrinas de la política criminal, había adoptado el principio de la peligrosidad para medir la responsabilidad penal e incorporar, al lado de las penas, las medidas de seguridad como nuevo y decisivo instrumento para la eficacia de la defensa a la sociedad. (Montero, 1943, p.15).

Siguiendo con lo anterior cabe preguntarnos: ¿Defensa contra quien?, ¿En favor de quienes? El Dr. Heriberto Montero (1943), en su artículo "El tratamiento correctivo del estado peligroso sin delito, en la ley N°10071", publicado en la Revista de Psiquiatría del Uruguay, menciona lo siguiente:

La defensa social exige la aplicación de medidas de seguridad no solo contra el delincuente, sino contra el predispuesto, es decir, el elemento que, por su conducta antisocial o asocial, señala una tendencia al delito. La medida de seguridad no es

una pena, en el sentido clásico del término: es un tratamiento correctivo, que trata de despojar al peligroso de su aptitud para el delito y de volverlo, más o menos inmunizado, al ambiente social donde actúa. (p.17)

De acuerdo a lo anterior podemos inferir que la ley 9.581 surge como respuesta a la preocupación por el orden social que los enfermos mentales podían llegar a poner en riesgo, al igual que los delincuentes; y la consecuente necesidad de un control preventivo. Dicho control estaría a cargo de la Inspección General de Psicópatas mientras que la dirección de los establecimientos, ya fueran privados u oficiales, estaría a cargo un médico-director quien tendría la función de asistir y dar seguimiento a cada caso, así como también llevar un registro de los mismos, el cual pondrá a disposición de la Inspección General cuando ésta lo requiera.

En esta instancia me gustaría citar un fragmento de Montero (1943), en donde menciona una concepción Platónica que de alguna forma sintetiza de manera metafórica lo anteriormente planteado: “(...) el delito es una enfermedad y la pena, la correspondiente medicina.” (p.18) y asimismo dejar plasmada una interrogante abierta a quien lee, de modo de hacer un ejercicio crítico frente a lo expuesto. ¿Enfermedad como delito y medicina como correspondiente pena?

Retomando el contenido de la ley, en lo que refiere a las características de la internación, se establece que puede realizarse de manera voluntaria, por indicación médica o por disposición judicial. Todo enfermo psíquico podrá ingresar en un establecimiento psiquiátrico oficial o privado, en las siguientes condiciones: A) Por propia voluntad. B) Por indicación médica. C) Por disposición judicial o policial. (Uruguay, 1936, art.13).

La misma está vinculada al artículo 329 del Código Penal Uruguayo, promulgado mediante la ley N° 9.155 en el año 1933, el cual refiere a los delitos contra la personalidad física y moral del hombre, específicamente al abandono de niños y personas incapaces.

El que abandonare a un niño, menor de diez años, o a una persona incapaz de bastarse a sí misma, por enfermedad mental o corporal, o por vejez, que estuviera bajo su guarda y a la cual debiera asistencia, será castigado, cuando el hecho no constituya un delito más grave, con la pena de seis meses de prisión a cinco años de penitenciaría.

(Uruguay, 1934. Código Penal, Art. 329)

El hecho de contar con una legislación que ampare los derechos de los sectores más vulnerables de la población, da cuenta del olvido y la desestimación de los mismos, no sólo en lo que refiere a lo social sino también a lo jurídico. Duffau (2019) da cuenta de esto mencionando el lugar que tuvieron los niños y los locos en una época donde la reclusión y el disciplinamiento servían como método de corrección e higiene mental.

(...) con la incorporación de la «debilidad mental» a las psicopatologías también se incorporó el estadio vital de la niñez a la labor de los psiquiatras. Los higienistas y educadores positivistas tampoco escaparon a esa visión que se combinó con la idea del niño como un ser «malo» por naturaleza —que la higiene, la medicina y la educación debían corregir. (p.111)

El autor menciona además que:

La llamada «debilidad mental» era una de las enfermedades psiquiátricas considerada más común y la que los médicos más relacionaban con el concepto de degeneración, ya que se creía que era congénita. Los cuadros de «imbecilidad» o de «idiocia» —términos de época— eran causales suficientes para la internación de una persona en el establecimiento. De ahí la presencia de niños enviados desde los asilos maternos o de huérfanos hacia el manicomio (p. 111).

Reanudando el análisis del contenido de la ley 9.581, podemos evidenciar que en la redacción de la misma, se observa una fuerte presencia de los saberes contruidos por la psiquiatría con el objetivo de dar respuesta a las enfermedades mentales desde lo biológico, reflejando a su vez, la hegemonía de la disciplina médica en la atención de los enfermos mentales y el abordaje en términos de enfermedad en lugar de salud mental.

Las terapias de tipo físico aplicadas a lo largo del siglo XX resultaban, según Casarotti (2015), eficaces por su efecto psicoterapéutico lo que hacía que desapareciera la necesidad de operar con una ley como la de 1936 (p.140). Esto resulta cuestionable en la medida en que algunos de los tratamientos para la psicosis que se llevaban a cabo en el hospital psiquiátrico de nuestro país consistían en Inoculamiento de paludismo, inyecciones de Neosalvarsan y Arsénico, Piretoterapia, Inoculamiento de *Treponema hispanicum* en sangre de rata infectada, electroconvulsoterapia, entre otros (Más de Ayala, 1930); lo que hacía que pese a su supuesta efectividad en favor de los síntomas, dichos tratamientos atentaran directamente sobre la integridad física de los enfermos sin saber sus consecuencias biológicas a largo plazo.

Stucchi-Portocarrero (2013) denominan a este tipo de modalidad terapéutica, “tratamientos biológicos”, los cuales actúan directamente sobre el organismo, mediante agentes físicos, químicos o bioquímicos, como enfermedades parasitarias en el caso del paludismo o bacterias en el caso del *Treponema hispanicum*, para inducir por ejemplo la fiebre; con el propósito de modificar la conducta u otra función mental considerada como patológica (p.146).

Entre 1940 y 1960 las concepciones en torno a la enfermedad adoptaron un nuevo enfoque, incorporando gradualmente el término de Salud Mental “denominada «positiva», en estricta

consonancia con el viejo discurso de la higiene mental y la profilaxis” (Doron, 2015, p.6). Doron (2015), sitúa el origen del término salud mental entre los años 40 y 60, dado que este periodo está marcado por un movimiento de recalificaciones y creaciones de instituciones nacionales o internacionales en torno a la referencia a la “salud mental” (...). Se trató de un conjunto de movimientos que buscaban reenfocar las prácticas sobre la prevención de las enfermedades mentales o sobre la detección de anomalías y trastornos mentales lo más pronto posible, en particular en la niñez (p.4).

Aún así, constituye un gran avance en lo que refiere al lugar en el que se coloca a la salud mental en relación a las políticas públicas. Otro gran progreso de esa época lo constituye la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada y aprobada en 1948, mismo año en que en nuestro país se crea el Patronato del Psicópata con el objetivo de velar por el bienestar de las personas amparadas por la Ley 9.581 y el de sus familiares.

Pese a lo anterior, la situación de la Salud Pública en Uruguay aún presentaba grandes carencias. Según la Revista Acción Sindical (1949), se presentaron deficiencias e irregularidades en los servicios administrativos, particularmente hospitalarios, entre ellos destacaron la falta de materiales elementales de asistencia y comida, hacinamiento en algunos lugares y construcciones terminadas sin habilitar, entre otros (p.20). Esto también incluía al ámbito de la Salud Mental, reflejándose en el siguiente fragmento:

Se ha denunciado el hacinamiento en ciertos hospitales y la necesidad de descongestionarlos: el Fermin Ferreira, en una zona ya nutridamente poblada, tiene mil enfermos bacilares, que deben ser trasladados a otro sitio. En la Colonia Saint Bois, con 300 camas, se presta asistencia a 1200 enfermos; y los planes dietistas fallan porque la cocina planeada para satisfacer a 300 pacientes, cocina para más de mil. Esta índole de apreciaciones podría extenderse al Vilardebó (Acción Sindical, 1949, p.21).

Sumado a todo lo anteriormente mencionado, se le agrega la crisis atravesada por el país durante el periodo dictatorial entre los años 1973-1985, la cual no hizo más que agravar tales circunstancias; considerando prioritaria la creación de un programa que contemple la situación desde un nuevo enfoque; lo que nos lleva al segundo anclaje de este recorrido.

Segundo anclaje: Plan Nacional de Salud Mental - 1986

Restrepo O. & Jaramillo E. (2012) señalan que:

En las décadas de 1970 y 1980 surgen una serie de críticas a las intervenciones de salud basadas en la concepción medicalizada y en la perspectiva del riesgo

individual, al considerar que estas aproximaciones se ocupan de la enfermedad, más no de la salud; aparece entonces un interés por el análisis de las estructuras y modelos sociales que permiten que las personas puedan gozar de una buena salud, dando lugar al enfoque socioeconómico (p.205).

En lo que refiere a las declaraciones brindadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la misma insiste en la necesidad de no limitar los dispositivos de la salud al tratamiento de las enfermedades, sino de desarrollar la preservación y la mejora de la salud entendida como un «estado completo de bienestar físico, mental y social» (Doron, 2015, p.6); lo que deja en claro que, según esta definición, la salud no se limita a la sola ausencia de enfermedad.

Algunos autores se han proclamado al respecto, evidenciando sus posturas en relación a dicha conceptualización. Por un lado, Doron (2015) plantea que tal definición de la OMS “está lejos de ser culturalmente neutra”(p.VII) y con varias deficiencias, por otro lado Restrepo O. & Jaramillo E. (2012) mencionan que:

En esta concepción de la salud mental se califica como “normal” a todo aquel que no se considera trastornado o que no es etiquetado como tal: “normal es el que se tolera a sí mismo y es tolerado; normal es el que tiene la suerte de formar parte de la definición convencional del no trastorno mental: es decir, tienen la buena fortuna de no caer en el área de lo que se define como el campo de la psiquiatría” (p.204).

Refiriendo a lo anterior, en el documento perteneciente al Análisis de contexto y monitoreo de las instituciones psiquiátricas (2018) se menciona que:

A pesar de que llevamos más de medio siglo haciendo eco de aquella definición de la oms en la que se afirma que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, la salud mental sigue siendo en muchos casos una etiqueta bajo la cual se presentan las investigaciones sobre trastornos mentales y se desarrollan políticas planes y programas centrados en curar, corregir, tratar o prevenir la enfermedad mental (p.208).

Entre la promulgación de la Ley de Asistencia al Psicópata y la implementación del Plan de Salud Mental, se registraron ciertos avances en el campo de la salud mental. Estos progresos estuvieron vinculados, en parte, al proceso de medicalización característico de la época, el cual contribuyó, por ejemplo, a una reducción en las tasas de internación en los hospitales psiquiátricos.

“Las medidas de medicamentación, en combinación con técnicas psicológicas de rehabilitación de laborterapia, etc, han transformado a muchos crónicos

irrecuperables en sujetos con posibilidades de ser útiles a la sociedad” (Guntín, 1984, p.11).

Sin embargo estos avances se vieron interrumpidos al año siguiente con el golpe de estado por parte del presidente Juan María Bordaberry y el apoyo de las Fuerzas Armadas, poniendo fin al estado democrático del Uruguay.

En el año 1983, dos años antes del retorno a la democracia la “situación de la asistencia en el país y la necesidad de modernizar sus estructuras preventivas asistenciales y de rehabilitación” (Guntin, 1984, p.11) hicieron que el estado interviniera estableciendo el plan mencionado anteriormente. Es de gran relevancia mencionar que en la creación del mismo no participaron ni la Cátedra ni la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, careciendo de un respaldo científico otorgado por organismos especializados en esa área.

Algunas de las medidas adoptadas en favor de una mejora en el área de la salud mental fueron el cierre del Hospital Vilardebó como hospital de agudos, la apertura del Hospital Psiquiátrico Musto en 1983 y el traslado de pacientes a la Colonia Etchepare.

Tales medidas fueron vistas como un retroceso por parte de profesionales de la salud,

La inauguración del Hospital Musto y el cierre del hospital Vilardebó han atrasado la psiquiatría en el plano nacional al nivel que tenía hace un siglo, al separar al enfermo de la sociedad y de la medicina. Se vuelve a la concepción del enfermo mental como alguien aislado, a quien hay que ocultar o eliminar, en vez de integrarlo a la red social en la medida de sus posibilidades (Guntin, 1984, p.11)

A su vez, las condiciones de asistencia con las que contaba el nuevo hospital eran precarias e insuficientes, como resultado de esta situación familiares y funcionarios presentaron un recurso de amparo mediante un escrito en nombre del movimiento Pro-Ayuda al Enfermo Psiquiátrico “Dr. Teodoro Vilardebó”, y realizaron jornadas de protesta contra las medidas adoptadas (Jaso et al, 1984, p.18), sin embargo no hay evidencia alguna de que dichas posturas hayan repercutido significativamente y generado un cambio respecto al plan asistencial.

Un aspecto clave a considerar en este punto refiere al cambio de denominación entre psicópata y psiquiátrico. Este movimiento puede ser visto como la condensación del modelo manicomial, en donde la institucionalización parece ser la única respuesta aparente frente al abordaje de las enfermedades mentales, y donde los criterios diagnósticos se circunscriben a un abanico más amplio que el de la sola psicopatía.

Hacia el final del período dictatorial, tuvieron lugar en distintas partes de la región, una serie de transformaciones en el ámbito de la salud mental que contribuyeron al avance en materia de políticas públicas sanitarias. Décadas posteriores a la reapertura democrática, luego de la dictadura cívico militar Argentina (1976-1983), se desarrollaron en el país algunas experiencias provinciales y se retomó, aunque con discontinuidades, el impulso de la

reforma que concluyó con la Ley de Salud Mental N° 26.657 promulgada en 2010 y reglamentada en 2013. (De León, 2022, p. 60)

Por otra parte, en Brasil, la reforma en el sistema de salud mental también inició con la finalización del régimen militar en donde “adquirió relevancia el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental, que realizó múltiples críticas a la situación y a las condiciones de atención. A comienzos de la década de 1980 se realizaron encuentros, jornadas y movilizaciones” (De León, 2022, p. 61).

En lo que refiere a Uruguay, en la época mencionada, se dio lugar a un encuentro entre las distintas sociedades de psiquiatría, las asociaciones de técnicos en salud mental, la Cátedra de Psiquiatría y diversas personalidades relevantes del ámbito, en el cual se acordó impulsar, en los años siguientes, el desarrollo de un Programa de Salud Mental que se centrara en lo comunitario y dejara de lado la modalidad de atención asilar-custodial. Dentro de este marco es que surge en el año 1986 el denominado Plan Nacional de Salud Mental llevado a cabo por el Consejo Nacional de Salud Mental.

A continuación se detallarán los aspectos más relevantes del mismo con la finalidad de poder contrastar y analizar las diferentes medidas establecidas en relación a la Ley antes mencionada, teniendo en cuenta el periodo de tiempo entre ambos documentos y el marco contextual en el cual se desarrollaron.

Según el documento presentado por la Comisión Nacional de Salud Mental (1986), el Plan Nacional de Salud Mental fue presentado como respuesta a la situación de emergencia sanitaria que atravesaba el país en ese período. Entre los motivos que lo impulsaron se encontraba la inexistencia de programas de promoción y prevención, escasos recursos en rehabilitación y una marcada centralización de los servicios de asistencia.

Como medida principal se plantea la creación de Centros de Salud Mental que cuenten con un modelo asistencial centrado en la comunidad, con equipos multi e interdisciplinarios y una red de servicios que pueda estar articulada e integrada con el sistema de atención de salud general. Con esta medida se pretende brindar cobertura a toda la población a nivel nacional de manera igualitaria.

También se destaca la necesidad de capacitar al personal en psicoprofilaxis, modalidad de intervención terapéutica utilizada mayoritariamente en instancias quirúrgicas u obstétricas; así como también se plantea que los Centros de Salud Mental deben estar jerarquizados mediante niveles de atención, encontrándose el Hospital Psiquiátrico en el cuarto nivel, en donde se apunta a una mejora en la calidad de la atención médica y a la vez se propone contar con el menor número de internaciones posible.

Cabe señalar que en la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental de 1986, se establecieron subprogramas en donde se apunta a la atención de poblaciones particulares como la población infantil, las personas en dependencia de drogas, de alcohol, fármaco-tóxicos-dependientes, psicogeriatría y rehabilitación.

Entre los subprogramas mencionados me interesa detenerme en el último ya que a pesar de tratarse de una iniciativa que intenta reconducir a la persona al entorno social y brindarle recursos para poder hacerlo, esta medida se basa en una concepción limitante de la misma.

Aquí Habilitar significa proveer el máximo posible de conocimientos y habilidades para alcanzar el mayor capital intelectual y físico posibles, que la parte sana de estos seres permita, para llegar al grado máximo de autonomía. Rehabilitar al discapacitado. Si bien la Rehabilitación Física (motora-sensorial-visceral) y Psíquica tienen peculiaridades diferentes que llevan a encarar metodología distinta, tienen en común denominador la DISCAPACIDAD (Comisión Nacional de Salud Mental, 1986, p.39)

El poder enunciativo de las palabras hace que repensemos en el cómo nos dirigimos a un otro y desde qué lugar lo hacemos. Como podemos observar en el párrafo anterior, se utiliza el término discapacidad para referirse a las personas con sufrimiento psíquico posicionándolas en un lugar pasivo y de carencia, de algo que no tienen y que no pueden tener por sí mismos.

Para Arnaiz y Uriarte (2006),

Etiquetar implica a menudo una separación entre “nosotros” y “ellos”. Esta separación conduce fácilmente a la creencia de que “ellos” son fundamentalmente diferentes a “nosotros”. Nuestro uso del lenguaje es revelador con respecto al uso de etiquetas para distinguir a “nosotros” de “ellos”. Por ejemplo, es común llamar a alguien esquizofrénico en vez de llamarlo persona con esquizofrenia. Para las enfermedades físicas, a menudo se trata las cosas de manera diferente y las personas dicen habitualmente que una persona tiene cáncer. La persona que tiene cáncer sigue siendo una de “nosotros” y tiene un atributo, mientras que el esquizofrénico pasa a formar parte de “ellos”. De esta forma el lenguaje puede ser una fuente poderosa y signo de estigmatización. (p.51)

En relación a esto, podemos pensar que el Plan Nacional de Salud Mental fue un gran avance en lo que respecta a políticas públicas en el área de la salud mental, en la iniciativa de transformar el modelo de atención y en la construcción de alternativas al encierro, sin embargo la manera en la que se describe al usuario deja entrever ciertos vestigios de épocas anteriores: “Enfermo mental”, “Enfermo psiquiátrico”, “Discapacitado”, son adjetivos

calificativos que no solo son utilizados en el documento, sino que también permean en el imaginario colectivo, lo que se puede leer como un discurso contradictorio.

En palabras de Aretio Romero (2010),

El lenguaje es un elemento central en este proceso: constituye la cristalización de las dinámicas de poder. Nunca es un elemento neutro. Cuando a una persona concreta se la nombra en función de un solo rasgo desacreditador (depresiva, maníaca, esquizofrénica, inmigrante, prostituta...) lo que se evidencia en el fondo es el producto de la lucha social por el poder, el juego entre quienes ganan y quiénes pierden. Por ello es tan importante nombrar de otra manera. (p. 292)

Tal como hemos visto a lo largo de este recorrido, los servicios de atención en salud mental y específicamente lo que respecta a las personas que requieren de ellos, comenzaron poco a poco a ocupar un lugar de relevancia en el campo de lo sanitario y lo social. Algunos de los cambios que se pueden advertir tienen que ver con la inclusión de tratamientos psicoterapéuticos, avances en psicofarmacología, integración de un modelo centrado en la comunidad y protección de los derechos humanos. Esto último se ve reflejado en un hecho que resulta significativo de aquí en adelante y es la Declaración de Caracas, elaborada en el año 1990 por la Organización Panamericana de la Salud en colaboración con la Organización Mundial de la Salud durante la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 1990)

La Declaración de Caracas fue clave y necesaria para que se generaran movimientos de cambio en nuestro país, uno de ellos fue el cierre del Hospital Musto en el año 1996 a causa de diversas denuncias y reclamos efectuados por familiares y profesionales que entendían que lo que allí sucedía no coincidía con lo que se pretendía construir. En la Revista Opinar (1984) se describe lo siguiente:

Medicamentos que no se suministran porque son “caros”, enfermos que mueren o se lesionan gravemente al saltar por las ventanas desde considerable altura, una ambulancia prestada que se usa para hacer “mandados”, violaciones de personas internadas por parte de funcionarios y un director administrativo que sin ser médico decide incluso sobre aspectos asistenciales, son algunas de las “perlas” que conforman el “collar” de atrocidades que enmarcan la vida del Hospital Siquiatrico Musto (p. 10)

La vulneración de derechos por parte de la institución hacia los usuarios, expuesta a través de medios de comunicación de la época, como las revistas aquí mencionadas, dejaba en claro que había que tomar medidas en el asunto y el Estado debía ocuparse de ello.

Según Juan Fernandez y Nelson de León (1996, citado por Baroni, 2016) el cierre de la institución tuvo como consecuencia lo que denominaron “desinstitucionalización forzada”. Este término alude a la situación de desamparo en la que quedan las personas al ser institucionalizadas y no contar con políticas de respaldo frente a este tipo de situaciones, convirtiéndolos en “pacientes sociales” que quedan atrapados en una suerte de “puerta giratoria” entre la atención y la calle (El proceso uruguayo, párr. 5).

Dentro de este contexto considero importante destacar la creación de Hospitales de Día, Casas de Medio Camino, Asociación de familiares y amigos de personas con trastornos mentales severos y persistentes, talleres protegidos, entre otras propuestas alternativas a lo manicomial, impulsadas en el marco del Plan Nacional de Salud Mental, que van a mantenerse a lo largo del tiempo y funcionar como espacios de resignificación del encierro una vez otorgada el alta.

Con esta serie de transformaciones en los servicios de salud de nuestro país se comenzó a percibir una nueva forma posible de abordar la diferencia, sosteniendo como prioritario lo humano y entendiendo el sufrimiento del otro como un proceso subjetivo que necesita ser acompañado y transitado de manera integral desde la multiplicidad y la escucha.

En el año 2005 se dio un cambio en la orientación política de Uruguay con la asunción de Tabaré Vazquez como presidente electo, siendo éste el primer gobierno del partido Frente Amplio en la historia política uruguaya, enmarcándose en un ciclo de gobiernos progresistas en América Latina. El país había atravesado una profunda crisis socioeconómica en el año 2002 y el posterior viraje en el mando del país daba un atisbo de esperanza.

Algunas de las políticas públicas que formaban parte de la agenda gubernamental se encontraban “la asistencia a los pobres, la negociación con los sindicatos y el tema de la violación de los derechos humanos durante la dictadura, aunado a acciones para mejorar los renglones de la salud y la educación” (Ortiz Marín, 2011, párr.10).

Una de las iniciativas propuestas que se llevaron a cabo durante la gestión fue el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), correspondiente a la ley N° 18.211, el cual declaraba asegurar el acceso de todos los habitantes residentes del país a los servicios integrales de salud, articulando a prestadores públicos y privados (Uruguay, 2007).

En consonancia con el Plan Nacional de Salud Mental de 1986, el SNIS tenía como prioritario el accionar en los primeros niveles de atención, poniendo énfasis en la promoción y prevención de salud y en la importancia de trabajar en clave de Derechos Humanos.

Tercer anclaje: Ley 19.529- 2017

Este nuevo período de transformaciones en el sector de la salud impulsó una serie de movimientos y organizaciones sociales que orientaron sus acciones al sostén y acompañamiento de las personas con sufrimiento psíquico. Baroni (2016) describe esta situación refiriéndose al surgimiento de diversas propuestas que se llevaron a cabo con el objetivo de dar respuesta a una de las necesidades más urgentes como lo son, hasta la actualidad, la inserción social y laboral de dichas personas. Algunas de las propuestas mencionadas son las del Colectivo La Grieta, el Espacio Cultural Bibliobarrio y la Cooperativa Riquísimo Artesanal (El proceso uruguayo, párr. 9).

Pese a las medidas adoptadas mediante el Plan Nacional de Salud Mental, orientadas a garantizar el acceso de toda la población al sistema de salud, y el especial énfasis en el primer nivel de atención referente a la promoción y prevención de la misma, la situación de las instituciones encargadas de albergar a las personas con sufrimiento psíquico ubicadas en la capital del país seguía siendo la misma, la falta de recursos destinados a éstas y las pésimas condiciones en las que los internos “sobreviven” tuvieron como consecuencia un trágico hecho como fue el fallecimiento de Carlos Grecco, interno de la Colonia Etchepare atacado por una jauría de perros en el año 2015.

Como respuesta al lamentable suceso, ese mismo año, la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna⁴ propone el Anteproyecto de Ley de Salud Mental y Derechos Humanos de la República Oriental del Uruguay. En el mismo se introduce una concepción de salud mental acorde a los nuevos lineamientos que se venían planteando hasta el momento, mencionando la diversidad de dimensiones que la componen y haciendo énfasis en los derechos vinculados a un bienestar integral.

La salud mental es un componente fundamental de la salud integral. Constituye un proceso de determinación histórica, social, económica, cultural, psicológica y biológica, vinculado a la concreción del derecho a la vida digna, al bienestar, al trabajo, a la seguridad social, a la vivienda, a la educación, a la cultura, entre otros derechos inherentes a su condición de persona.

(Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, 2015, p. 3)

⁴ La Asamblea Instituyente es una organización creada en el 2012 integrada por organizaciones sociales, colectivos académicos, universitarios, trabajadores, usuarios y familiares vinculados al campo de la salud mental. Tiene como objetivos producir visibilidad acerca de las condiciones de vulneración de Derechos de personas con padecimientos psiquiátricos y producir prácticas de acción colectiva que promuevan vínculos solidarios y de encuentros con la diversidad.

El objetivo del Anteproyecto fue garantizar el derecho humano a la salud mental de todas las personas que residan en la República Oriental del Uruguay, sin distinciones. También se plantean las obligaciones referentes al Estado entre las cuales se encuentra el establecimiento de un programa para el cierre de las Colonias de Alienados, Hospitales y Clínicas Monovalentes públicas y privadas de atención psiquiátrica en todo el territorio nacional con fecha 2020. Así también, se prohíbe la creación de nuevas estructuras de internación asilares y monovalentes, y el ingreso de nuevos/as usuarios/as en los aún existentes (Asamblea Constituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna, 2015, art.5, p. 5).

La ley se dirige también al usuario, definiendo el concepto del mismo y los derechos inherentes a él, con un enfoque en la atención desde el respeto, la dignidad, el derecho a la decisión e información sobre los tratamientos y la no estigmatización. Así como también se incluye a las familias y su derecho en la participación de las políticas públicas en salud mental.

Otro de los puntos que se plantean en dicho Anteproyecto, y que me gustaría traer a este escrito es el de Rehabilitación, ya que es una instancia que también fue presentada en el Plan Nacional de Salud Mental pero desde un enfoque diferente. Lejos de ser asociada al concepto de Discapacidad, en este caso se plantea que se lleve a cabo en el marco de un abordaje psicosocial comunitario, con el objetivo de promover la autonomía del usuario y su inclusión social, laboral y ocupacional. De esta manera y mediante la participación conjunta con las familias de los usuarios se pretende lograr una mejor calidad de vida posible para todos y la construcción de un proyecto de vida pleno de derechos.

La ley de Salud mental N° 19.529 presentada en este apartado, surge como respuesta a la necesidad de dejar atrás la normativa referida a la ley 9.581 de Atención al Psicópata, y adecuar el nuevo sistema a las necesidades de la población, concibiendo al usuario como sujeto de derechos, promoviendo su autonomía y orientando las acciones en un sentido de promoción y prevención de la salud en los primeros niveles de atención, así como también el debido tratamiento y posterior rehabilitación de las personas que lo requieran.

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental (Uruguay, 2017, art 2).

Es así, como en el año 2017 se deroga la ley anterior, para dar paso a la aprobación de la ley de Salud Mental N° 19.529. En este apartado se analizará el contenido de dicha ley en articulación con documentos emitidos por el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Particularmente, el análisis se centrará en el *IV Informe Anual del Mecanismo*

Nacional de Prevención de la Tortura y el Análisis de contexto y monitoreo de instituciones psiquiátricas. La decisión por abordar el presente anclaje mediante las fuentes mencionadas radica en la simultaneidad temporal que comparten entre sí y la complementariedad de sus contenidos.

La ley 19.529 se inscribe en un contexto caracterizado por la coexistencia de dos enfoques: por un lado, el modelo biomédico, asociado a procesos de medicalización, diagnósticos y control de los cuerpos; por otro, el modelo de salud mental comunitaria, orientado a la promoción de la libertad de las personas con sufrimiento psíquico y a la garantía de sus derechos fundamentales. Este último enfoque se refleja en la incorporación de la temática en la producción documental de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo.

La entrada en vigencia de la misma, establece un nuevo contexto normativo que impulsa un proceso de transformación de la atención de la salud mental de la población atendida en las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Se plantea el abordaje desde un modelo de atención de salud mental comunitaria, lo cual requiere cambios en la estructura y organización del sistema, en las prestaciones accesibles a la población y en las prácticas asistenciales de los profesionales.

A esta nueva forma de concebir la atención en salud mental la vemos reflejada en el primer artículo de la ley, el cual menciona lo siguiente:

La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social (Uruguay, 2017, art 1).

De acuerdo al Análisis de contexto y monitoreo de las instituciones psiquiátricas (2018), mediante esta normativa se pretende abandonar la perspectiva de la caridad y adoptar un enfoque basado en los derechos, en el cual se plantee un pasaje desde el paternalismo a la atribución de competencias, y desde la privación de la capacidad jurídica a la atribución del derecho a recibir apoyo para ejercer dicha capacidad. (p. 18). Esto da lugar a interrogarnos sobre el sentido que se le atribuye a la capacidad jurídica a través de los distintos procesos históricos. Sicco y García Austt (1940) presentaron este concepto a través de un caso clínico publicado en la Revista de Psiquiatría, en donde se analiza la capacidad civil de un adulto mayor mediante exámenes físicos y psiquiátricos tales como la presencia de falla intelectual, perturbación del carácter y grado de afectividad. Si se consideraba que estas características estaban presentes en el sujeto, se lo declaraba psicológicamente inhabilitado para el

ejercicio de sus derechos civiles, ordenando, por ejemplo, la interdicción de sus bienes (p.58)

En contrapartida, si nos remitimos a la actualidad, se puede decir que:

Como regla general, son consideradas incapaces por falta de discernimiento aquellas personas que no pueden ser conscientes de los efectos que derivan de sus actos en la vida civil. En caso de ser declarada incapaz, se le nombrará un curador para que sea su representante legal (Análisis de contexto y monitoreo de instituciones psiquiátricas, 2018, p. 21).

Ahora bien, partiendo de estas concepciones en la que se establecen los límites de la capacidad civil de los sujetos, me parece importante analizar qué se entiende por salud mental según la normativa vigente en nuestro país. Me parece interesante introducir este último concepto mediante el enlace con la concepción sobre capacidad, debido a que, como mencione anteriormente, se los solía asociar entre sí para determinar el estado de una persona. Un ejemplo de esto lo podemos encontrar en la Revista de Psiquiatría (1940), en la cual el Dr. Sicco menciona que la ausencia de enfermedad equivalía a salud mental. “No habiendo encontrado enfermedad mental se infería la capacidad del señor Y” , “Negar la existencia de enfermedad equivale a certificar la salud mental del señor Y” (p. 23).

Si nos remitimos a la actualidad, la normativa de nuestro país menciona que la salud mental implica “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Uruguay, 2017, art 2).

A partir de esta definición podría decir que no nos resultaría difícil advertir ciertas cuestiones relativas a lo que caracteriza a nuestras sociedades de hoy en día y que se han venido desarrollando a lo largo de todo este trabajo tales como la productividad y capacidad de los sujetos para desempeñarse satisfactoriamente dentro de su comunidad. Resulta claro que el contexto socio histórico de nuestro país ha presentado diversas transformaciones, lo que permite otorgarle nuevos sentidos a tales acciones, sin embargo podríamos preguntarnos ¿Qué determina el estado de consciencia?, ¿Cuáles son esas tensiones normales de la vida?, ¿Acaso se puede contribuir a la comunidad desde la no productividad o existe una relación intrínseca entre ellas?.

Como mencioné anteriormente en un apartado donde también planteé ese tipo de preguntas, no pretendo dar respuestas acabadas y verdades absolutas, sino animar al lector a que pueda posicionarse desde un lugar activo en relación a estas construcciones sociales y repreguntarse acerca de determinados supuestos arraigados en nuestros discursos.

El hecho de contar con una normativa que regule la situación de las personas con sufrimiento psíquico, da lugar a que organizaciones como el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP), que tienen por cometido velar por la seguridad y cumplimiento de los derechos de las personas institucionalizadas, puedan darle voz a estas personas históricamente silenciadas.

Entre otros aspectos, se trata de revertir la pérdida de derechos humanos de aquéllos que han sido colocados bajo regímenes de tutela, revisar las falencias de los procedimientos establecidos y generar alternativas que posibiliten a las personas con discapacidad psicosocial el ejercicio de su voluntad.(Análisis de contexto y monitoreo de instituciones psiquiátricas, 2018, p.19).

En lo que refiere a las instituciones psiquiátricas de nuestro país, en el año 2017 se realizaron ocho visitas inspectivas por parte del MNP, 5 visitas al Hospital Vilardebó, 2 visitas al Sector 6° B (ex Cárcel Central) y 1 visita a las Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi (CEREMOS) (IV Informe Anual del Mecanismo de Prevención de la Tortura, 2017, p.45).

En el mencionado Informe se detallan una serie de constataciones que dejan en evidencia las falencias de los centros, tanto a nivel estructural como funcional; así como también “se reconocen los avances realizados en la construcción de un proyecto de centro, departamentalización y conformación de equipos de trabajo, elaboración de protocolos de actuación y capacitación del personal” (p. 46). Sin embargo ahí mismo también se menciona que “las infraestructuras añosas, deterioradas por el simple paso del tiempo atentan directamente contra cualquier intento efectivo de rehabilitación y solo facilitan la perpetuación del modelo asilar” (p.46).

Estas constataciones por parte del MNP dieron lugar a recomendaciones urgentes con el objetivo de modificar las situaciones que así lo requerían, de esta manera los “cuartos fuertes” o también llamados “cuartos de contención” de la Sala 16, donde se aísla a aquellos pacientes que, por distintas circunstancias, no se adaptan a las condiciones de vida en los pabellones (Análisis de contexto y monitoreo de instituciones psiquiátricas, 2018, p.46), en los cuales se evidenciaba una de las situaciones de mayor gravedad, dejaron de alojar pacientes, dando lugar al uso de nuevos cuartos fuertes o de contención, reacondicionados en la obra de reforma de la Sala 11. Así como también “se realizaron reparaciones de infraestructura en el área de enfermería y el patio (Análisis de contexto y monitoreo de instituciones psiquiátricas, 2018, p.49).

En síntesis, los documentos aquí presentados, encargados de informar, analizar y monitorear las condiciones en que transcurre la vida de las personas institucionalizadas, concluye en declarar las graves condiciones de habitabilidad que se presentan en las instituciones psiquiátricas de nuestro país, así como también se constató que las respuestas

institucionales no lograban encontrar abordajes que permitieran atender a las personas con padecimientos mentales complejos en un marco de respeto a sus derechos y con proyectos individualizados (IV Informe anual del mecanismo nacional de prevención de la tortura, 2017, p.48).

Siguiendo en esta línea cabe preguntarnos acerca de la incidencia de la nueva ley en un contexto como el expuesto en párrafos anteriores. Sobre esto,

el MNP considera que la reglamentación de la Ley 19.529 deberá ser un paso más para asegurar efectivamente la consolidación del nuevo paradigma en salud mental, y para trascender el modelo hegemónico de abordaje, basado en la sustitución de la voluntad, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento de los usuarios/as de los servicios de salud mental (IV Informe anual del mecanismo nacional de prevención de la tortura, 2017,p.19).

Para esto deberá ser necesario la actuación de todos los entes sociales en conjunto, considerando principalmente el rol del estado como garante de los derechos de toda la población sin distinción alguna. En palabras de Restrepo O. & Jaramillo E. (2012) “no basta con un cambio de definición para trascender las concepciones patologizantes de la salud mental, sino que es necesario un cambio de racionalidad y sobre todo un cambio en la posición política” (p. 208).

Por último, con el motivo de dar cierre al presente apartado, y anudandolo con uno de los temas centrales de este trabajo, el cual remite al encierro como dispositivo de control y disciplinamiento de los cuerpos, resulta relevante señalar el artículo número 37 de la ley 19.529 en el cual “se impulsa la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas”. Dicho cierre fue previsto para el año 2025, sin embargo los hospitales psiquiátricos de nuestro país siguen, aún hoy, en pleno funcionamiento.

En lo que respecta a las estructuras alternativas, el mencionado artículo se refiere a éstas como los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Tales estructuras no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales (Uruguay, 2017, art. 37).

Para Baroni (2023),

Promover alternativas a lo manicomial implicará revisar los aspectos éticos de las prácticas profesionales, redimensionar la relación técnico-paciente, así como la promoción de abordajes de carácter interdisciplinario. A su vez implica, en sociedades altamente competitivas e individualistas, potenciar procesos colectivos como vía de acceso a espacios de sostén y referencia para el desarrollo de procesos saludables (p.166).

A través de esta normativa podemos advertir el lugar que ha venido ocupando el ámbito de lo social y comunitario en un terreno que ha sido históricamente marcado por la disciplina médica, ejerciendo un papel de poder totalizante en el cual el saber científico y la razón ocupaban un papel preponderante respecto a los padecimientos mentales. Con esta incorporación y acercamiento de la comunidad mediante la interdisciplinariedad de los saberes, se reafirma la importancia de contar con redes de apoyo y sostén en los procesos de atención en salud mental.

El proceso de deconstruir, de desterritorializar y de reterritorializar espacios y significados, tanto en la institución como en lo socio comunitario, permitió generar procesos que respetan la singularidad y las potencias creadoras de las personas en quienes el padecimiento tiene lugar, porque no se lo niega ni se lo rechaza. La locura, entonces, no es ajena a los cuerdos. No es de exclusividad de la psiquiatría, de la psicología o de espacios como el manicomio, los hospitales o los centros de salud, sino que es parte de la sociedad. Comenzar a pensar sin manicomios parece ser el desafío que queda por delante (Baroni, 2023,p. 167)

Cabe destacar que para la aprobación de la Ley N° 19.529, se tomaron en cuenta diversos antecedentes jurídicos relevantes para la historia de nuestro país como lo son la Ley N° 18.651 referente a la Protección Integral de las personas con Discapacidad, promulgada en el año 2010; así como también la Ley N° 18.620 referente al Derecho a la Identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios, promulgada en el año 2009.

En cuanto a la primera ley, se establece lo siguiente:

Establécese un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente a asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas. (Uruguay, 2010, art.1).

Por otro lado, en lo que respecta a Ley 18.620, en ella se establece que:

Toda persona tiene derecho al libre desarrollo de su personalidad conforme a su propia identidad de género, con independencia de cuál sea su sexo biológico, genético, anatómico, morfológico, hormonal, de asignación u otro. Este derecho incluye el de ser identificado de forma que se reconozca plenamente la identidad de género propia la consonancia entre esta identidad y el nombre y sexo señalado en los documentos identificatorios de la persona, sean las actas del Registro de Estado Civil, los documentos de identidad, electorales, de viaje u otros. (Uruguay, 2009, art.1).

Como podemos apreciar, estas normativas configuran un gran avance en lo que respecta al campo de los derechos de los colectivos minoritarios de nuestro país, sin embargo, las diferencias en la implementación de las mismas en relación a la ley de salud mental habla del lugar que ocupa dicho campo en la agenda gubernamental y las políticas públicas necesarias para generar un cambio en el modelo de atención y en la efectivización de los derechos de las personas con padecimientos de lo psiquiátrico.

Reflexiones finales

Reconozco necesario señalar que este trabajo no tuvo la pretensión de ser presentado de forma lineal y sucesiva, dado que a lo largo del mismo se introducen avances y retrocesos en lo que respecta a la situación de la salud mental pública en nuestro país.

El carácter multidimensional que atraviesa la temática abordada implicó navegar por diversas cuestiones inherentes a ella que se presentan durante todo el desarrollo del trabajo, tales como las concepciones referentes a la enfermedad y salud mental, el lugar de la psiquiatría en nuestro país, la organización de las instituciones psiquiátricas, la atención a las personas con sufrimiento psíquico y sobre todo implicó dar cuenta de los múltiples virajes que este navío tomó, aun cuando por momentos parecía estar a la deriva.

A raíz del presente recorrido por los diferentes anclajes podemos advertir que para que exista un verdadero cambio respecto a la atención brindada a los usuarios de los servicios psiquiátricos, además de la voluntad política, es necesario modificar el sistema de creencias en el que estamos inmersos en relación a la locura. Este sistema de creencias, conformado por nuestras experiencias, discursos y representaciones suelen también estar cargados de prejuicios en relación a los otros, los locos, aquellos separados por muros de contención, no solo físicos sino también como construcción simbólica de lo que percibimos como diferente. Los prejuicios, generaron estereotipos sociales estigmatizantes que, finalmente, devinieron

en distintas formas de discriminación, segregación y violencia contra los estigmatizados (Leon Castro, 2005, p.36).

A ocho años de la aprobación de la Ley 19.529, podemos afirmar la falta de implementación plena de la misma. A pesar de haberse reglamentado los decretos N° 226/018 y 31/0194 en el año 2018, y haberse promulgado en el año 2020 la Ordenanza 1488 referente al nuevo Plan de Salud Mental 2020-2027 (Romano et al., 2021,p.11), aún quedan desafíos por delante, lo que nos permite pensar en la necesidad de una generación de propuestas alternativas a lo manicomial, una asignación presupuestal que garantice la implementación de políticas públicas sostenibles, así como también considero de gran importancia la promoción de instancias de diálogo e interacción entre los diversos actores del ámbito de la salud, incluyendo no solo a los profesionales, sino también a los propios usuarios.

En este orden de ideas, podemos pensar que, si lo que refiere a las normativas y la creación de políticas públicas queda en manos del estado, entonces ¿cuál es nuestro rol respecto a esta temática? Considero este trabajo final, en parte, como respuesta a dicha pregunta, en tanto constituye un elemento facilitador de debates y cuestionamientos, de invitar(nos) a repensar nuestras prácticas en relación a la locura y nuestras formas de habitar nuevos mundos posibles; de poder participar de forma activa en la construcción de nuevas subjetividades a partir de una mirada sensible y crítica frente a lo expuesto, así como también promover la construcción de lazos afectivos como práctica de cuidado y sostenibilidad de una vida digna.

El título del presente trabajo refleja los lugares ocupados por el usuario con padecimientos de lo psiquiátrico en un contexto en donde, en un principio se lo indujo a situaciones hostiles mediante el encierro y el disciplinamiento, desubjetivándolo y sustrayendo toda singularidad y autonomía de los mismos, luego, con la proclama regional en defensa de los derechos humanos y otros sucesos en favor de una vida digna, surge la consecuente necesidad de contar con leyes y normativas que hicieran efectivos tales derechos y amparasen dicho sector.

Aunque las prácticas de encierro y lógicas manicomiales sigan reproduciéndose aún en la actualidad, existen simultáneamente espacios, en donde esos cuerpos institucionalizados pueden expandir sus potencialidades y crear lazos afectivos que ofician de puente hacia un porvenir más esperanzador. De la tutela al derecho, de la reclusión al lazo es una muestra de lo que fue, es y debería ser una realidad que nos interpela a todos y todas, de trabajar para que lo utópico se convierta en un impulso hacia lo posible.

Remamos por aquellos que se encuentran excluidos de la sociedad estando ubicados en el centro de la ciudad, remamos por aquellos que lograron su egreso de las instituciones de encierro y por aquellos que ya no están, por Carlos, por Soledad, víctimas del abandono y la ineficiencia. Por ellos y por tanto otros.

Remamos porque aún queda mucho mar por navegar..

Referencias bibliográficas

Al margen de la interpelación: sobre el estado calamitoso de los servicios de Salud Pública. (1949). Acción Sindical, 62. <https://bvs.smu.org.uy/local/smubol/5A98.pdf>

Álvarez, J. María., Esteban, Ramón., & Sauvagnat, F. (2009). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Síntesis.

Amarante, P. (2007). Superar el manicomio, salud mental y atención psicosocial. Editorial Topía.

Aretio Romero, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. Cuadernos de trabajo social, (23), 289-300. ISSN: 0214-0314.

Arnaiz, A; Uriarte, J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental, 26, 49-59.

Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. (2015). Anteproyecto de ley de salud mental https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/asamblea_instituyente_propuesta_anteproyecto_ley_de_salud_mental_2015.pdf

Augsburger, A.C. (2002) De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos Médico- Sociales 81: 61-75. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

Baroni, C. (2016). *Un movimiento contra el olvido. Aportes para pensar el proceso de desmanicomialización en el Uruguay.* hemisferioizquierdo. <https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2016/07/04/un-movimiento-contra-el-olvido-ap>

ortes-para-pensar-el-proceso-de-desmanicomialización-en

Baroni, C. (2023). *Una cartografía antimanicomial: Historias de la locura en Uruguay (1985-2017)*. Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica.

Casarotti, H. (2015). Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(2).

Comisión Nacional de Salud Mental. (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>

Doron, C.O (2015). Dossier: La salud mental: Complejidad del término, perspectivas futuras. *Pratiques en Santé Mentale* (1).

Duffau, N. (2019). Historia de la locura en Uruguay (1860-1911). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.

Esteban Martinez, C., & Molero Moreno, C. (1996). Evolución histórica y cronológica del concepto de psicopatía/trastorno antisocial de la personalidad. *Revista de Historia de la Psicología*, 17(1-2), 43-57.

Ey, H. (1978). *Tratado de Psiquiatría* (8va ed.). https://www.academia.edu/35766134/Tratado_de_Psiquiatria_henry_Ey

Foucault, M (2007). Los anormales - 1a ed. 4a reimp. - Buenos Aires : Fondo de Cultura Económica. ISBN 978-950-557-344-8

Gambini, M; Milán, G. (2016) Formación de la clínica psicoanalítica en Uruguay. Subsidios metodológicos para un estudio a partir de casos clínicos. XVII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis, (17). ISSN 1851-4812

García Austt, E; Sicco, A. (1940). El caso Palacios. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 27.

Guntín, J. L. (1984). Enfermos mentales y... Olvidados. *Opinar*, 157.

Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría*, 1(1), 7-28.

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo; Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (Uruguay). (2018). *Análisis de contexto y monitoreo de instituciones psiquiátricas* [Informe].

https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/publicaciones/5-INDDHH_digital_0.pdf

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo; Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP). (2017). *IV Informe anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura* [Informe].

<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-anual-del-mecanismo-nacional-de-prevencion-de-la-tortura-2017>

Instituto de Psicoterapia Relacional, Ávila-Espada, A. (2011). Dolor y sufrimiento psíquicos. *Clínica e Investigación Relacional*, 05(1), 129-145.
<https://doi.org/10.21110/19882939.2011.050108>

Jaso, M., Rubio, R., Posadas, J.M (1984). ¿Qué pasa con la locura?. Revista La Democracia. Editorial Por la Patria. Montevideo.

Irrazábal, E (2006). La clínica inmóvil. Acontecimiento 2: Historia y subjetividad. De la mancha/Argos.

Lander, R. (2012). Un estudio sobre el sufrimiento psíquico. *Psicoanálisis XXIV* (1); 111-116.

León Castro, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social. *VI*(1), 33-42.

Más de Ayala, I. (1930). Tratamiento de la Parálisis General, por el Treponema Hispanicum. *Soca. Ciencia Arte*, 8, 22-32.

Montero, H (1943). El tratamiento correctivo del estado peligroso sin delito en la ley N°10.071. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 43.

Moraes, M. (2016). Psicosis y dimensión pública en el Uruguay (1900-1936): Subsidios para un estudio a partir de un caso clínico psiquiátrico. XVII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis, (17). ISSN 1851-4812

Nahum, B (2011). Manual de Historia del Uruguay 1903-2010. Ediciones de la Banda

Oriental. Montevideo.

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas: Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. OPS/OMS.
https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Ortiz Marín, Á. M. (2011). Apuntes sobre el primer gobierno del Frente Amplio en Uruguay (2005-2010). *Estudios fronterizos*, 12(23), 196-203.

Porter, R. (2003). Breve historia de la locura. Fondo de Cultura Económica.

Pulleiro, J. J. (1944). Aspecto pedagógico de la reforma penal del Uruguay. *Revista de Criminología*, 1.

Restrepo O., D. A., & Jaramillo E., J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211.
<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.10764>

Romano, S., Porteiro, F., & Oneto, S. (2021). Cuatro años de vigencia de la Ley de Salud Mental N°19.529. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 85(1).

Sicco, A. (1940). Pericia sobre certificado. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 27.

Stucchi-Portocarrero, S. (2013). La Revista de Neuro-Psiquiatría y los primeros tratamientos biológicos en la psiquiatría mundial. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(3), 145-152.

Salaverry, O (2012). Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012;29(1):143-48.

Szasz, T. (1994). El mito de la enfermedad mental. Amorrortu editores. Buenos Aires.

Uruguay (1934, diciembre 4). *Código Penal de la República Oriental del Uruguay: Ley N.º 9.155 (vigente desde 1934)*. Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay.
<https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933>

Uruguay (1936, septiembre 16). *Ley N.º 9.581: Internación y tratamiento de los psicópatas*. Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9581-1936>

Uruguay (2017, septiembre 19). *Ley n° 19.529: Ley de salud mental.*
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Uruguay (2007, diciembre 5). *Ley N.º 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud.*
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Uruguay (2010, febrero 19). *Ley N.º 18.651. Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad.*

Uruguay (2009, noviembre 17). *Ley N.º 18.620. Derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios.*