

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

**Lectura histórica sobre el abordaje en salud mental  
en el Uruguay (1900 - 1970)**

**Julia Frantchez**

**Tutor: Celmira Bentura**

**2010**

**"EN AQUEL ESPACIO DE TRES POR DOS COMPARTIDO,  
LA VIDA TODA.**

**TODO. LO PÚBLICO Y LO PRIVADO. LO PROPIO Y LO  
DEL OTRO. LO**

**DE LOS DOS Y LO DE CADA UNO. LO BUENO Y LO FEO.**

**LO SANO Y**

**LO ENFERMO. LO ALEGRE Y LO TRISTE. EL DISFRUTE Y  
EL DOLOR...**

**EN ESE MUNDO TODO. TOLERANDO Y**

**TOLERÁNDOSE, CONOCIENDO Y CONOCIÉNDOSE EN  
AQUEL ESPACIO**

**COMPARTIDO DE TRES POR DOS. ALLÍ, LA VIDA TODA"**

**GUSTAVO MORA**

## AGRADECIMIENTOS

SE AGRADECE A TODOS/AS AQUELLO/AS QUE DE ALGUNA MANERA U  
OTRA COLABORARON CON MI CARRERA Y CON ESTA TESINA EN ESPECIAL  
QUE SE CONFORMÓ COMO LLEGADA A LA META EN VARIAS  
OPORTUNIDADES, Y EN OTRAS COMO CONSTANTE PUNTO DE PARTIDA...

PARTICULARMENTE AGRADEZCO A:

A MI FAMILIA POR PERMITIRME ESTUDIAR ESTA CARRERA QUE ELIJO Y  
REELIJO TODOS LOS DÍAS

A LOS/AS AMIGOS/AS DE MIS PADRES Y SUS HIJOS/AS QUE TAMBIÉN SON  
MIS AMIGOS/AS.... POR LA PROTECCIÓN DE SIEMPRE

A GUILLE POR SU TERNURA INFINITA Y CARIÑO INCONDICIONAL

A MIS AMIGAS CON LAS QUE TENGO UN ESPACIO COMPARTIDO QUE  
DESEO CONSERVAR

A "LAMAS" Y SU GENTE... RINCÓN COLECTIVO QUE GUARDA ETAPAS DE LA  
VIDA INOLVIDABLES...

A BLANCA Y FACUNDO... FAMILIA QUE ELIJO

A NATY COMPAÑERA DE CAMINO DE QUIEN APRENDO  
CONSTANTEMENTE

A DANY CON LA QUE LA CASUALIDAD ME JUNTÓ Y LA CAUSALIDAD ME  
UNIÓ

A LORE Y MARÍA POR AGUANTAR Y ENTENDER MIS DESAZONES

A MARÍA JESÚS POR ENSEÑARME OTRA FORMA DE "SER" Y DE "ESTAR" EN  
EL MUNDO

A CELMIRA QUIEN DESDE SU SABER APORTÓ A MI CARRERA Y A LA  
ELECCIÓN DEL TEMA ESCOGIDO.

## ÍNDICE

|                   |          |
|-------------------|----------|
| INTRODUCCIÓN..... | PÁGINA 1 |
|-------------------|----------|

|                                                               |          |
|---------------------------------------------------------------|----------|
| CUERPO CENTRAL DE LA TESINA: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA<br>..... | PÁGINA 4 |
|---------------------------------------------------------------|----------|

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| CONTENIDO DEL TRABAJO..... | PÁGINA 6 |
|----------------------------|----------|

|                                                                                 |          |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|
| CAPÍTULO I RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL PROCESO<br>SALUD/ENFERMEDAD MENTAL..... | PÁGINA 6 |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|

|                                                                                                   |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| CAPÍTULO II LECTURA HISTÓRICA SOBRE EL ABORDAJE EN<br>SALUD MENTAL EN EL URUGUAY (1900-1970)..... | PÁGINA 17 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

|                                                                                                                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| CUESTIÓN SOCIAL Y SUS MANIFESTACIONES EN EL CAMPO DE LA SALUD<br>MENTAL Y EN LA VIDA COTIDIANA DE LOS SUJETOS. ROL HISTÓRICO DEL<br>TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA..... | PÁGINA 27 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

|                                        |           |
|----------------------------------------|-----------|
| CAPÍTULO III ALGUNAS CONCLUSIONES..... | PÁGINA 34 |
|----------------------------------------|-----------|

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| BIBLIOGRAFÍA..... | PÁGINA 38 |
|-------------------|-----------|

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| FUENTES REFERENCIALES..... | PÁGINA 42 |
|----------------------------|-----------|

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| ABREVIATURAS..... | PÁGINA 42 |
|-------------------|-----------|



## INTRODUCCIÓN

El presente documento forma parte de la tesis de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Dicho trabajo surge del interés despertado por la temática generado a partir de las prácticas curriculares pre- profesionales, una de las cuales (Metodología de la Intervención Profesional III/espacio "Salud y Sociedad") se desarrolló en el año 2007 en el marco de la Institución Hospital Vilardebó (Centro de tratamiento para pacientes agudos de tercer nivel de atención). Nace además, de las inquietudes surgidas a partir de un diagnóstico institucional realizado en el Hospital Regional "Zoilo A. Chelle" (área de salud mental) en la ciudad de Mercedes- Soriano. Éste último enmarcado en el Proyecto de Salud Mental del MSP en el interior, el Hospital es centro de referencia para todo el departamento.

La tesina centra su atención en el análisis histórico del proceso salud/enfermedad mental<sup>1</sup> y en el abordaje en salud mental en el Uruguay desde principios del siglo XX hasta la década del 70 del mismo. Período seleccionado, ya que en su transcurso, por primera vez, se realiza y toma fuerza la crítica del eje salud/enfermedad mental, profundizada con el surgimiento del movimiento de la antipsiquiatría que realiza un fuerte desprestigio al modelo psiquiátrico convencional y a la existencia de enfermedades mentales.

Este documento hace hincapié, en el recorrido histórico por el lugar del Trabajo Social en el área ya que se cree relevante "pensar" y "pensarnos" dentro de ese marco. Comprender el lugar del Trabajo Social en el tiempo y

<sup>1</sup> C. Silva plantea que se pretende dar cuenta de la dialéctica existente en el par salud-enfermedad, como opuestos complementarios parte del propio proceso del que el ser social deviene en sus diferentes dimensiones: biológica y social, singular y genérica. Se apuesta a un ejercicio intelectual teórico- analítico orientador de una práctica que desnaturalice el significado otorgado hegemonícamente a la expresión salud mental, planteándolo desde las potencialidades de superación y transformación de las condiciones de existencia del ser singular y colectivo (2007: 37)

su ejercicio profesional en el área de salud mental, permite realizar una lectura diferente de la profesión y cuestionar la institución asilar, pues de esta manera se desnaturalizan sus prácticas en el tratamiento de la salud/enfermedad mental, y por tanto, se rompe con la práctica profesional tradicional en el área. Contribuyendo así, a la construcción de prácticas alternativas que disten del legado que tiene.

En el área de salud mental, históricamente han predominado abordajes desde otras disciplinas como son medicina, psiquiatría, entre otras, no obstante Servicio Social estuvo desde su génesis teniendo un lugar en la misma. Es así, que se piensa necesario, vincular en el presente trabajo la profesión y su intervención con el Estado y la Cuestión Social<sup>2</sup>. Se cree preciso para dicho análisis tener en cuenta las determinantes que intervienen en el ejercicio profesional como son los lineamientos de las políticas sociales y las particularidades de los modelos de desarrollo.

Como elementos que aportan a la temática se otorga vital importancia a las distintas formas de comprender la salud/enfermedad mental a lo largo de la historia, los modos en que el Estado ha ido respondiendo a la Cuestión Social a través de las distintas instituciones de atención que estuvieron al servicio de los procesos de medicalización y disciplinamiento de la sociedad, acogiendo el “modelo asilar” de atención y recurriendo a las instituciones de hospitalización psiquiátrica como “lugar de encierro de la locura”. Se retoma la categoría Cuestión Social: y se plantea su incidencia e impacto en la salud mental de los sujetos y en la vida cotidiana de los mismos.

Para una mayor comprensión del tema tratado en dicho documento, se considera imprescindible además, abordar las representaciones del “loco”

<sup>2</sup> Categoría en sentido de Alejandra Pastorini, quien plantea que la *Cuestión Social* es el “conjunto de problemas sociales, políticos y económicos que se generan con el surgimiento de la clase obrera dentro de la sociedad capitalista (...) se refiere a los aspectos derivados del proceso de constitución y desarrollo del propio capitalismo. Así las acciones estatales destinadas a atender la cuestión social tienen como objetivo asegurar las condiciones necesarias para el desarrollo del capitalismo y las consecuentes concentración y centralización del capital, y no solo corregir los efectos negativos de este proceso” (Pastorini, 2002: 91)



especialmente en el período seleccionado y la manera en que el orden social se encargó de excluir y aislar la locura.

Se piensa significativo el estudio de la temática: salud mental para el Trabajo Social, por considerar que la misma atraviesa la vida cotidiana de los sujetos y está determinada por las condiciones de vida de éstos últimos.

El presente documento se estructura de la siguiente manera:

- En el primer capítulo se expone la reconstrucción histórica del proceso salud/ enfermedad mental.
- En el segundo capítulo se hace referencia a la lectura histórica sobre el abordaje en salud mental en el Uruguay desde 1900 hasta 1970. Retomando la categoría Cuestión Social, sus manifestaciones e impactos en la salud mental y la incidencia de ésta última en la vida cotidiana de los sujetos. Haciendo hincapié en el rol histórico del Trabajo Social en la atención a la salud mental.
- En el tercer capítulo se plantean algunas conclusiones surgidas a partir de este proceso.



## CUERPO CENTRAL DE LA TESINA

Se plantea como objetivo general de la tesina:

- ♦ *Realizar una lectura histórica sobre el abordaje en salud mental en el Uruguay desde principios del siglo XX hasta la década del 70 del mismo.*

Los objetivos específicos planteados en dicho trabajo:

- ♦ *Reconstruir históricamente el devenir del proceso salud/enfermedad mental*
- ♦ *Realizar una lectura histórica sobre el abordaje en salud mental en el Uruguay*
- ♦ *Analizar el impacto de la Cuestión Social en la salud mental y en la vida cotidiana de los sujetos*
- ♦ *Analizar el rol histórico del Trabajo Social en el proceso salud/enfermedad mental*

La presente tesina se conforma como un análisis bibliográfico sobre el tema salud mental, por lo que el enfoque metodológico de este trabajo articula como técnica clave: la revisión bibliográfica sobre temáticas de salud mental, en especial aquellas asociadas al abordaje histórico de la misma en el Uruguay.



# CAPÍTULO I



## CONTENIDO DEL TRABAJO

### CAPÍTULO I: RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD MENTAL

El propósito de este capítulo es revisar aspectos históricos del proceso salud/enfermedad mental, conceptos que históricamente han sido utilizados de manera simplificada y opuesta, entendiendo al primero como ausencia del segundo, como si la ausencia de enfermedad asegurara necesariamente salud mental. Consideración, que planteada de esta forma, deja afuera el contexto en que ambos conceptos se desarrollan.

El concepto salud mental no posee definiciones concretas ni únicas, ha cambiado a lo largo del tiempo y las culturas, así lo plantea Héctor Sierra en la conferencia dictada el 27 de setiembre de 1998:

*“el concepto mismo de la salud mental es un concepto discutible, es un concepto que está muy marcado por el relativismo cultural (...) está condicionado culturalmente tanto a lo largo del tiempo histórico como en cada situación cultural concreta”* (Sierra; 1998: 1).

La salud mental por consiguiente, puede considerarse como un proceso dinámico en el que intervienen múltiples factores, y donde el contexto aparece como un factor condicionante de este concepto.

En relación a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que *“desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible”* (OMS; 2001:2). Propone una definición de salud mental que intenta reunir la diversidad de formas de concebirla, precisándola como:

*“un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS; 2001: 1).

La presente definición si bien es innovadora y positiva; en tanto rescata el protagonismo activo del individuo para lograr el bienestar, cuya base se encuentra en la salud mental, y en tanto conjuga aspectos biológicos, sociales y ambientales (impensable en la visión anterior que remitía la salud a la ausencia de enfermedades), pone de manifiesto un remanente de un modelo de “normalidad” al que se deben “adaptar” los sujetos. No admitiendo con ello, “desequilibrios” ni “desordenes” sino un “estado de bienestar” y “equilibrio” paradójicamente en una realidad constantemente cambiante que no acepta estándares ni modelos fijos.

Las concepciones de salud/enfermedad mental han variado a lo largo de la historia de acuerdo a las ideas dominantes de cada sociedad, así lo plantean Coto y Ramírez:

*“las tradiciones, las creencias religiosas, las supersticiones, los prejuicios, y en general, los valores culturales de una sociedad, asumen un importante papel en la explicación de la locura, y por ende en las formas de tratarla” (Coto y Ramírez; 1985:27).*

Si bien el presente trabajo se remite al período del siglo XX que se extiende desde 1900 a 1970 en el Uruguay, se procurará una breve recorrida por otros períodos y otros lugares que se cree, puede servir para comprender la evolución de los conceptos salud/enfermedad mental y sus particularidades en nuestro país.

En la antigüedad, las explicaciones sobre la salud/enfermedad se remitían solo al segundo término y se fundamentaban en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de hechizos. A las enfermedades se les atribuía un origen espiritual diabólico, y se las trataba con métodos mágicos-religiosos. La enfermedad mental no era entendida como algo propio de la persona, sino como algo externo a ella.

Así lo entiende Enrique Castro en su tesis “Alienados” presentada para optar al grado Doctor en Medicina y Cirugía:





*“la antigüedad consideró a los alienados como seres sometidos a influencias sobrenaturales y como la consecuencia de la venganza divina. Por lo tanto, estaban fuera de la acción humana, y sólo podrían esperar algo del perdón que inspirara la compasión y la benevolencia a sus crueles dioses. Eran en unas partes objeto de terror y malos tratamientos, considerados como fieras, en tanto que en otras, se les veneraba y respetaba (...) los consideraban seres sagrados. La mayor parte de los pueblos los dejaban vagar librados a sí mismos, hasta que cometiendo alguna falta o crimen, eran castigados con el criterio de la justicia común, y sometidos a la pena de muerte o al encierro” (Castro; 1899: 13).*

En la edad media por su parte, se recurre nuevamente a la influencia religiosa en la presencia de la salud/enfermedad mental. El poder en esta época se impartía entre la Iglesia y los señores feudales, por lo que en dicha estructura la “locura” atentaba contra el orden establecido y contra el modus vivendi establecido por la Iglesia que también tenía una organización feudal. La enfermedad mental se consideraba como una posesión demoníaca, no se explicaba por ninguna causa natural, *“la locura se interpreta como posesión demoníaca, todo esto acarrea la persecución de brujas y hechiceros. Esto genera un gran terror-pánico hacia la locura” (Torres; 2002).*

La “cura” a dichas enfermedades era la muerte y la tortura ya que se consideraba un acto de piedad para “liberar el alma” del poseído. En esa época, también llamada “Edad de la locura”, el tratamiento no estaba dirigido a la persona sino al ente sobrenatural que se alojaba dentro de ésta y quien se encargaba de ello era la Inquisición (institución judicial creada con el objetivo de sentenciar a las personas culpables de herejía). Recién por el siglo XVI se comienza a dudar de las causas sobrenaturales de la enfermedad mental, y se comienza a pensar en el origen físico de las mismas (Serrano; 1996: 1).

Posteriormente, en la edad moderna, con el auge de la ciencia, su respectivo proceso de medicalización de la vida y el consecuente



disciplinamiento de la sociedad que cobra fuerza en el siglo XVIII y XIX, se da pie a transformaciones que inciden en las concepciones de salud/enfermedad mental. Se abandonan aquí, las creencias entorno a que las enfermedades mentales tienen una relación causal con el castigo de los dioses y los demonios (Vergara; 2007: 41).

En esta época, los enfermos mentales continúan siendo sujeto de menosprecio, son internados en hospitales como delincuentes, objeto de maltrato. Las instituciones que aparecen en la edad moderna como respuesta social a esta “problemática” encierran a enfermos mentales, prostitutas, homosexuales e indigentes. A todos aquellos considerados irracionales para este período que le da tanta importancia a la razón humana y al progreso social por medio de ésta, en detrimento de la religión. Así lo plantea Amico:

*“aunque los “enfermos mentales” ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable durante la ilustración. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objetos de desprecios, burlas y maltratos”.* (Amico; 2005: 18).

Respecto a la época moderna, Sierra cree que:

*“la evolución de las ciencias hacia finales del siglo XIX adquiere una importancia significativa y en todos los campos del conocimiento se vive un proceso de clasificación, de ordenamiento. De golpe la mirada del científico es una mirada clasificadora”* (Sierra; 1998: 1).

La “locura” en este período forma parte de la persona, más específicamente del pensamiento irracional de la misma. La enfermedad mental ya no es explicada por factores externos, sino que se culpabiliza a la persona por su condición, castigándola física y psicológicamente en procura de “curar” su “locura”.





Con el avance de las ciencias biológicas, la “mirada” comienza a centrarse en el cuerpo y en el perfeccionamiento de las técnicas de control sobre el mismo (Vergara; 2007: 43).

El modelo de control utilizado en este período es el órgano-mecanicista que tomaba la enfermedad mental como resultante de alguna lesión cerebral, por lo que se buscaba controlar el comportamiento por medio del cerebro. Esta concepción biologista de la enfermedad mental tenía su base en la influencia de las ciencias naturales y de la ciencia positivista. Se crean con este fin distintos dispositivos de control y normativización, que a través de las instituciones de atención psiquiátrica, determinan lo “normal” y lo “correcto”, imponiendo modelos de vida civilizatorios para garantizar el orden impuesto (Claramunt y Tristán; 1983:21).

Galende, en relación a las instituciones, su instauración y los distintos dispositivos de control aplicados por las mismas, entiende que:

*“no es solo de los psiquiatras la responsabilidad del manicomio. Es la sociedad moderna que los inventa, los necesita y demanda a la “ciencia” la solución de ese problema; los psiquiatras sólo se prestaron a legitimarlo y a rodearlo de una imagen de racionalidad “científica”. La medicina mental legitima al hospicio: bien o mal, se intentaba hacer de él algo terapéutico”* (Galende; 1994:13).

Ahora bien, regresando al período de estudio seleccionado para la realización de esta tesina, se puede establecer que recién en el siglo XX las enfermedades mentales comienzan a ser explicadas teniendo en cuenta otros factores como los psicológicos y sociales y no solo los biológicos. Entrando de esta manera en escena el psicoanálisis y la psicofarmacología, intentando dejar atrás el modelo organicista anterior.

En este período, la introducción de los psicofármacos significa parte imprescindible del tratamiento de enfermedades psiquiátricas, lo cual representa una disminución de pacientes hospitalizados.



Con este siglo, siguiendo a Sierra, comienza a cambiar la lógica de la “mirada” sobre el problema de la enfermedad mental y el afán clasificatorio que marcaba la brecha entre el clasificador y el enfermo, donde el primero desde su saber y su condición de “sano” clasificaba al segundo. Por una lógica de la “escucha y el entendimiento” facilitada por la ruptura epistemológica generada por Sigmund Freud quien plantea otro modo de pensar y abordar la enfermedad mental. Freud propone un cambio de perspectiva, por un lado, que en lugar del “ojo”, de la “mirada”, hay que usar la “oreja”, la escucha, el comprender y por otro lado, propone un acotamiento de la distancia entre el “sano” y el “enfermo” (Sierra; 1998:3).

En el siglo XX, más precisamente en la década del 60, se produce un quiebre profundo con la perspectiva biologicista, debido al surgimiento en Inglaterra, Italia y Estados Unidos del movimiento de la antipsiquiatría, término usado por primera vez por David Cooper en 1967. Uno de los promotores del movimiento es el psicoanalista estadounidense Thomas Szasz.

En nuestro país repercuten las ideas y prácticas que acaecen en el resto del mundo. El movimiento de la antipsiquiatría critica el modelo psiquiátrico tradicional y existencia de la enfermedad mental como tal, entendiéndola, por el contrario, como un producto de los mecanismos de control de la sociedad moderna:

*“¿Existe acaso lo que llamamos enfermedades mentales? (...) por supuesto, la enfermedad mental no es literalmente una “cosa” o un objeto físico y, por consiguiente, solo puede “existir” en la misma forma en que existen otros conceptos teóricos” (Szasz; 1999).*

El movimiento, como lo plantea Amico, es “producto de una profunda revisión, que se estructura en diversas propuestas y acciones a partir de la Segunda Guerra Mundial en los países capitalistas desarrollados” (Amico; 2005: 44) y promueve con firmeza, la desinstitucionalización de prácticas psiquiátricas convencionales:

*“es corriente definir la psiquiatría como una especialidad médica dedicada al estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Esta definición es inútil y engañosa. La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal.”*  
(Szasz; 1999).

El autor anteriormente mencionado halla que los psiquiatras entienden la enfermedad mental separada del contexto en el que aparecen. Afirmación que marca un punto de inflexión en la sociedad, ya que se cuestiona el “saber” psiquiátrico legitimado hasta el momento y que Thomas Szasz denuncia como “mistificación”.

Diversos autores, entre los que se encuentran: Foucault y Goffman, cuestionan significativamente en la década del 60, el poder y el rol de la psiquiatría en la sociedad, así como también critican las instituciones psiquiátricas (manicomio-asilo), contribuyendo de esta manera, a las reivindicaciones del movimiento de la antipsiquiatría. Las críticas fueron plasmadas en dos de sus textos publicados con anterioridad al surgimiento del movimiento: “Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales” de Erving Goffman y la “Historia de la locura en la época clásica” de Michel Foucault, ambos publicados en 1961. Los dos textos basados en las dos grandes instituciones cerradas: el manicomio y la cárcel, fueron difundidos por el movimiento de la antipsiquiatría ya que se denunciaba en los mismos la violencia institucional que se impartía allí dentro.

Por su parte, Robert Castel plantea que a partir de las críticas de los años sesenta:

*“las tentativas de reforma se van a orientar según dos direcciones divergentes (...) una primera tentativa se aplica a recomponer el espacio manicomial para hacer de él un medio auténticamente médico (...) hay que empezar por (...) disociar,*



*por tanto, la medicina científica de la asistencia, quedándose tan sólo con los “verdaderos” enfermos para poder tratarlos intensivamente.” (Castel; 1980: 293).*

Una segunda tentativa de recomposición tiende, en contraste con la anterior,

*“a romper la privilegiada relación de la práctica psiquiátrica con el espacio hospitalario. Ya no se trata de medicalizar el manicomio, sino de evitarlo al intervenir directamente sobre las “superficies de emergencia” de la locura en esas instituciones no sanitarias que son la escuela, el ejército, la familia (...) también se transforma profundamente la naturaleza de la intervención. Se trata menos de curar que de prevenir (...) también se trata menos de actuar sobre el individuo que de modificar el medio con programas de higiene que no están necesariamente indexados médicamente (Castel; 1980:295). Y continúa “¿Oposición entre una medicina tecnicista y una medicina social?(...) lo que se ha roto ahora es la inestable unidad del alienismo como primera “medicina social”” (Castel; 1980: 296).*

El autor evalúa por tanto, las dos tentativas de reforma posibles y piensa:

*“el alienismo y su modelo de internamiento han representado la versión medicalizada de la concepción segregativa de la asistencia. Las tecnologías de las relaciones en la comunidad corresponden a una concepción participacionista de la integración. Dichas tecnologías suponen que se rompa la dicotomía normal/ patológico, y la separación de los espacios donde tiene lugar su “tratamiento”, del mismo modo que en el plano social debe separarse la ruptura entre las clases” (Castel; 1980: 301).*

Castel considera, según lo planteado, que las transformaciones que se dan en los años 60, vienen a desplazar las intervenciones fuera del





manicomio, disolviendo de esta manera el tratamiento moral y su campo de acción,

*“el médico ya no será- como en el manicomio- el agente exclusivo, ni siquiera el operador directo de las acciones en las que va a tomar parte. Va a poder aconsejar, inspirar, iluminar al conjunto de los “decisores”, todos aquellos que por función profesional y/o posición en la jerarquía social ejercen una acción política respecto a las masas” (Castel; 1980: 290).*

El movimiento de la antipsiquiatría en Italia, que tiene como referentes a los Basaglia, allá por 1968, se asienta como parte de las reivindicaciones sociales en las luchas de la izquierda, en particular las del Partido Comunista Italiano. La propuesta principal de este movimiento es la desinstitucionalización del “enfermo mental” y por ende el tratamiento ambulatorio y comunitario. Propuesta que para la época, se conforma como una medida de fuerte contenido humanista.

En Inglaterra con Cooper y Laing al frente, el movimiento de la antipsiquiatría se constituye como una crítica ideológica y cultural (Campuzano; 2004:3). En este país, surge la "comunidad terapéutica" como alternativa al hospital psiquiátrico y se ejecutan importantes programas de resocialización y reintegración social de los enfermos internados (González Duro; 1999:2).

En EE.UU, Kennedy puso en marcha un ambicioso programa de Psiquiatría Comunitaria, que consiste en la creación de numerosos centros comunitarios de salud mental, coincidentemente con la externalización masiva de enfermos internados en los hospitales psiquiátricos. La actividad de esos centros está enfocada desde la perspectiva de la prevención, llevada a cabo por equipos multidisciplinarios. Por lo que se genera de esta manera un nuevo modelo de intervención en la comunidad (González Duro; 1999:2).

Es así como, el movimiento reformista todo, pese a las particularidades de cada país, entendió que la enfermedad mental no podía ser reducida al espacio médico tradicional, sino que necesitaba de tratamientos alternativos



como son los psicoterapéuticos, preventivos, rehabilitadores, psicosociales, entre otros. Consideró que era necesario para ello, el cierre de los manicomios y la apertura por el contrario, de redes para la atención y prevención de la salud mental con la participación de la familia y la comunidad.

# CAPÍTULO II



## CAPÍTULO II: LECTURA HISTÓRICA SOBRE EL ABORDAJE EN SALUD MENTAL EN EL URUGUAY (1900-1970)

Las concepciones de salud/enfermedad mental, como se ha expuesto en las primeras páginas del presente documento, han ido cambiando a lo largo del tiempo y los lugares, así como las formas de intervención.

En el capítulo anterior se transitó brevemente por distintas épocas y se expusieron las diferentes concepciones sobre salud/enfermedad mental. En el presente capítulo se recorrerán diferentes abordajes en salud mental a lo largo del tiempo, en el período que va desde 1900 a 1970. Barrán plantea que hacia el novecientos:

*“se está en presencia de sentimientos, conductas y valores diferentes a los que habían modelado la vida de los hombres en el Uruguay hasta por lo menos 1860 (...) una nueva sensibilidad aparece definitivamente ya instalada en las primeras décadas del siglo XX (...) esta sensibilidad del Novecientos que hemos llamado “civilizada”, disciplinó a la sociedad (...) eligió (...) la época de la vergüenza, la culpa y la disciplina” (Barrán; 1990:11).*

Esta sensibilidad “civilizada” de la que habla el autor, tiene como fecha de finalización provisoria el año 1920, ya que luego, comienza a ser dominante y empieza a experimentar cambios. El representante más eminente de esta etapa fue el Presidente José Batlle y Ordoñez (Barrán; 1990:14, 19). Presidente, que además, fue un fiel ejecutor y aliado de la medicalización (Barrán; 1993: 70).

Las concepciones de salud/ enfermedad mental y las intervenciones hasta el siglo XIX estuvieron centradas únicamente en el cuerpo de la persona y en los factores biológicos, así como en el avance de las técnicas de control sobre el mismo. En base a ello y siguiendo a Foucault, se puede resaltar que:

*“el cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone (...) define cómo se puede*

*hacer presa en el cuerpo de los demás (...) para que operen como se quiere*" (Foucault; 1991: 141).

Menéndez, en relación a ello, sostiene que *"a partir de mediados del siglo XVIII se cristalizan toda una serie de procesos que implican la reformulación de las relaciones de clase en torno a la salud/enfermedad y las prácticas curativas"* (Menéndez; 1984:158). Instaurándose lo que se denomina modelo médico hegemónico que encuentra marco en el proyecto moderno del Iluminismo con el consecuente disciplinamiento de formas de hacer, sentir y pensar que impone estilos de vida civilizatorios, llevando a la instalación de un aparato burocrático que posibilita y asegura la internalización y socialización de la vida moderna.

Este aparato burocrático, se eleva sobre el pilar que son las instituciones del Estado; con esto *"la institución es la base efectiva del funcionamiento de la sociedad, por la regulación de los comportamientos de los diversos agentes sociales"* (Acosta; 1997: 125). De esta manera, comienza a gestarse el desarrollo y consolidación de un Estado intervencionista que va ampliando sus funciones, otorgando entre otras, garantías en términos de salud; brindando repuestas a las secuelas que va dejando la Cuestión Social.

Este Estado intervencionista tiene cómo institución modelo a la institución médica, que va dando paso a la instauración de procesos de "secularización" y "medicalización" de la sociedad. Esta impronta secularizadora, que en el caso uruguayo comprende el período que se extiende desde 1870 hasta 1900, y que se denomina "primera modernización", traería consigo la medicalización de la sociedad, incidiendo la medicina en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana. En relación a este período, Caetano y Rilla plantean que:

*"los objetivos más visibles de esta primera fase modernizadora apuntaban a consolidar la presencia del Estado en la sociedad y en la economía, afirmar la propiedad privada y reinsertar al*



*Uruguay como Estado y como Nación en el contexto mundial de finales del siglo XIX*” (Caetano y Rilla; 2005: 100).

Los mismos autores escriben además, que *“la nación y la idea de nación suponían desde entonces, también en el Uruguay, compartir una simbología, un ritual cívico, una visión del pasado (...) un modo de “imaginarse como comunidad” en el tiempo”* (Caetano y Rilla; 2005: 100).

La nueva sensibilidad se vincula con el “pasaje de la preocupación por la enfermedad a la moderna obsesión por la salud” (Barrán; 1990: 11). Por lo que la medicalización producto de la secularización, basará su funcionamiento en el control del individuo sano para que este pueda mantener su condición. Barrán sostiene que este período consiste en *“dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo”* (Barrán; 1990:123), lo que supone la separación definitiva entre la esfera estatal y la Iglesia, quién durante años se había encargado de atender las secuelas de la Cuestión Social. En referencia a la medicalización, Castel plantea que:

*“medicalizar un problema es más desplazarlo que resolverlo, pues no se hace más que autonomizar una de sus dimensiones, trabajarla técnicamente y ocultar así su significación sociopolítica de conjunto para convertirla en pura cuestión técnica, dependiendo de las competencias de un especialista neutro”* (Castel; 1980: 36).

A través de la institución médica, y en este contexto, el hospital psiquiátrico a través del “modelo asilar de atención”, encierra a aquellos individuos que por diferentes patologías no son funcionales a los modelos dominantes e interrumpen el orden social establecido. Creando panópticos del alma y del cuerpo en sentido de Barrán. El orden, para este autor, es importante por tres motivos: permite reintegrar el loco al mundo y eliminar su desajuste, permite al psiquiatra observar y estudiar al loco, y facilita, por último, el gobierno y la administración del asilo (Barrán; 1995: 47).



En 1880, en Uruguay, se inaugura el primer Manicomio Nacional, que en 1910 se llamará Hospital Vilardebó y en 1912 se abre la Colonia de Alienados de Santa Lucía que según entiende Barrán *“fueron los dos centros estatales de reclusión de enfermos mentales pobres del Novecientos”* (Barrán: 1995: 34). Siguiendo al mismo autor, se puede establecer que,

*“allí, todo era posible y la única limitación real del poder era la conciencia del médico (...) los médicos fueron los primeros en impulsar la abolición de los castigos físicos en el Manicomio (...) pero el poder tiene siempre tendencia a crecer y el loco pobre, un ser virtualmente sin derechos civiles (ni familia), era una carne demasiado ofrecida como para que la razón médica no reconstruyera la violencia física bajo las formas más sutiles, todas ellas emparentadas con la terapia y por ello, justificadas”* (Barrán; 1995: 35).

En los hospitales psiquiátricos, los individuos sufrieron todo tipo de violencia la cual era justificada por los médicos; la primera violencia física la sufrían al ingresar a la institución, pues eran rapados, ello se justificaba, por razones de higiene. La segunda exigencia física era la obligación de guardar cama por prolongados períodos, incluso meses, ello era justificado como sedación “ideal” para calmar al paciente. La tercera violencia impuesta a los “locos” excitados fue el chaleco de fuerza, el cual presionaba el cuerpo hacia adentro, impidiendo cualquier tipo de movimiento, y cumpliendo de esta manera una función ejemplarizadora por cuanto permitía el traslado del enfermo de un lado al otro del manicomio bajo la mirada de los demás pacientes (Barrán; 1995: 36-37).

Por lo antes dicho, se puede plantear que el hospital psiquiátrico a través del modelo asilar de atención representó un símbolo de control y poder social en términos de Foucault, quien piensa que el segundo no puede ser reducido a una institución o al Estado, porque está determinado por el juego de saberes que respaldan la dominación de unos individuos sobre otros al interior de estas estructuras. El sujeto está atravesado por relaciones de poder y no puede ser considerado independientemente de ellas. El poder, legitima el orden social

establecido, institucionalizando formas de comportamiento funcionales al sistema. Ese poder de normalización, según el mismo, obliga a la homogeneidad; pero individualiza al permitir desviaciones y hacer útiles las diferencias ajustando unas a otras (Foucault; 1991:189).

Los médicos psiquiatras tienen aquí, asignado el rol de combate de la locura, por lo que “debían normalizar” al individuo, “disciplinar” el alma y el cuerpo del mismo con el objetivo de legitimar ese orden establecido (Barrán; 1995: 36), en base a ello Galende afirma que,

*“el médico asilar, figura de la psiquiatría hasta bien entrado nuestro siglo, es el primer médico que añade a sus funciones un poder civil. Es un funcionario con poder de legislar y de policía sobre los sujetos considerados enfermos (...) El jefe de un asilo no tiene tanto un rol terapéutico sino que su función esencial es la de ejercer el control y la custodia de los enfermos”* (Galende; 1994:122).

Este autor, considera que tanto el psiquiatra como la institución médica generan un poder específico que se irradia más allá del interior del asilo y de los enfermos, hacia el conjunto de la sociedad (Galende; 1994: 122). El miedo de esta última ante la locura, y sobre todo de aquel hombre del novecientos, que se encontraba hipnotizado por el orden, el autocontrol de la pasión y la planificación de la existencia, hacía ver en la locura la negación absoluta de la forma de vida que había elegido. Locura y pobreza conjugadas potenciaron al poder médico e influyeron en su saber para acunar nuevas y sutiles formas represivas (Barrán; 1995: 40).

Ahora bien, ya por el 900', comienza a imponerse un estilo de pensamiento positivista cuyo modelo se basa en las ciencias naturales (medicina fundamentalmente) y en el progreso económico. Este pensamiento será difundido por una práctica denominada “higienismo” que aparece como una forma de atender la Cuestión Social, con dicha práctica *“tenemos la difusión de una racionalidad técnica (o instrumental) como una forma de*



*tratamiento de la cuestión social, una vez que deja de ser solamente un problema “policial” o de “orden público”. Se trata del proceso de secularización de la moral, por lo cual ésta se torna una moral laica (la conducción “ética” de la vida se transforma en una conducción “técnica”).* (Acosta; 2004: 130).

Barrán entiende que salud e higiene comienzan a vivir en simbiosis, con el objetivo de crear una nueva cotidianidad dirigida por dos ideas claves: la asepsia y la prevención de la enfermedad,

*“el Estado incorporaría a su poder la esfera de la prevención de la salud, lo que tornaría a sus mandatos en éticamente legítimos y científicamente razonables, es decir, indiscutibles; y el higienismo lograría que sus consejos fuesen obligatorios al contar con la ayuda de la coerción de la ley y la coacción del Estado”* (Barrán; 1995: 230).

De esta manera, el control higienista del Estado, garantiza las condiciones que facilitaría el proceso cultural: medicalización, que toma como eje principal el cuidado del cuerpo como un bien imponderable. Luis Acosta entiende que,

*“socialmente los médicos estaban luchando por tornarse la “clase médica”, esto es, un grupo social privilegiado en razón del monopolio del saber sobre la salud en una sociedad donde la salud se había tornado un valor social apreciable”* (Acosta; 2004: 134)

Íntimamente ligado a la práctica del higienismo y al proceso de medicalización en Uruguay, se encuentra el Estado Batllista y una serie de reformas ejecutadas en varios escenarios de nuestro país: creación de hospitales y la *“articulación entre el Estado asistencial y la medicalización de la sociedad”* (Acosta; 2004:136).

Es en este Estado Batllista que por primera vez se intenta crear un modelo distinto de aislamiento del “loco” y realizar una crítica a la reclusión



manicomial. Esta idea, se plasma en 1912 en la Colonia de Alienados de Santa Lucía, dirigida por el psiquiatra Santín Carlos Rossi quien “importa” el sistema escocés del “open- door” y lo adapta al medio local, creando un “asilo” con puertas abiertas que combina en su interior la reforma asistencial con la “reforma rural” planteada por el batllismo, demostrando con ello, el peso que la utopía agrícola tenía en ese movimiento político. El “open-door” que se usa para pacientes *“tranquilos y crónicos”* funciona para salir del asilo e ir a trabajar en su jardín o huerta, no así para abandonar la institución (Barrán; 1995: 41). De esta manera, se incide en el sujeto con el objetivo de mejorar su calidad como actor económico.

Cabe mencionar, que este proyecto de “reforma”, ejecutado en la Colonia, no es ajeno a la “llegada” de Freud al Uruguay ya que éste hizo vislumbrar concepciones distintas en el tratamiento de la salud mental. Barrán plantea, sobre este tema abordado en el capítulo anterior, que

*“el aporte de Freud más singular a aquella fría y autoritaria psiquiatría positivista consistió en la valorización de la escucha del enfermo (...) esta novedad revolucionaria tardó en imponerse; tanto pesaba la tradición paternalista y autoritaria de la vieja psiquiatría en la recepción de ideas que cuestionaba sus esencias”* (Barrán; 1995: 139).

Ahora bien, a partir de mediados del siglo XX, acaece el agotamiento del Estado de Bienestar, también llamado agotamiento del “modelo batllista” en donde siguiendo a Gerardo Sarachu,

*“se ponen en cuestión algunos de sus pilares: políticas económicas de tipo distributivo, el conjunto de políticas sociales, la legislación pionera en América Latina en el campo laboral, la cobertura y extensión del sistema educativo, el desarrollo del sistema político fuerte con partidos arraigados en la población como mediadores eficaces de los distintos intereses particulares”* (Sarachu; 2002:62).

Es así, que en la década del 50 Luis Batlle *“experimentó en carne propia lo que podía significar el vendaval de una crisis general y el desalojo abrupto del poder. Lanzado al llano por la derrota electoral de 1958, el batllismo de comienzos de los 60 se enfrentó al desafío de una sociedad que comenzaba a vivir procesos radicales de cambio”* (Caetano y Rilla; 2005: 150).

Dicha crisis estructural hizo temblar las bases materiales en que se había sustentado el desarrollo capitalista del periodo de la 2° posguerra pero también los síntomas de una crisis social que ponía en tela de juicio la viabilidad de un modo de acumulación capitalista. El Uruguay en la segunda posguerra se encontraba marcado por el optimismo,

*“la manera como el Uruguay había procesado la transición política, las transformaciones en la economía y en la sociedad, así como las múltiples consecuencias derivadas del estallido de la Guerra Mundial convergían en un cuadro propicio para la restauración, rumbo que tomó una vez más la forma de un proyecto reformista similar al del primer batllismo”* (Caetano y Rilla; 2005: 237).

En forma paralela a esta visión optimista de la realidad, el sector ganadero uruguayo se encontraba estancado, en el comercio exterior las divisas del país seguían viniendo en general de los excedentes de las exportaciones agropecuarias, a partir de los precios internacionales que emanaban de la coyuntura del mercado mundial. El proceso industrializador comenzaba a mostrar sus fisuras y la prosperidad uruguaya volvía a ser frágil (Caetano y Rilla; 2005: 239).

Es en este contexto (década del 60' y principios de los 70') que en Uruguay, la visión “batllista” deja de tener vigencia social, entrando en crisis su imaginario. Si bien el derrumbe del modelo y la crisis en todas sus dimensiones ya eran un hecho, comienza a tomar auge en Inglaterra una nueva forma de concebir la salud/enfermedad mental a nivel mundial que repercute en nuestro



país con una postura de oposición, y en reacción a una historia marcada por la estigmatización.

Se comienza a delinear con ello, un proceso de transformación en la atención de la salud mental, con el advenimiento de un nuevo movimiento llamado de la antipsiquiatría mencionado en el capítulo anterior, conformado por, además de sus conductores, individuos con distintas experiencias en servicios psiquiátricos. Este movimiento reclama fehacientemente la desinstitucionalización de las prácticas psiquiátricas, rechaza el modelo médico tradicional aplicado por la psiquiatría y por la institución manicomio-asilo que reducía la enfermedad mental como anormalidad que debía ser tratada. Por lo que la antipsiquiatría viene a considerar al enfermo mental como víctima de las contradicciones y conflictos del sistema capitalista y su ideología neoliberal. Este movimiento impone nuevos modelos, dejando un poco de lado esa fuerte impronta de control social de principios de siglo.

Uno de los promotores del movimiento de la antipsiquiatría llamado Szasz, propone como cambio terapéutico, el tratamiento psicoanalítico en vez del internamiento en las instituciones psiquiátricas. Es decir *“el movimiento antipsiquiátrico aquí fue expresión del conflicto político entre dos enfoques psiquiátricos: el organicista y el psicoanalítico, en su pelea por detentar el poder gremial y el prestigio ante el público, con la demanda consecuente de lograr una mayor eficacia profesional en un campo especialmente carenciado”* (Campuzano; 2004:1).

Si bien existen diferencias y particularidades de reforma llevadas a cabo en los diferentes países, pueden plantearse elementos básicos que constituyen los movimientos de reforma. Gisbert escoge algunos de ellos y aquí se plasma una parte de los mismos (Gisbert; 2002:32),

- crítica al hospital psiquiátrico e intento de transformarlo, recuperando su papel terapéutico o suprimirlo por dispositivos alternativos.



- proceso de transformación del hospital psiquiátrico hacia la desinstitucionalización de parte de la población crónica internada buscando su reinserción social en la comunidad.
- desplazamiento del eje de la atención del hospital a la comunidad
- apuesta a un nuevo modelo de atención basado en la comunidad a través de la puesta en marcha de servicios capaces de atender los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.
- intento de articular una gama de servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que den respuesta a las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
- idea de que la hospitalización debe perder su papel preponderante como respuesta a la cronicidad, debe ser un complemento de los servicios comunitarios.

Los puntos anteriormente planteados, son tomados como lineamientos compartidos entre los movimientos de reforma, pero, las características de cada país, diferencian sus formas de organización que se articulan con los modelos de atención al enfermo mental.

Estos movimientos de reforma, surgidos básicamente en países capitalistas desarrollados, si bien en nuestro país tuvieron su repercusión a nivel de concepciones y propuesta de tratamiento a la atención en salud mental, no tuvieron una incidencia radical en la psiquiatría del novecientos que en palabras de Barrán,

*“fue la más grande empresa médica en pro de la normalización de las conductas. Era la que detectaba las distancias que había*

*entre la norma y la desviación y procuraba colmarla. Curó y alivió, pero también influyó para que se considerara patológica la posibilidad de pensar y actuar de otra manera que no fuera la mayoritariamente aceptada. Cabría preguntarse, incluso, si el precio del alivio no fue la normalización” (Barrán; 1995: 172).*

## CUESTIÓN SOCIAL Y SUS MANIFESTACIONES EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL Y EN LA VIDA COTIDIANA DE LOS SUJETOS. ROL HISTÓRICO DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA

Parece relevante hacer hincapié en las transformaciones históricas que ha tenido nuestra sociedad y cómo éstas incidieron e impactaron en la salud mental de los sujetos y en su vida cotidiana. Es claro que, al estar la salud mental determinada por las condiciones de vida de los sujetos, es esencial incorporar en el análisis la categoría Cuestión Social y sus manifestaciones, entendiendo la multiplicidad de sus dimensiones.

Al inicio del presente capítulo, se expusieron los modos en que el Estado ha ido respondiendo a la Cuestión Social a través de las distintas instituciones de atención que acogieron el “modelo asilar” y que estuvieron al servicio de los procesos de medicalización y disciplinamiento de la sociedad. Por lo que se hace necesario, plantear qué se entiende por Cuestión Social. Para este trabajo se toma esta categoría en sentido de Pastorini, quien plantea que la Cuestión Social es el,

*“conjunto de problemas sociales, políticos y económicos que se generan con el surgimiento de la clase obrera dentro de la sociedad capitalista (...) se refiere a los aspectos derivados del proceso de constitución y desarrollo del propio capitalismo. Así, las acciones estatales destinadas a atender la Cuestión Social tienen como objetivo asegurar las condiciones necesarias para el desarrollo del capitalismo y las consecuentes concentración y*





*centralización del capital, y no solo corregir los efectos negativos de este proceso” (Pastorini; 2002: 91).*

En este sentido, entiende que las intervenciones no atacan la raíz del problema, sino por el contrario, son orientadas a resolver problemáticas particulares, atendiendo sólo a algunas manifestaciones de la Cuestión Social (Pastorini; 2002:92).

La significativa preocupación por dicha categoría en nuestro país surge en el contexto de constitución del Estado- Nación (siglo XIX) en el marco de lo que Caetano y Rilla dieron a llamar “primera modernización” y que fue desarrollada al inicio de este capítulo.

En este período, el Estado comienza a incidir en diferentes ámbitos de la vida cotidiana, teniendo como institución modelo a la institución médica. Instaurándose, como ya se ha mencionado, procesos de “secularización” y “medicalización” de la sociedad.

Para consolidar la presencia del Estado, se establecieron instituciones psiquiátricas con internamiento asilar para transmitir normas y valores, “contener” y “tratar” a los enfermos mentales con el objetivo de mantener y preservar el orden social. Orden, salvaguardado también, por los médicos higienistas, quienes atendían, a través de sus prácticas garantizadas por el Estado, la Cuestión Social y quienes facilitaban la instauración del proceso de la medicalización, a través de algunos instrumentos como son la modernización y el monopolio de la tecnología militar.

De esta manera, la Cuestión Social y sus manifestaciones fueron entendidas como problemas sociales, producto de desvíos y falta de adaptación de los sujetos que no incorporaban los valores y normas establecidas y sancionadas. Esta concepción de la Cuestión Social deja por fuera el contexto, ya que en ella la organización económica y social no tenían relación con las desigualdades sociales y sus consecuencias (Amico; 2005: 71). Es a partir de este pensamiento, que se promueven distintos tipos de

clasificación, homogeneización, estigmatización y normalización de los sujetos “desviados”.

La locura, ya por el 900, era considerada por la psiquiatría *“el descontrol de las pasiones”*, por lo que el médico “clasificador” siempre encontraba hechos “morales” que habían causado el delirio, la homosexualidad (...) solo el restablecimiento del autocontrol por medio del nuevo y científico director de conciencias, devolvería la Razón (...) la recuperación de la razón fue asimilada a la recuperación de la moral (Barrán; 1995: 46-47). El “loco” debía ser guiado en un espacio físico ordenado (asilo) para que ese orden repercutiera sobre su naturaleza moral (Barrán; 1995: 46), la cual se encontraba fuera de sintonía con el resto de las personas “normales” y “sanas” que mantenían el orden establecido.

Por todo lo antes dicho, resulta que la atención a la Cuestión Social y la comprensión de la misma, no han abordado la multicausalidad de esta categoría que debería tener en cuenta los procesos estructurales que dan soporte a las desigualdades características del orden burgués. Hecho que ha incidido y repercutido en la vida cotidiana de los sujetos y en la salud mental de los mismos. Por lo que resulta esencial para el Trabajo Social su comprensión ya que ha generado fuertes procesos de exclusión y marginación, asociados a las diferentes formas de discriminación y estigmatización de la “locura”.

Se puede afirmar entonces, que no se puede realizar un análisis sobre salud mental apartado de los distintos problemas sociales y su contexto ya que inciden en la misma, afectando la cotidianidad de los sujetos. Agnes Heller plantea *“la vida cotidiana no está “fuera” de la historia, sino en el “centro” del acaecer histórico”* (Agnes Heller; 1985:42).

La autora entiende la vida cotidiana como la *“vida de todo hombre. La vive cada cual sin excepción alguna (...) La vida cotidiana es la vida del hombre entero, o sea: el hombre participa en la vida cotidiana con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad”* (Agnes Heller; 1985:39).





Por tanto, los cambios acontecidos en la sociedad producen alteraciones en la vida cotidiana de los sujetos que son determinantes en la salud mental de los mismos, modificando condiciones individuales y familiares.

Castel considera que la correlación entre la no participación en actividades productivas y el aislamiento relacional producen procesos de exclusión (Castel; R; 1997:15). Exclusión que aparece asociada a las formas ya mencionadas que ha tenido el Estado de atender la Cuestión Social a través de las diferentes instituciones que ha reforzado la desprotección y fragilización de los individuos.

Sierra, respecto a esto, afirma que la falta de integración a actividades productivas implica una pérdida de la identidad del sujeto ya que los puntos centrales de la misma se basan en “lo que hace” el individuo, “uno es lo que hace” y si no “hace nada” no es “nada”. Implica también, incertidumbre sobre el futuro, un quiebre de la organización social y las representaciones colectivas (Sierra; 1998:6).

Es preciso por ende, tener presente que las intervenciones del Trabajo Social se han dado en estos escenarios singulares, en estas circunstancias que implican una serie de cuestiones que hacen necesaria una mirada profunda hacia las nuevas formas de singularidad (Carballeda; 2004:1).

Es por ello, que se considera trascendente para esta tesina abordar las relaciones históricas del Trabajo Social con el área salud mental ya que Servicio Social surge y se desarrolla simultáneamente a la presencia del manicomio en América Latina según lo expresado por Amico (Amico; 2005:69). La profesión se institucionaliza en el siglo escogido para su estudio en este trabajo.

En el proceso de la génesis del Servicio Social la Iglesia tuvo escasa participación debido a la secularización de la sociedad ya mencionada en páginas anteriores. Desde el inicio (siglo XX), la intervención de la profesión en el campo de la salud mental estuvo subordinada a la corporación médica. La

política sanitaria fue crucial para la génesis del Servicio Social ya que con ella surge la demanda y la respuesta a la misma por Asistentes Sociales para hacer frente a la emergente Cuestión Social colocada por la dinámica del desarrollo del capitalismo. Esta política sanitaria fue producto de las múltiples políticas sociales que desarrolló el Estado intervencionista uruguayo (Acosta; 2004: 128).

El Trabajo Social en los hospitales psiquiátricos, en el período estudiado en dicho documento, trabajó aislado de otros profesionales, atendiendo, según Amico, demandas inmediatas, la parte “enferma” del sujeto, relegando la prevención y promoción de la salud mental (Amico; L; 2005:72).

La intervención se focalizó en el problema individual, con prescindencia del sistema capitalista y sus condiciones, ubicando la intervención, *“en el terreno de lo patológico como disfuncionalidades a ser corregidas (...) la intervención fue de disciplinamiento del “otro desviado” para integrarlo al sistema”* (Amico; 2005:71). Por lo que la práctica profesional tradicional en el área de salud mental limitó la demanda y atendió a los objetivos institucionales. Siguiendo a la misma autora, se puede plantear que el Trabajo Social se tornó una especialización particular de la profesión: Trabajo Social psiquiátrico. Posicionamiento que demandó para la intervención profesional la utilización de saberes y métodos asociados a la psiquiatría, psicología y sociología (Amico; 2005:70).

Finalmente, respecto al vínculo del Trabajo Social con la salud mental, Carballada entiende que,

*“desde una perspectiva histórica, la intervención en lo social surge marcada por una tradición normativa, relacionada con la problemática de la integración como forma de mantener el orden y la cohesión de la sociedad, a través de dispositivos de disciplinamiento que se aplican mediante prácticas e instituciones”* (Carballada; 2002: 91-92).





Cabe aclarar, que con el pasar del tiempo, el Trabajo Social se ha enfrentado a nuevos desafíos que le han permitido dejar de lado esa fuerte impronta de control social, así como también le han permitido romper con la práctica profesional tradicional en el campo de la salud mental.

# CAPÍTULO III





### CAPÍTULO III: ALGUNAS CONCLUSIONES

En el desarrollo de estas páginas se intentó realizar un recorrido histórico por las diversas concepciones sobre salud/ enfermedad mental, así como por las distintas modalidades de atención en salud mental en nuestro país, enmarcándolas en el contexto mundial e incluyendo en el análisis al Trabajo Social y su intervención en el área.

Se ha visto como, hasta entrado el siglo XVI, las enfermedades mentales estuvieron asociadas a causas sobrenaturales. Recién, años más tarde, allá por el siglo XVII se comienzan a vincular las mismas con un origen físico. Por lo que hasta el inicio de la modernidad y el establecimiento de las sociedades capitalistas, las enfermedades mentales fueron concebidas relacionadas con un origen demoníaco, religioso, y externas a la persona.

En los siglos XVIII y XIX las concepciones de salud/enfermedad mental comienzan a dar un viraje con el auge de la ciencia y la razón, su respectivo proceso de medicalización y disciplinamiento de la sociedad, que a través de los distintos dispositivos de control, con el surgimiento de los manicomios, encierra a los “enfermos mentales”, apartándolos de la vida social y ubicándolos en distintas instituciones psiquiátricas con el objetivo de adaptarlos al nuevo orden capitalista establecido.

El período escogido para el presente documento se caracterizó por la incidencia del psicoanálisis y el advenimiento de la psicofarmacología, lo que trajo aparejado otro cambio en las concepciones sobre salud/ enfermedad mental, ahora entendida en relación a aspectos psicológicos y sociales, más allá de los biológicos.

Se destacó en este documento, el surgimiento en el siglo XX del movimiento de la antipsiquiatría, nacido en los países capitalistas desarrollados, con una importante influencia en nuestro país. Movimiento que proclamó nuevas formas de concebir la salud mental, así como promovió la



desinstitucionalización, proponiendo alternativas de sustitución por formas de asistencia centradas en la familia y la comunidad. Reaccionando frente a una historia marcada por la estigmatización, resaltando un abordaje social y considerando la enfermedad mental como producto de las contradicciones de la sociedad y el sistema capitalista.

Pese a las transformaciones traspoladas por nuestro país, dicho movimiento, en casi todos los países y en el nuestro sin excepción, ha terminado conviviendo con la presencia de los manicomios. Por lo que tales transformaciones no han sido radicales y no han podido cambiar el modelo “hegemónico” y “legitimado” de concebir la salud/ enfermedad mental y el sistema de atención que ha perdurado a través del tiempo y los lugares.

Los movimientos de reforma y propuestas alternativas al modelo asilar, no han sido más, que supuestos efímeros sin apoyo político suficiente como para modificar radicalmente la modalidad de atención a las enfermedades mentales.

No caben dudas, que en el transcurso de los años estudiados en esta tesina, pese, a las innumerables formas de comprender la salud/enfermedad mental y sus avances, a las distintas propuestas de atención y abordaje garantizadas por el Estado y pese a los intentos de desmantelamiento, se continuó naturalizando la existencia de hospitales psiquiátricos como instituciones hegemónicas y legitimadas para atender la “locura”. Instituciones que representaron un símbolo de control y poder en la sociedad, y que se encontraron encargadas de “curar” la “locura” que en los años novecientos causó repudio y terror, temor de ese “otro” diferente. En este período abordado, se aisló, se encerró y se estigmatizó en el entendido que de esta manera los sujetos se “normalizaban” y ajustaban al orden impuesto, contribuyendo a preservarlo.

Los médicos psiquiatras tuvieron históricamente asignado el rol de combate de la locura, generando un poder que se difundió hacia la sociedad





toda y que influyó seguramente en las representaciones negativas que se han ido construyendo en torno a la locura.

De esta manera, se fueron pensando los problemas sociales como producto de desvíos y falta de adaptación de los individuos al sistema. Por lo que los médicos fueron atendiendo la Cuestión Social, respaldados por el Estado, y dejando por fuera al contexto en que nacen las desigualdades sociales.

Esta acotada interpretación de la Cuestión Social, repercutió a través de los años, en la vida cotidiana de los sujetos y en la salud mental de los mismos, provocando en ellos la pérdida de identidad y autonomía al encerrarlos en instituciones psiquiátricas funcionales al sistema.

Queda claro, que los años estudiados estuvieron marcados por políticas sociales en el ámbito de la salud mental basadas en la atención manicomial y centradas en la enfermedad mental más que en la salud misma, que no han cuestionado la modalidad de atención imperante, atribuyendo la culpa al individuo que no se adapta al orden impuesto.

La introducción, en el estudio de la temática, del recorrido histórico por el Trabajo Social corresponde a que su ejercicio profesional se centra en la implementación de políticas sociales abocadas a mejorar la calidad de vida de los sujetos, la que está atravesada por la salud mental de los mismos y ésta última a su vez, se encuentra determinada por sus condiciones de vida.

Así lo plantea Amico refiriéndose al período histórico abordado en estas páginas y a la intervención del Trabajo Social que se encuentra inmersa en la propia lógica que generan las políticas,

*“el Trabajo Social en el ámbito de la salud mental no puede romper con la marca humanitaria, pero no por un problema endógeno de la profesión sino por determinantes estructurales de la propia lógica de las políticas diseñadas para operar en el*



*sector y de las instituciones de salud mental*" (Amico; 2005: 95).

Para finalizar, se puede señalar que la presente tesina pretendió ser una contribución a visualizar el período histórico que va desde el 1900 a 1970 y que estuvo signado por la psiquiatrización de la sociedad. Ello, con el objetivo de introducir el cuestionamiento imprescindible a la institución asilar, para desnaturalizar sus prácticas en el tratamiento de la salud/enfermedad mental, y el significado conferido hegemonícamente a la palabra salud mental. Por tanto, es necesario para este cuestionamiento repensar los aspectos trabajados en este documento con el fin de transitar por un camino que nos lleve a romper con la práctica profesional tradicional en el área y a buscar prácticas alternativas.





## BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, A.; BERNAL, S.; RODRÍGUEZ, C.; “De la locura y la marginación” en: “La función social de la locura. Una mirada desde el poder”; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata, Espacio Editorial, Buenos Aires, 1998
- ACOSTA, L. “Consideraciones generales sobre la historia del Servicio Social” en Temas de Trabajo social. Debates, desafíos y perspectiva de la profesión en la complejidad contemporánea. Cátedra de Trabajo Social-Ciclo Básico. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UdelaR. 2004.
- AMICO, L.; “La Institucionalización de la Locura”, Espacio, Buenos Aires, 2005
- AMICO, L; “Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental”. Edición nº 35, 2004.
- BARRÁN, J.P.; “Historia de la sensibilidad en Uruguay. Tomo II. El Disciplinamiento (1860-1920)”; Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1992
- BARRÁN, J.P., “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos”, Tomo I, “El Poder de Curar”; Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1993
- BARRÁN, J.P.; “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos”, Tomo II, “La ortopedia de los pobres”; Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1994



- BARRÁN, J.P.; "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos", Tomo III "La invención del cuerpo"; Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1995
- BOURDIEU, Pierre; "Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo" en Materiales de Sociología Crítica, Ed. De la Piqueta, Madrid, 1986.
- CABRERA, C.; "Investigar e Intervenir en salud mental tendiendo a la desmedicalización del sentir, pensar y hacer" Aportes para el debate sobre la dialéctica salud- enfermedad, Ed. Eppal- Revista Regional de Trabajo Social nº41, Montevideo, 2007.
- CAETANO, G y RILLA, J "Historia Contemporánea del Uruguay- De la colonia al s. XXI", Editorial Fin de Siglo, Montevideo, 2004.
- CAMPUZANO, M. "La antipsiquiatría y su contexto histórico" en Revista Subjetividad y Cultura (México), No. 22, octubre de 2004.
- CARBALLEDA, A.; "Lo social y la salud mental: algunas cuestiones preliminares", s/e, Universidad de La Plata, 2004.
- CARBALLEDA, A; "Intervención en lo social", 2002.
- CASTEL, M. "El orden psiquiátrico", Ediciones de la Piqueta, Madrid, 1980.
- CASTEL, R.; "Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1997.
- CASTRO, E.; "Alienados: tesis presentada para optar al grado Doctor en Medicina y Cirugía". Ed. El Siglo Ilustrado, Montevideo, 1899.



- CLARAMUNT, C. y TRISTAN, A. "Alienación y neurosis en la mujer: estudio de un grupo de mujeres consultantes de psiquiatría en cuatro clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, 1983.
- COTO, M. y RAMÍREZ, A; "Las Políticas Estatales en el Campo de la Salud y Enfermedad Mental en Costa Rica 1940-1980" Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, 1985.
- FOUCAULT, M; "*Historia de la locura en la época clásica*" (1961), 2ª edición, México, FCE, 1976.
- FOUCAULT, M. A propósito del encierro penitenciario. En: "Un diálogo sobre el poder", Alianza Editorial, Madrid, 1981.
- FOUCAULT, M. "Vigilar y Castigar", Ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1991.
- GALENDE, E; "Psicoanálisis y Salud Mental". Ed. Paidós. Argentina. 1994.
- GINÉS, A.; "Desarrollo y ocaso del asilo mental en Uruguay" en: Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 62, Nº 2, 1998
- GOFFMAN, E.; "Internados. Un ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales", Amorroutu Editores, Buenos Aires, 1988.
- GONZÁLEZ, E; "La crisis de la salud mental" en Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975, Madrid 1999.



- GUISBERT, C; en Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría: "Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo, situación actual y recomendaciones. Cuaderno Técnico 6. 2002
- HELLER, A.; "Historia y vida cotidiana. Aportación a la sociología socialista", Ed. Enlace-Grijalbo, México, 1985.
- KÓSIK, K; "Dialéctica de lo concreto" Ed. Grijalbo. México, 1984.
- MENÉNDEZ, E.; "El modelo médico hegemónico" en Revista Paraguaya de Sociología, Año 21, N° 61, 1984.
- MITJAVILA, M. Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización, en cuadernos del CLAEH n° 62. Montevideo. Segunda serie. Año 1992.
- NETTO, J.P. "Transformações societarias e Serviço social: notas para uma análise prospetiva da profissao no Brasil". Revista Serviço Social e Sociedade N° 50 – Sao Paulo, Cortez Editora, 1996.
- PASTORINI, A.; "La cuestión social y sus alteraciones en la contemporaneidad" en: Temas de Trabajo Social, DTS, fcs, Montevideo, 2002.
- PORTILLO, J. "Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724 - 1930)" en: Rev. Médica Uruguay 1995; 11: 5-18
- ROZAS, M. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social". Espacio Editorial.1998.
- SZASZ T. "El mito de la enfermedad mental". Barcelona: Círculo de Lectores, 1999.





- SARACHU, G.; “Los procesos de problematización e intervención en Trabajo Social ante las transformaciones contemporáneas” en: Temas de Trabajo Social, DTS, fcs, Montevideo, 2002.
- SIERRA, H; “Salud mental y fin de siglo”. Conferencia dictada el 27 de setiembre de 1998 en Rafaela, Argentina. Transcripción literal.
- TORRES, A.; “*Locura, Esquizofrenia y Sociedad. Reflexiones*”. En: Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. México; 2002.
- VERGARA, M; “Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad”. En: Revista Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12; 2007

#### FUENTES REFERENCIALES

- [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)
- [www.fcs/dts.edu.uy](http://www.fcs/dts.edu.uy)
- SALUD MENTAL: Nuevo entendimiento, nueva esperanza. El informe mundial de la salud. Ginebra, Organización Mundial de la salud, 2001.
- Serrano Hortelano, Xavier: La locura: mito o enfermedad social, en: <http://www.esternet.org/xavierserrano/locura.htm>; Denia (Alicante), 1996.

#### ABREVIATURAS

- **MIP** - Metodología de la Intervención Profesional
- **OMS** - Organización Mundial de la Salud
- **EE UU** - Estados Unidos