

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

**“Desviado”, “Loco”, “Enfermo”**  
**Diversidad de percepciones y propuestas de**  
**atención en salud mental**

**LUCÍA PERDOMO**

**Tutora: Celmira Bentura**

**2014**

## Índice

|                                                                                                    |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Introducción</b> .....                                                                          | Pág. 3      |
| <br><b>Primer capítulo</b>                                                                         |             |
| Salud. Debate salud-enfermedad.....                                                                | Pág. 6      |
| Salud Mental.....                                                                                  | Pág. 10     |
| Salud mental en el devenir histórico.....                                                          | Pág. 13     |
| <br><b>Segundo capítulo</b>                                                                        |             |
| Cuestión social y exclusión.....                                                                   | Pág. 20     |
| Dimensiones de la exclusión.....                                                                   | Pág. 24     |
| Estigma y manicomio como símbolos de exclusión del “enfermo mental”.....                           | Pág. 28     |
| <br><b>Tercer capítulo</b>                                                                         |             |
| Algunas consideraciones sobre la institucionalización de la “enfermedad<br>mental” en Uruguay..... | Pág. 33     |
| Programa Nacional de Salud Mental: panorama político y social.....                                 | Pág. 35     |
| Programa Nacional de Salud Mental: estrategias de intervención.....                                | Pág. 39     |
| <br>Reflexiones finales.....                                                                       | <br>Pág. 50 |
| <br>Bibliografía.....                                                                              | <br>Pág. 55 |

## **Introducción**

En el marco de la Licenciatura en Trabajo Social, se realiza la presente monografía final de grado, cumpliendo con los requisitos curriculares de la misma. Es pertinente explicitar, que la misma tiene como objetivo el abordaje de alguna problemática de interés para quien suscribe, pertinente desde la profesión.

En tal sentido, el presente trabajo refleja el interés por analizar la percepción de la enfermedad mental plasmada en las propuestas de atención en salud mental en el Uruguay. Para ello se realizará un proceso descripción y de análisis de la situación planteada, para lo cual se utilizarán técnicas de análisis de documentos escritos y material bibliográfico.

La elección de éste tema, tiene su origen en el interés generado por la situación que viven las personas con algún trastorno mental, al realizar un estudio en un centro de rehabilitación psicosocial. Propuesta que surge en el marco del curso de Taller de Investigación. Esta experiencia ha incentivado la problematización de quien suscribe, en relación a diversos aspectos de la temática.

Entendiendo que la atención en salud mental ha sido históricamente basada en la reclusión de los enfermos mentales, es que se realizará un recorrido histórico acerca de las formas de ver y abordar la problemática de la salud mental, basados en la internación, el encierro y la marginación del individuo. Las cuales, según diversos autores, responden a la visión del enfermo mental como peligroso.

En tal sentido, se ha podido conocer que estas formas de exclusión del sujeto (que también suponen procesos de control frente a lo peligroso, a lo que no se adapta a los parámetros normales de la sociedad), se ven complementadas durante el proceso de producción capitalista, en donde el enfermo mental, el loco, no tiene cabida en el mismo. Se genera así un doble proceso de exclusión, en donde el sujeto además de ser encerrado en centros de internación por ser el “loco”, tampoco tiene las herramientas y habilidades para poder formar parte del proceso de producción capitalista y en consecuencia el sujeto también es lo

que Castel llama “inútiles para el mundo”, una carga para la sociedad.

Más tarde, el surgimiento de la antipsiquiatría, que en un sentido más estricto, cuestiona la enfermedad mental como tal, propone un nuevo modelo de atención en salud mental que considere la salida del loco de los manicomios, promoviendo el cierre de estos y la inclusión del sujeto en la comunidad.

Se produce así un cambio en las formas de abordaje de la problemática que, en Uruguay viene de la mano del surgimiento de un modelo de Estado que pasa de un rol intervencionista a uno más liberal, en donde las responsabilidades del Estado se ven restringidas. Lo que supone que la problemática de la enfermedad mental se ve absorbida por la comunidad y la familia. Apareciendo así el abordaje de la salud mental en los diferentes niveles de asistencia. Se evita la internación del sujeto por períodos prolongados, realizando acciones de promoción de salud, para el caso del primer nivel de atención y generando espacios de rehabilitación para los sujetos, incluyendo, como ya se planteó a la comunidad y la familia en éste proceso.

A su vez, este nuevo modelo de atención en salud mental, supone una nueva concepción de la salud mental, en la que el enfermo mental, antes encerrado y excluido simbólicamente y físicamente, comienza a considerarse un sujeto de derechos, con posibilidades, en algunos casos, de integrarse a la vida social.

Para poder llevar a cabo el presente análisis, considerando los aspectos enumerados anteriormente, se parte de la idea de que existen diversas formas de abordar y analizar la realidad. En lo que respecta al presente estudio, la intención del mismo, supone una descripción, análisis y reflexión de una situación particular.

Para este estudio en particular, la técnica utilizada será el análisis de documentos escritos y de material bibliográfico. Esto se debe a que la intención del mismo no supone comprender o explicar determinada situación, sino que se enmarca en un proceso de descripción, análisis y reflexión sobre la situación planteada.

En tal sentido, cabe tomar los aportes de Valles (1997), quien entiende al análisis de documentos como una técnica de obtención de datos, que permite fundamentar y validar las reflexiones que surgen del análisis de una determinada temática. Para ello, se ha seleccionado como tema de estudio la salud mental. De este modo el objeto definido supone: *“Analizar la influencia de la percepción de la enfermedad mental en las propuestas de atención en salud mental en el Uruguay.”*

De éste modo, en el primer capítulo se realizará una aproximación a el concepto de Salud, retomando el debate a través de la dicotomía “salud”/“enfermedad”. Y el concepto de Salud Mental, entendida desde una visión que involucra aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Además se realizará un recorrido histórico que exponga las modalidades de ver y abordar la problemática de la “enfermedad mental” en diferentes épocas y el posterior proceso de medicalización.

En el segundo capítulo se analizarán los conceptos de Cuestión Social y Exclusión. Explicitando las diferentes dimensiones y formas históricas de exclusión. Analizando en el desarrollo de éstas categorías la situación de las personas que padecen algún trastorno mental a partir de tales concepciones.

El tercer capítulo pretende analizar la atención en salud mental en nuestro país. De este modo, se dará cuenta de los procesos que surgen para abordar dicha problemática, desde la creación del Hospital Vilardebó, hasta la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental. Describiendo y reflexionando sobre el panorama político y social en el cual surge la propuesta del Plan Nacional de Salud Mental y las estrategias de intervención que plantea. Analizando así la percepción sobre la salud mental impresa en dicho programa.

Por último se plantearán algunas consideraciones que surgen a partir del análisis realizado en el documento.

## Salud. Debate Salud-enfermedad

A fin de poder esclarecer la problemática planteada, y teniendo en cuenta el tema de estudio, se considera necesario realizar una aproximación a lo que el concepto de salud y más específicamente el de salud mental refieren. Se han conocido diversas formas de conceptualizar a la salud, las cuales refieren a la ausencia de enfermedad. Pero cabe aquí realizar un análisis del concepto de salud, teniendo en cuenta esos debates acerca de la dicotomía salud-enfermedad, para luego poder abocarnos estrictamente al concepto de salud, prescindiendo de la necesidad de resolverlo a partir de la ausencia de la enfermedad. Luego de esto se realizará una aproximación a lo que el concepto de salud mental refiere, concepción pertinente para el presente trabajo.

La salud se define como una *“Categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultando de la interacción armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que condiciona niveles de bienestar físico, psicológico y social (...) es un derecho humano fundamental (...)”* (Villar y Capote apud. Fernández; 2008:23).

De tal concepción se desprende que la salud refiere a aspectos que van más allá de la ausencia de enfermedad; muchas veces se entiende a la salud-enfermedad desde un aspecto fisiológico únicamente, que no coincide con lo planteado por Villar y Capote. También se plantea la idea de la salud como un derecho inherente a todos los individuos; el derecho a contar con oportunidades que le permitan desarrollar al máximo sus potencialidades y poder adaptarse armoniosamente a la realidad de la cual se es parte. En tal sentido Fernández (2008; 23) plantea oportunidades en educación, de empleo, oportunidades políticas, legales, económicas, entre otras.

Se puede asumir entonces, que la salud más allá de lo estrictamente fisiológico, supone la existencia de posibilidades, capacidades y habilidades para que, en el ejercicio del conjunto de derechos civiles, políticos y sociales, todo individuo logre adaptarse y vincularse con el medio al cual pertenece.

Viilar y Capote afirman que la salud se encuentra en unidad dialéctica con la enfermedad, entonces, cabe aquí preguntarse a qué nos referimos cuando hacemos alusión a la dicotomía salud-enfermedad. ¿Qué queremos decir cuando planteamos que un individuo está enfermo?

Según Canguilhem (1986) existen dos posturas en relación a ésta dicotomía. Una que asume que la enfermedad es algo que deviene en el cuerpo desde afuera y en algún órgano del mismo, sin tener en cuenta las consecuencias que tal problemática tiene, en la relación del sujeto con su entorno. La otra postura, expuesta por la medicina griega asume que la enfermedad afecta a todo el cuerpo en su integridad, y no sólo a éste en si mismo, sino también al individuo y su cotidianidad.

En la cotidianidad asociamos cualquier aspecto que rebase los parámetros “normales”, que distorsione aquella normalidad del cuerpo y de la mente con una enfermedad. *“Ya significa tranquilizarse, en parte, considerar a todo enfermo como un hombre al cual se le ha agregado o quitado un ser. (...) Para que toda esperanza no esté perdida, basta con pensar que la enfermedad es algo que sobreviene al hombre”* (Canguilhem; 1986: 17). El hecho de que el autor plantee que tener en cuenta que la enfermedad es algo que aparece en el hombre, y que está por fuera de los parámetros normales para una sociedad, tiene que ver con que, siendo así, mediante una técnica, es posible volver a esa normalidad, quitando tal afección del cuerpo. Es decir, que en una determinada sociedad, se plantean cuáles son los parámetros que definen la normalidad y en consecuencia, la salud de un individuo. Aquel comportamiento del cuerpo que no se adapte a los parámetros definidos, es asociado a una enfermedad y en consecuencia, se debe actuar para poder eliminarla y volver al cuerpo a su estado normal.

Entonces surge una nueva postura con respecto a la enfermedad, la visión de la misma por parte de la medicina griega. Esta asume que en tanto el hombre en su interior y en su relación con la naturaleza, suponen un equilibrio, la enfermedad se presenta como una ruptura del mismo. Y es por ello que *“(...) la enfermedad no está en alguna parte del hombre. Está en todo el hombre y le pertenece por completo. Las circunstancias exteriores*

*son ocasiones y no causas.*” (Canguilhem; 1986: 18). Utilizando éstos aportes para analizar mínimamente la cotidianidad, podemos ver que cuando un sujeto enferma, no sólo existe la afección en sí, ésta rompe con todos o varios de los esquemas cotidianos del sujeto. Quizá no pueda formar parte, por un tiempo, de los ámbitos a los que está acostumbrado a frecuentar, tal vez algunas de las actividades diarias se dificultan, incluso con una simple afección.

No basta con encontrar metódicamente cuál es esa parte del organismo del hombre, que se encuentra afectada y aplicar la terapia correspondiente. Sino que es necesario entender y analizar la forma en que ese cuerpo se está comportando y cómo éste interacciona con su medio. *“La enfermedad no solo es desequilibrio o desarmonía, también es -y puede ser principalmente- esfuerzo en la naturaleza del hombre para obtener un nuevo equilibrio”* (Canguilhem; 1986: 18). Ese equilibrio, supone la curación.

Por otro lado Canguilhem plantea que *“Se puede negar que la enfermedad sea una especie de violación del organismo y considerarlo como un acontecimiento que el organismo realiza por el juego de sus funciones permanentes, sin negar que ese juego sea nuevo. (...) ¿No convendría decir, al fin de cuentas, que el hecho patológico solo es aceptable como tal. Es decir como alteración del estado normal, en el nivel de la totalidad orgánica y, tratándose del hombre, en la totalidad individual consistente donde la enfermedad se convierte en una especie de mal? Estar enfermo significa verdaderamente para el hombre vivir una vida diferente, incluso en el sentido biológico de la palabra.* (Canguilhem, 1943:60).

En este sentido, se considera pertinente plantear que, si bien la medicina asume determinada conducta del cuerpo, estrictamente caracterizada, como una conducta normal, para algunos autores, esta cuestión no es tan simple. Estas normas de conducta del cuerpo, por así decirlo, pretenden generalizarse en toda la población, cuando en realidad existen comportamientos de este, que si bien no se adaptan a dichos parámetros, no impiden la interacción armoniosa entre este y el medio<sup>1</sup>. *“En consecuencia, concluye Sigerist, será*

---

<sup>1</sup> Sigerist plantea el ejemplo de Napoleón Bonaparte, quien teniendo 40 pulsaciones por minuto lograba realizar todas las actividades que requería su rutina diaria. Canguilhem;1986: 137



*necesario no contentarse con establecer la comparación con una norma que resulta del promedio, sino en la medida de lo posible con las condiciones del individuo examinado.”*  
(Canguilhem: 1986: 138)

Con esto se hace pertinente tener en cuenta que los parámetros normales, en cuanto al comportamiento del cuerpo, a la fisiología, poco tienen que ver con la posibilidad de definir a un individuo como enfermo o saludable. Sino que va más allá del mismo, incluye la capacidad del individuo de poder establecer una relación armoniosa con su entorno.

De este modo la Organización Mundial de la Salud afirma que la salud no sólo supone la ausencia de enfermedad, sino que tiene que ver también con el bienestar físico, mental y social. Bienestar al que tienen derecho todos los individuos sin importar su raza, religión o inclinación política.

## Salud Mental

Más allá de las reflexiones expuestas anteriormente, cabe preguntarse, cuándo se hace inminente la presencia de un desequilibrio o la ruptura de esa armonía. Muchos pensarían que no sería tan difícil suponer que un individuo se encuentra enfermo o en desequilibrio cuando se trata de una afección que se presente con un malestar fisiológico. Cualquier dolor, un cambio en el funcionamiento de algún órgano, entre otros; pero ¿qué sucede cuando ese desequilibrio no se presenta como algún malestar físico? Teniendo en cuenta el tema del presente estudio ¿cuándo podemos decir que una persona presenta algún desequilibrio en su salud mental?

Amico define a la Salud Mental como “(...) *el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad.*” (Amico; 2005: 17). En cada sociedad y momento histórico se van planteando los factores que determinan y consolidan a la Salud Mental, al igual que la forma en que se posicionan los sujetos frente a tal situación. Según ésta definición, de la capacidad que presente el individuo para adaptarse a las exigencias de su entorno, va a depender su estado de salud mental.

Por otro lado Pichón-Riviére aporta a la definición de Salud Mental expresando que la misma supone “(...) *una aptitud sintetizadora [totalizadora y totalizante] en la resolución de los conflictos que surgen en relación con la realidad. Propone como parámetro indicador de salud, la capacidad de desarrollar una actividad transformadora; (...) Para este autor, la salud mental consiste en un aprendizaje de la realidad (...)*” (Pichón Riviere apud Fernandez; 2008:23).

Es decir que esta categoría refiere a la capacidad de los individuos de poder resolver los conflictos que surgen en él y en su relación con la realidad. Al plantear la concepción de realidad, podemos afirmar que en ella son varios los ámbitos, los aspectos y los actores que la componen. Desde una postura más estrecha, la familia y la relación de ésta con el individuo juegan un rol importante en la salud del sujeto. Además, en la comunidad, existen

diversos ambientes en los que el individuo interactúa con otros, los cuales también tienen una gran influencia en la salud mental del mismo, así como también aspectos económicos, políticos y sociales. La capacidad de éste de poder tener una relación armoniosa con su entorno va a definir su estado mental.

*“(...)Tanto la salud como la enfermedad están condicionadas también por otras situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad” (Morales; 1997: 3).*

Aquí cabe tener en cuenta que el hecho de que no se presente un trastorno diagnosticado en la Salud Mental de cada individuo no supone que se tenga una Salud Mental plena. Esto se debe a que existen aspectos que tienen que ver con el manejo de los miedos, de las capacidades y frustraciones, de las competencias y las responsabilidades, y de la capacidad, de cada sujeto, de mantener relaciones interpersonales.

Posicionándose en ésta misma perspectiva, la Organización Mundial de la Salud afirma que la Salud Mental supone *“(...) un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su ambiente físico y social.” (Silva, C; 2007:3)*

En consonancia con lo planteado anteriormente con respecto a la salud, podemos decir que hablar de Salud y Salud Mental, no supone abocarse estricta y únicamente a un proceso lineal que basa su prevalencia en la dicotomía salud/enfermedad. Con lo expuesto hasta el momento, y haciendo referencia a cada una de las concepciones y reflexiones planteadas sobre estas dos categorías, se considera que es necesario trascender tal dicotomía para poder comprender lo que ambos conceptos suponen: a grandes rasgos, un estado de armonía y equilibrio entre el sujeto y su entorno; éste condicionado por aspectos sociales, culturales, económico, políticos y ambientales.

Así es que cada sociedad y momento histórico establecen los parámetros por medio de los cuales se considera a un individuo portador de plena salud, en el marco de su posibilidad de adaptación a éstos. En consecuencia, las formas de ver, analizar y abordar la cuestión de la salud mental se han ido modificando en función de tales concepciones. Es por ello que en los siguientes párrafos, se realizará un recorrido histórico analizando la percepción y formas de abordaje que se proponen para la problemática en cuestión, en cada momento histórico.

## **Salud Mental en el devenir histórico.**

Luego de haber explicitado algunas orientaciones que surgen en torno al concepto de salud mental, es necesario tener en cuenta que los mismos son producto de un proceso histórico de análisis de la problemática. Tanto el concepto de salud mental, como la percepción que sobre el enfermo mental se tiene y las formas de abordar la situación, han ido cambiando en función de los valores inherentes a cada sociedad y momento histórico.

En tal sentido, se observa que para cada sociedad determinada, aquel sujeto que no se adapte a los parámetros que ésta impone, es visto como un sujeto que se debe penalizar, expulsar, o, normalizar dependiendo cada acción de la época en cuestión.

Así es que en la Edad Media, la desviación del “deber ser” promovía rituales a partir de los cuales se pretendía penalizar el delito infringido contra la ley, mediante el dolor. De modo que las descuartizaciones, las hogueras, las torturas, suponían formas de condena a los desviados, en los que se imponía el dolor del condenado, el terror del resto y el poder de quien castiga. (Techera, Apud y Borges; 2009: 36)

Por otro lado la Iglesia también cumplió un rol fundamental en la caracterización y tratamiento del loco. Para la Iglesia el loco era un individuo poseído por el demonio, producto del pecado. Hay que tener en cuenta que el cristianismo y la Iglesia ocupaban un lugar preponderante en la organización de la sociedad y que por ende, muchas de las prácticas sociales, respondían a las normas o mandatos que la iglesia predica.

A su vez, en el Renacimiento, el modelo de penalización según lo expresa Foucault (apud. Techera, Apud y Borges; 2009), asume la expulsión de los desviados de los cánones sociales, los “locos”. Estos eran azotados y golpeados públicamente y luego enviados al mar en la llamada “Nave de los Locos”. Foucault asume que es difícil explicar cuáles eran los motivos o los objetivos implícitos en tal acción y resuelve que quizá no solo se debiera a una forma de expulsar al loco y alejar el peligro de la sociedad, sino que también ésta costumbre fuera una especie de ritual.

Con respecto a esto el autor plantea que *“Por una parte, prácticamente posee una eficacia indiscutible; confiar el loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida. Pero a todo esto, el agua agrega la masa oscura de sus propios valores; ella lo lleva, pero hace algo más, lo purifica; además, la navegación libra al hombre a la incertidumbre de su suerte; cada uno queda entregado a su propio destino, pues cada viaje es, potencialmente, el último.”* (Foucault; 1998: 25-26)

Es a partir de la transición a la época moderna, que surgen nuevas respuestas a ésta situación. Esto se debe a que la propuesta de la nueva época, pretende la homogeneización de la sociedad, por ende, todo aquel que se encuentre fuera de los parámetros normales que la sociedad establece, merece un trato diferente, especial, en el sentido negativo de la palabra. Lo mismo sucede con aquellos que irrumpen con el normal orden de la sociedad. En tal sentido, las formas de abordar tal problemática suponen *“(…) un modelo de vigilancia, disciplinamiento, corrección y castigo.”* (Techera, Apud y Borges; 2009: 36).

Así se produjeron nuevas formas de expulsión del loco que se materializaron en el encierro de éste. Una de las prácticas asumidas supone su encierro, en casas de corrección, luego de haber sido categorizados como *incapaces*. Castel plantea que el arresto ordenado por el juez, se realizaba a partir de la demanda de las familias, con una declaración de testimonios y del sujeto en cuestión. *“Así, cuando un insensato alteraba el orden público, los servicios de la policía de París, o los intendentes en provincias, podían pedir una orden de arresto al rey. Podían incluso detener al loco, pero la detención no era legal hasta que se había obtenido la lettre de cachet”* (Castel, R.; 1980:29).

Cabe aquí explicitar algunas consideraciones que hacen al objetivo del presente estudio y que surgen a partir de lo expuesto hasta el momento.

En primer lugar, se puede ver cómo se hace alusión al loco, el furioso, el demente, el vagabundo, etc, desde una misma perspectiva. Es decir, teniendo en cuenta las posibles amenazas que tales individuos suponen para la sociedad y el orden de la misma, y asumiendo la peligrosidad de éstos. Por lo tanto una particularidad que es necesaria

explicitar, refiere al abordaje de tales situaciones poniendo énfasis en la necesidad de preservar al resto de la sociedad frente a los posibles sucesos que pueden ocasionar estos sujetos.

En este sentido, los procesos por medios de los cuales se encerraba tanto a los “locos”, como a los delincuentes o a los vagabundos respondían a intervenciones administrativas o judiciales *“Las ordenes se aplican o bien contra la desviación familiar, o contra los atentados a la seguridad pública: crímenes de Estado, indisciplina militar o religiosa, asuntos de la policía. Así pues, los problemas concernientes a los perturbados no representan más que una subespecie del genero de delitos que desencadenan la intervención del poder ejecutivo”* (Castel; 1980:34)

Según Castel (1980), es a fines del siglo XVIII, que la percepción de la locura toma un rumbo distinto. Más allá de la peligrosidad que representa la figura del loco, este comienza a ser objeto de una doble percepción. Por un lado, el loco sigue siendo una amenaza para el orden establecido, en el entendido de que a pesar de que se diferencia del criminal, este puede violar las reglas socialmente establecidas y por ende, es necesario reprimirlo. Pero por otro lado, el loco es objeto de un sentimiento de lástima. *“Es un desgraciado, un infortunado, que ha perdido el atributo máspreciado del hombre: la razón.”* (Castel; 1980: 52)

Ya no se trata de la visión del loco con los mismos ojos con los que se veía al vagabundo o al criminal. Aquí se hace lugar a la imagen de este desde la lástima y la compasión. Entonces, las antiguas formas de abordar la cuestión de la locura no tienen cabida en esta nueva concepción. Las respuestas que el Derecho imponía para zanjar tal problemática, ya no se adaptan a la situación de ésta población.

Así es que si bien la medicina ya había comenzado a introducirse en lo que refiere al tratamiento de los individuos encerrados en hospitales y en casas de corrección, es a partir de finales del S. XVIII que la misma comienza a tener una gran influencia en el tratamiento de los “desviados” y especialmente en lo que respecta al tratamiento de la locura.

Se asiste entonces a lo que se llamará la medicalización de la locura. Es decir que habiendo superado ese momento de encierro, en el que no se pretende más que la protección del resto de la sociedad frente al comportamiento de las personas con alguna conducta desviada de los parámetros normales, la medicina comienza a ejercer dominio sobre el diagnóstico y tratamiento de tales sujetos. Así, se hace referencia al término medicalización para hacer alusión a “ (...) los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios.” (Mendez, apud. Mitjavila; 1998: 2)

Esto no quiere decir que la medicina haya estado totalmente desligada del tratamiento de los “dementes” durante el Antiguo Régimen. A lo que se hace referencia al hablar del proceso de medicalización de la locura, tiene que ver con el hecho de que esta disciplina comienza a tener un margen más amplio de ejercicio, abarcando, de este modo, problemáticas sociales, y en éste caso la locura.

En tal sentido, Mijavila (1998) plantea que para poder llevar a cabo este proceso de medicalización, surge la necesidad de clasificar y caracterizar, lo normal y lo anormal. En la medida en que los comportamientos individuales sean divergentes con los parámetros de normalidad-anormalidad será necesaria una intervención. En el caso de la locura, una conducta desviada de los parámetros normales, supone una problemática que requiere de la intervención de la medicina.

Esta caracterización se realiza sobrepasando los límites de lo normal y lo anormal. Castel plantea que a fines del S. XVIII, surge la propuesta de realizar una caracterización de los diferentes tipos de patologías. “(...) asentando así el principio básico del orden manicomial.” (Castel; 1980:67)

El saber médico entonces, cumple una función normalizadora. Podemos volver aquí a lo expresado en secciones anteriores. A partir de la identificación de los parámetros de la normalidad y la anormalidad, la medicina cumple un rol protagónico al momento de



identificar los procesos o factores que inciden en los cambios de comportamiento, tanto físicos como sociales y en lo que respecta a la aplicación del tratamiento necesario para poder revertir la situación.

En efecto, la medicina asume competencias diversas, que según Crawford (apud. Mitjavila; 1998) por un lado pueden sustituir o complementar las acciones de otros sectores institucionales. Y por otro lado, suponen la persistencia de la medicina en lo que respecta a la necesidad de prevención de diversas situaciones perjudiciales.

La primera acepción atribuida por el autor se puede ver claramente en el rol que la medicina comienza a cumplir a fines del S. XVIII. La misma asume responsabilidades que en un primer momento eran ejercidas por el rey o los administradores. *“La primera se refiere a la intervención de la medicina sobre un amplio sector de lo que se suele denominar “conductas socialmente desviadas”, las cuales eran exclusivamente, en el pasado, objeto de abordaje por parte de otras esferas institucionales como, por ejemplo, el derecho y la religión.”* (Mitjavila; 1998:6). Hoy en día la medicina atiende conductas que anteriormente eran consideradas conductas criminales o pecados.

El segundo sentido que Crawford, le da a la medicina, refiere al hecho de que ésta disciplina comienza a inmiscuirse en la gran mayoría de las facetas de la vida cotidiana. Con esto se pretende homogeneizar las costumbres y las conductas de todos los individuos pertenecientes a una sociedad. *“El mundo de la medicina no está orientado solo para brindar salud, sino para establecer normas que tienen que entrar en la competencia de los mercados –alimentos y tecnologías-, los cuales a su vez aportan significados para los comportamientos que se rigen por el contexto de las sociedades en cuestión: estilos de vida, costumbres, representaciones políticas, jurídicas y éticas.”* (GEDIS; 2008: 52)

Esto se puede ver reflejado en las formas de articulación entre el saber y la práctica médica, explicitadas por Mitjavila. La autora plantea tres estrategias a partir de las cuales se puede analizar el proceso de medicalización: estrategias punitivas, arbitrales y socializadoras.

Las estrategias punitivas dan cuenta de las formas de sanción expuestas para aquellos sujetos que representan una amenaza o peligro para la sociedad. La autora afirma que éstas

prácticas suponen el aislamiento, confinamiento y estigmatización de los sujetos que presentan alguna “*conducta socialmente desviada*”. Según Mitjavila (1998), estas estrategias fueron las que dieron surgimiento a los manicomios modernos.

Las estrategias arbitrales refieren a procesos que tienen como resultado la habilitación o restricción de los sujetos en el desempeño de determinados roles. Esto es resultado de los juicios de valor enunciados sobre los atributos de los sujetos. (Mitjavila; 1998)

Por último, las estrategias socializadoras, identificadas como “*(...) tipo de vigilancia panóptica que practica el Estado, a nivel de los individuos, sobre y desde el propio cuerpo, con la finalidad de regular sus conductas.*” (Foucault apud Mitjavila; 1998: 14)

Se puede ver así, cómo los diferentes procesos que históricamente se han utilizado para dar respuesta a la locura, promueven procesos de aislamiento, exclusión y estigmatización del loco, más allá de la identificación de éste como criminal, vagabundo, desviado, o enfermo mental.

Con el surgimiento de la medicina, lejos de revertir esa situación, se acentúa. Ya en el S. XVIII, la propuesta de la medicina, si bien permite identificar dentro de la categoría de “desviados”, a los enfermos mentales”, promueve los históricos procesos de encierro y exclusión perpetrados anteriormente.

Castel (1980) afirma que la medicina aparece a fines del S. XVIII, de una manera paradójica, ya que en la medida en que la profesión promueve la internación del loco en establecimientos especiales, le adjudica al loco el estatuto de alienado.

Más allá de las diferentes etiquetas que históricamente ha tenido el “enfermo mental”, se puede ver cómo las respuestas frente a ésta problemática siempre se han centrado en la expulsión, el aislamiento y la reclusión de los individuos. Se puede asumir que estos procedimientos responden a procesos de exclusión. Proceso que se comienza a intensificar con el surgimiento del modelo capitalista, el cual promueve nuevas formas de exclusión para los diferentes sectores sociales, producto de una visión que se basa en la utilidad o no de los sujetos, entre ellos el “enfermo mental”.

Es por ello que en el siguiente capítulo se realizará un análisis del concepto de Cuestión Social y de los diferentes procesos de exclusión que se dan de la mano del desarrollo del sistema capitalista. Para identificar así las repercusiones que estos procesos tienen sobre la percepción del “enfermo mental”.

## Cuestión Social y Exclusión

La Cuestión Social surge desde el momento que comienza a desarrollarse el modo de producción capitalista y se da un creciente proceso de industrialización. Con el surgimiento del capitalismo aparecen dos clases con intereses totalmente antagónicos: la burguesía y la clase obrera. Y a consecuencia de este proceso, la clase obrera se constituye por la mayoría de los individuos de la sociedad; y el capital generado en el proceso de producción queda en manos de la burguesía que representa la minoría.

Por consiguiente, la cuestión social expresa las desigualdades generadas por el desarrollo del modo de producción capitalista. Este afecta en un principio a la clase obrera pero luego se extiende a toda la sociedad, ya que pone en riesgo el orden establecido. Se asume entonces que las manifestaciones de la cuestión social suponen ciertos problemas que afectan la sociedad en el ámbito económico, político y social.

A esto Amico agrega que tal concepción refiere a la *“Manifestación de las desigualdades y antagonismos, políticos, socioeconómicos y culturales inherentes al desarrollo capitalista y producto de la relación capital-trabajo, que pone en jaque el poder hegemónico de la burguesía, atentando contra el orden establecido.* (Amico; 2005: 69)

Las manifestaciones de la cuestión social llevan a la población trabajadora a caer en una situación de precariedad, desestabilización social e incertidumbre, agravada en las últimas décadas por la caída de la oferta laboral. La situación es más perjudicial para aquellas personas que no logran acceder a una educación que les permita aumentar su caudal de conocimientos, lo que dificulta aún más sus posibilidades de acceder a un empleo. Con respecto a las personas con algún trastorno mental, que es el tema del presente estudio, la situación se agrava aún más. El “loco” o “demente”, según el diagnóstico que presente, puede constar con habilidades y capacidades acotadas; a su vez también se encuentra frente a una demanda laboral que muchas veces lo excluye de las posibilidades de acceder a un empleo, consecuencia del estigma generado en torno a ésta población.

Por su parte Margarita Rozas (2004: 220), asume que la Cuestión Social tiene su origen en la relación contradictoria entre el capital y el trabajo. Contradicción que supone un cambio en las condiciones de vida de la población y que obstaculiza el proceso de reproducción social. En tal sentido, el incremento de las desigualdades sienta las bases para la lucha obrera con el objetivo de ejercer sus derechos y mejorar sus condiciones de vida.

Ampliando los límites del significado de Cuestión Social hasta el momento explicitado, Castel afirma que la cuestión social, cuestiona la capacidad de la sociedad de poder desarrollarse como un todo unido por relaciones de interdependencia, relaciones que permiten la integración de los sujetos en la sociedad. La Cuestión Social, en base a los conflictos que surgen desde la diversidad de intereses, se presenta amenazante ante la conciliación de relaciones sociales de producción y reproducción. (Castel; 1997: 20)

Es decir que para el autor, tal problemática no se acota a las causas de la diversidad de intereses ocasionadas por la desigualdad capital/trabajo, sino que asume la dificultad de una sociedad para mantener su cohesión y por ende condiciona las posibilidades de integración de cualquier orden social. (Netto; 2002: 23)

En los últimos años se ha planteado el debate en torno a si existe una nueva cuestión social, teniendo en cuenta la agudización de determinadas problemáticas y la aparición de nuevas; o si es la misma cuestión social, pero con nuevas manifestaciones.

Entonces, algunos autores tales como Rosanvallón plantean que nos encontramos frente a una nueva Cuestión Social, consecuencia de las nuevas transformaciones societarias. Manifiesta en el desempleo de larga duración y la aparición de un nuevo fenómeno: la exclusión. Problemáticas que se han instalado en la sociedad de manera permanente y que por ende, las formas de abordar las manifestaciones de la Cuestión Social hasta el momento (la solidaridad por ejemplo), no logran dar respuestas a la situación. (Pastorini; 2003: 99)

En contraposición con esta postura se puede asumir que estas nuevas manifestaciones de la sociedad, tienen que ver con el dinamismo de esta. En su sentido más profundo, la causa de

las problemáticas que emergen, no difieren de las causas que han venido generando las problemáticas que surgieron desde el advenimiento del capitalismo y por ende, de la contradicción capital/trabajo. *“(...) entendemos que es necesario cuestionar la división que se realiza entre antigua y nueva cuestión social, ya que de cierta manera esa forma de analizar la cuestión social, produce una ruptura en el tiempo que conduce a la cristalización y naturalización de las categorías y de la realidad”* (Pastorini; 2001: 40)

Netto (2002: 24) por su parte, también asume que no estamos frente a una nueva Cuestión Social, sino que la misma ha cambiado, han surgido nuevas manifestaciones de la misma problemática, la cual no deja de ser la diferencia entre los intereses del capital y del trabajo. *“(...) hace 30 años, procesos de industrialización intensivos abrían las posibilidades de empleo; hoy puede haber procesos de industrialización intensivos sin que ello implique el crecimiento de la oferta de empleo. En una sociedad caracterizada por esto, que no dejó de ser capitalista ni industrial, las expresiones de la “Cuestión Social” son mucho más difusas, amplias e involucradoras que las expresiones antiguas”*

Castel también asume que no estamos frente a una nueva Cuestión Social, sino que las causas de las problemáticas presentes en la actualidad son las mismas que en el pasado. La diferencia que existe en la actualidad, refiere a que *“(...) la cuestión social precedente consistía en encontrar el modo por el cual el actor social subordinado y dependiente pudiera convertirse en pleno sujeto, mientras que ahora se trata de atenuar esa presencia, de tornarla más discreta, hasta apagarla.”* (Pastorini; 2003: 98)

Más allá de los debates en torno a la existencia o no de una nueva cuestión social, se puede asumir que la configuración de un modelo de economía capitalista ha tenido consecuencias en el establecimiento de los parámetros que una sociedad considera como normales para su funcionamiento. Es a partir de su desarrollo y la tensión manifiesta entre el capital y el trabajo, que surgen las problemáticas que comienzan a resquebrajar los lazos sociales y en consecuencia amenazan la cohesión social.

Como ya se planteó, han existido procesos en el marco del modelo capitalista, como lo son la desregulación del trabajo, la desestabilidad laboral, aspectos que hacen a lo que Baráibar (2005) conceptualiza como “crisis del asalariado”, que hacen que el capital no absorba toda la mano de obra existente, es decir, a toda la oferta de fuerza de trabajo. En tanto los sectores más favorecidos siguen acumulando el capital, existen algunos sectores de la población que quedan por fuera de éste modelo, que no logran formar parte de éste proceso de acumulación.

Este aspecto se encuentra íntimamente relacionado con los procesos de exclusión existentes en la sociedad. *“Así, los procesos de vulnerabilización, fragilidad y desvinculación de la dimensión socio-ocupacional adquieren relevancia en la configuración del fenómeno de la exclusión social (...)”* (Escorel apud. Baraibar 2005: 2)

Ahora bien, si hablamos de exclusión, en el marco de la sociedad capitalista, es necesario analizar este concepto al cual se está haciendo referencia.

Según Xiberras, *“La exclusión engloba todos los procesos de rechazo o de no aceptación de diferencias, sean ellas de ideas, de valores o de modos de vida. Los excluidos no son simplemente excluidos de las riquezas materiales – esto es, del mercado y de su intercambio-, lo son también de las riquezas espirituales. El excluido es aquel que ocupa un lugar negativo, o un mal lugar, en la medida en que sus valores tienen falta de reconocimiento y están ausentes o prescriptos del universo simbólico. Es en nombre de valores, o de representaciones del mundo, que estas poblaciones acaban por ser excluidos por otros debido al hecho de que sus ideas o modos de vida son inadmisibles y se excluyen a sí mismas en un mundo en que no tienen lugar.”* (Xiberras apud. Baraibar; 1999: 50)

En el marco de tal concepción de la exclusión, si bien, el acceso al mercado laboral tiene una gran influencia, este proceso también se encuentra ligado a situaciones que van más allá de las condiciones materiales de vida. Es decir, cuando se habla de exclusión, no se hace referencia solamente a la pobreza o a términos materiales exclusivamente. Si partimos de la idea de que cada sociedad establece determinados parámetros de convivencia, los

cuales considera normales, se asume que las sociedades capitalistas presentan ciertos parámetros a partir de los cuales cada sujeto es evaluado. En tal sentido, aquellos que no cumplen con la norma son los que quedan por fuera, los excluidos. Así, los valores, las costumbres, representaciones del mundo entre otros aspectos, también suponen parámetros a partir de los cuales un sujeto puede ser incluido o excluido de la sociedad.

De este modo se puede ver cómo históricamente diversos grupos han sido excluidos y contenidos en diferentes categorías, entre ellas las minorías étnicas, enfermos mentales, desocupados, personas con discapacidad etc.

De acuerdo con esta concepción, en las sociedades modernas, los “enfermos mentales” históricamente han formado parte de estas categorías, tanto en lo que respecta a las dificultades para acceder al mercado laboral, como en lo que refiere al derecho a elegir sus opciones de vida, valores, costumbres entre otros. De éste modo, el enfermo mental no sólo se ve excluido desde el ámbito económico, por lo cual, generalmente no logran acceder a un empleo por no cumplir con los requisitos necesarios, sino que también los procesos de estigmatización suponen otras dimensiones de exclusión que serán expuestas.

### **Dimensiones de la Exclusión**

Entendiendo que la exclusión es un fenómeno que abarca diversos aspectos de la vida en sociedad, es que se retoman los aportes de Baráibar, para dar cuenta de las diferentes dimensiones que asumen estos procesos.

La *dimensión económica* se encuentra asociada a los procesos expuestos en párrafos anteriores y que originaron las problemáticas que comienzan a dar luz al concepto de cuestión social. La autora plantea que *“La precarización del trabajo permite comprender los procesos que alimentan la vulnerabilidad social y producen, al final del camino, el desempleo, la desafiliación, modificando en profundidad la sociedad. (Baráibar; 2005:10)*



El desempleo masivo, los procesos de precarización, que suponen una flexibilización e inestabilidad de los contratos laborales; la introducción de nuevas tecnologías, entre otros aspectos, han operado para que sean cada vez menos los que logran acceder al mercado laboral. Cada vez son menos los empleados que los empleadores requieren, y cada vez son mayores las exigencias o requisitos que se solicitan para poder acceder a un empleo.

Estos cambios que se han generado responden a un fenómeno de “*desestabilización de los estables*”, que según Castel, son aquellos trabajadores que antes tenían seguridad y permanencia en el mercado laboral, pero que a la luz de tales cambios han sido expulsados de los procesos de producción. Sumado a esto se genera un grupo de sujetos que no logran cumplir con los requisitos necesarios, habiendo así excedente en la población dispuesta a trabajar, pero que no tiene acceso, a los que Castel llama “*inútiles para el mundo*” (Castel apud. Baraibar; 2005)

Todos estos aspectos suponen procesos de exclusión social, en el entendido de que el trabajo funciona como un mecanismo de inclusión en la sociedad. Castel introduce el concepto de *desafiliación*, entendiendo que el mismo supone un proceso por medio del cual el sujeto que no tiene un empleo, tampoco tiene acceso a redes sociales que lo sustenten. Para el autor la desafiliación supone “*(...) la ausencia de inscripción del sujeto en las estructuras que producen un sentido.*” (Castel apud. Baraibar; 2005:14)

En efecto se puede apreciar cómo los cambios producidos en el mercado laboral, no solo suponen la precarización en el acceso a las condiciones materiales de vida, sino que también representan dificultades en lo que tiene que ver con el sentido de pertenencia a un grupo o comunidad. “*(...) la exclusión tiene indudable relación con la integración o no integración al trabajo, medio a través del cual las personas logran, o no, reproducir su existencia económica. Son las transformaciones en el mundo del trabajo las que determinan experiencias de incertidumbre y precariedad que llevan a la exclusión.*” (Correa apud. Baraibar; 2005: 15)

De éste modo, si nos remitimos al caso de las personas que presentan un trastorno mental, se puede ver en ellos reflejada la condición de excluidos económicamente, en el sentido de que como se planteó anteriormente, no cuentan con los requisitos necesarios para acceder a un empleo.

Los parámetros del “deber ser” de las sociedades capitalistas, hacen hincapié en diferenciar al que “no puede” o “no tiene”. El “enfermo mental”, no solo no accede a un empleo, sino que, no tiene acceso a redes sociales de contención. *“(…) la exclusión es una palabra que sirve para designar cosas que no lo tienen (...) en lo social o en la sociedad las denominaciones caen siempre sobre las disfunciones y los márgenes.* (Castel; 2004: 17)

Una de las alternativas que se presentan para intentar dar respuesta a la problemática del acceso al mercado laboral de las personas que presentan un trastorno mental, son los talleres protegidos. Pero deberíamos aquí preguntarnos si realmente suponen una solución al tema a partir de procesos de integración/inclusión o si nos remitimos a una nueva forma de exclusión<sup>2</sup>.

La segunda dimensión a la que la autora hace referencia es la social; la misma, incluye tres aspectos. *“(…) aquellos que hacen al acceso a los beneficios sociales; los que refieren a los impactos de los cambios en el mundo del trabajo en la inserción relacional y los procesos de segregación residencial.*”(Baraibar; 2005: 16)

Al respecto, la autora plantea que en tanto se han dado las dificultades de acceso al empleo, cada vez son menos los sujetos que acceden a los beneficios sociales que el formar parte del mercado laboral acarrea, tanto en lo que respecta a las prestaciones sociales, como a los espacios de inserción en la comunidad. Considerándose el trabajo como un mecanismo integrador, se asume que quienes no acceden al mercado laboral, además de no contar con las prestaciones sociales inherentes, comienzan a desvincularse de las instituciones y organizaciones reproductoras de valores y costumbres. Por lo tanto el sujeto pierde sentido de pertenencia.

---

<sup>2</sup> No se profundizará este cuestionamiento ya que se retomará más adelante

Es palpable ésta situación en las personas con trastornos mentales. Se presenta una imposibilidad de acceder a un empleo y a los beneficios tanto económicos como sociales y culturales que el mismo presenta.

Todo esto supone una estrecha dependencia ante el Estado y los beneficios que brinda en el marco de políticas sociales orientadas a éstas problemáticas, al tiempo que genera procesos de estigmatización en el afán de clasificar a aquellos que son beneficiarios de tales prestaciones.

Este aspecto se encuentra estrechamente vinculado con la dimensión política y la dimensión simbólica de la exclusión. En la primera Baraibar plantea que en la medida en que se excluye a un sujeto, el mismo se vuelve innecesario en el ámbito económico, y esto es por no formar parte del proceso de producción. Por consiguiente, este es una carga para la sociedad, porque necesita de prestaciones sociales para poder subsistir y al mismo tiempo se vuelve amenazador, por no acceder a las instituciones que permiten aprehender los valores y costumbres de la sociedad. Es por ello que al excluirlos se amenaza con privarlos del ejercicio de los derechos y por ende de la participación en el ámbito social y político.

*“La exclusión se refiere a un proceso de no reconocimiento del otro, de rechazo, o aún de intolerancia. Se trata de una representación que tiene dificultades de reconocer en el otro derechos que le son propios.”* (Baraibar; 2005: 25)

Para poder dar cuenta de la dimensión simbólica de la exclusión, partimos de la idea de que en todas las sociedades existen valores, normas y pautas determinadas por los sectores dominantes de la sociedad, que se reproducen a partir de diversas instituciones y organizaciones. En la sociedad capitalista, donde la gran parte de los valores y costumbres de una sociedad giran en torno al proceso de acumulación capitalista, quienes no formen parte de este serán excluidos.

*“La exclusión para fuera del intercambio mercantil, para fuera del mercado, conduce a la ruptura del lazo económico que liga normativamente los actores sociales al modelo de*

*sociedad. (...) la exclusión es el signo de no correspondencia a los parámetros de normalidad en varias esferas.*” (Baraibar; 2005: 22)

Estos parámetros de normalidad responden a los valores de los sectores dominantes de una sociedad, ellos son quienes determinan los valores, costumbres y hábitos inherentes a la misma. Por lo tanto quienes no cumplen con tales normas son “agentes incómodos” no reconocidos por la sociedad, excluidos. (Baraibar; 2005)

En el caso del enfermo mental, la exclusión es palpable desde diversos ámbitos, que tienen que ver tanto con la falta de oportunidades para acceder al mercado laboral, como con la negación de estos como sujetos de derechos. En la medida en que no se adaptan a los parámetros normales que la sociedad capitalista establece, se les niega la posibilidad de optar por sus propios modos de vida, valores, costumbres, formas de comunicación entre otros.

### **Estigma y manicomio: símbolos de exclusión del enfermo mental**

Habiendo expuesto la multidimensionalidad de los procesos de exclusión que viven las personas con trastornos mentales, se considera pertinente hacer referencia a las históricas formas de exclusión planteadas por Castel.

Si bien el autor cuestiona la conceptualización que determina el proceso llamado por la gran mayoría de los autores como exclusión, el mismo plantea que la misma asume tres formas, las cuales pueden ser analizadas desde la situación que vive el “enfermo mental”.

Una de ellas refiere a la “(...) *sustracción completa de la comunidad: por deportación hacia afuera(...), por destierro(...), por matanza.*” (Castel; 2004: 65). Es decir que en el marco de los procesos de exclusión llevados a cabo, las sociedades resuelven el problema de aquellos que no responden a los estándares normales de cada sociedad expulsando a los sujetos. El holocausto judío representa una de las acciones más extremas de éste tipo de exclusión.

En lo que respecta al tema de estudio, anteriormente se ha expuesto cómo en el Renacimiento, todo aquel sujeto que tuviera un comportamiento divergente a los cánones sociales era enviado al mar en la llamada “Nave de los locos” por Foucault.

Otra de las formas de exclusión tiene que ver con el encierro en espacios particulares; esto supone “(...) *construir espacios cerrados en el seno de la comunidad, pero separados de ésta.*” (Castel; 2004: 66). El autor plantea que algunos ejemplos son las cárceles, las antiguas leproserías, los manicomios. Por lo que si llevamos el análisis a la situación de las personas con algún trastorno mental, podemos decir que ésta forma de exclusión, al igual que la anterior, tiene mucha relación con el tema.

Incluso antes de que comenzara el proceso de medicalización de las personas con trastornos mentales, éstos sujetos junto con otros “desviados”, eran encerrados tanto en cárceles o institutos de corrección.

Llevado a cabo el proceso de medicalización de la salud mental, la necesidad de un tratamiento y de una clasificación de los diferentes trastornos mentales, llevó a que se crearan centros de atención para enfermos mentales o se adjudicara una parte de los hospitales para el tratamiento de ésta problemática.

Cabe aquí preguntarse si esta forma de abordaje de la enfermedad mental responde a una mirada desde las necesidades y derechos del sujeto o si lo que se pretende es encontrar un lugar para aquellas personas que no cumplen con los estándares de una sociedad.

Al respecto, Basaglia (2008) expone que la institución del manicomio surge en el marco de una sociedad en transición. Tal cambio supuso que la misma comience a valorizar, entre otras cosas, a la razón. En tanto el loco es un individuo irracional para éste nuevo paradigma social, el manicomio promete una forma de abordaje de ésta problemática, en la medida en que tal institución transforma al individuo en racional.

Este racionalismo, estaría orientado por la ideología dominante del modelo de producción capitalista, para el cual, la racionalidad/irracionalidad se mide en función de la productividad que representa cada individuo para el proceso de acumulación. En tal sentido, el irracional, quien no cumple con los estándares normales del capital es encerrado o recluso. *“El destino de los “locos” es el revelador siniestro de las contradicciones que encubre y determina nuestra racionalidad burguesa, proclamadamente humanista y efectivamente tecnocrática y reificante. La racionalidad instrumental del capitalismo ha promovido toda una serie de “técnicas” y “saberes” cuyo proyecto implícito es el de velar, desplazándolo, el origen de las contradicciones y amortiguar/neutralizar, privatizándolas o secuestrando en instituciones de marginación, a los individuos más desvalidos de nuestra sociedad en los que estallan tales contradicciones en forma perturbadora para el funcionamiento del sistema.”* (Basaglia; 1988: 7).

De éste modo el autor asume una estrecha similitud entre la cárcel y el manicomio; para él tanto el enfermo mental como el delincuente, son encerrados con el objetivo de control, punición y castigo, más que por la necesidad de rehabilitación. Es decir, para Basaglia estas instituciones responden a la necesidad de proteger a la sociedad de aquellos desviados de la norma. En tal sentido afirma: *“Cárcel y manicomio -una vez separados- continuaron conservando, sin embargo, idéntica función de tutela y defensa de la “norma” allí donde lo anormal (enfermedad o delincuencia) se convertía en norma al ser circunscrito y definido por los muros que establecían su diversidad y su distancia.”* (Basaglia; 1988; 157-158).

En el marco de una sociedad con ciertos estándares de normalidad, el enfermo mental es diferente, anormal. Y allí radica el problema, no hay lugar en la sociedad para aquellas personas que se desvían de la norma, por lo que es necesario clasificar, encerrar y normalizar. En tal caso, el manicomio sería la institución especializada en llevar a cabo los procesos por medio de los cuales se lograría la normalización de los “enfermos mentales”.

*“En efecto, el aislamiento, pieza fundamental del dispositivo, no solo neutraliza a los internados trazando alrededor de ellos un cordón sanitario, sino que, también y sobre todo, puede desplegarse sistemáticamente una verdadera estrategia del condicionamiento. Todo*

*ordenamiento interior del manicomio, desde la disposición arquitectónica hasta las modalidades del tratamiento tiene un doble objetivo: hacer tabla rasa con las más mínimas diferencias habidas en el mundo exterior y re-programar completamente la existencia en función de las exigencias de orden, bienestar, disciplina y trabajo.”* (Castel en García; 1975: 104-105) La necesidad de caracterización de tales diferencias supone, según Basaglia (1988), etiquetas que estigmatizan al sujeto.

Es pertinente entonces esbozar el tercer tipo de exclusión planteada por Castel (2004). La misma refiere a la identificación de ciertas personas con un estatuto especial. Con esto nos referimos al loco, el delincuente, el vago, el pobre, entre otros. Individuos que a partir de tal clasificación presentan restricciones en el ejercicio de sus derechos.

Ya se expresó que en la sociedad actual prevalece la caracterización de personas por aquello que no tiene o no puede. En tanto, la salud mental a grandes rasgos, supone establecer relaciones interpersonales y con el medio de una forma equilibrada, se ha generalizado la idea de que el “enfermo mental” no contaría con tales características por lo que es objeto de clasificación entre aquellos que no cumplen con los estándares de normalidad establecidos.

Al respecto Goffman afirma que *“La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar. El intercambio social rutinario en medios preestablecidos nos permite tratar con “otros” previstos sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial.”* (Goffman E. 2008:13)

Dentro de la categoría de esos “otros” se podrían incluir a las personas que padecen algún trastorno mental, en el entendido de que no cumplen con los atributos normales establecidos. Si bien existe una amplia gama de diagnósticos que la medicina y más específicamente la psiquiatría ha generado a los efectos de identificar la problemática y

abordarla adecuadamente, el resto de la sociedad le atribuye a la locura la respuesta a todas las situaciones.

*“En nuestro discurso cotidiano utilizamos como fuentes de metáforas e imágenes términos específicamente referidos al estigma, tales como inválido, bastardo y tarado, sin acordarnos, por lo general, de su significado real.”*(Goffman; 2008: 17)

Existen también otros ámbitos que promueven procesos de estigmatización de los individuos. Si particularizamos tal situación para el caso de las personas que padecen algún trastorno mental, las etiquetas que se adjudican al momento del diagnóstico o internación del “enfermo mental” reproducen estos procesos.

Sumado a esto, anteriormente se hizo referencia a las consecuencias de la planificación de políticas sociales que intentan dar respuesta a diversas situaciones caracterizando y clasificando a la población beneficiaria. Y en tal sentido el acceder a determinados beneficios sociales, por presentar algún trastorno mental, supone la identificación del sujeto con un atributo negativo y la construcción de etiquetas en los individuos.

Así para Guber, el estigma *“(...) es aquel atributo que, por su significación social, suministra información acerca de su portador, una información que puede ser manipulada en función de la interacción. La utilización del estigma interviene decididamente en las sucesivas redefiniciones sociales como si fueran constantes negociaciones acerca de cuáles son las limitaciones y las ventajas que este rasgo peculiar impone (...)”* (Guber; 2007: 121)

En consecuencia, el sujeto que presenta algún trastorno mental, ha sido históricamente percibido y caracterizado en función de su enfermedad, pasando por alto su identificación como sujeto de derechos. Aspecto que no es ajeno a la realidad de los “enfermos mentales” en el Uruguay, por lo que se considera pertinente realizar una breve descripción de la situación en nuestro país.



## **Algunas consideraciones sobre la institucionalización de la “enfermedad mental” en el Uruguay**

En Uruguay, la atención en salud mental surge en forma tardía. Según Techera, Apud y Borges (2009), en el período colonial, el “loco” formaba parte del cotidiano de la sociedad. En algunos casos vivían en la calle, otros estaban bajo el resguardo de sus familias, en tanto otros eran apresados a causa de alguna conducta socialmente inaceptable.

En 1860 es que comienzan a surgir estrategias que se asemejan a la lógica del manicomio, a partir de la construcción del nosocomio en la quinta Teodoro Vilardebó en 1860. Allí el “loco” era tratado a partir de castigos corporales, en donde la figura del médico aún no ejercía ningún poder. Ya que en ese momento, era la iglesia y sus autoridades quienes se ocupaban de la atención de los individuos con algún trastorno mental.

Es a partir del proceso de “Disciplinamiento” y de secularización, que surge la psiquiatría como disciplina concerniente a la atención de trastornos mentales. Esto se debe a una nueva percepción que asume a la salud como valor. (Techera, Apud y Borges; 2009)

Es entonces, en 1880, que surge el primer hospital psiquiátrico, el actualmente conocido Hospital Vilardebó y más tarde, en 1912 la Colonia de Etchepare. Ambas instituciones albergaban a la población que se encontraba en situación de vulnerabilidad. Es importante aquí plantear que, si bien surgen como centros de internación psiquiátricos, a éstos centros también acudían aquellas personas que no contaban con las posibilidades de acceder a condiciones mínimas de bienestar por su situación socio-económica.

Un aspecto que refleja lo anteriormente mencionado con respecto a la exclusión y el aislamiento, tiene que ver con la distancia desde Montevideo en la que se construyen éstos centros. El hospital Vilardebó, en el momento de su construcción estaba muy distante de la ciudad, en tanto, la Colonia de Etchepare, dista a 79 kilómetros de Montevideo. Según Techera, Apud y Borges (2009), éste aspecto es significativo.

En cuanto a las estrategias que proponen ambas instituciones, ya en los primeros años de funcionamiento, en el Hospital Vilardebó se llevaron a cabo una serie de talleres (escobería, carpintería, zapatería, canastería, entre otros), que pretendían mantener al individuo “ocupado”. Al respecto, Techera, Apud y Borges (2009), parafraseando al diario “El Debate” de esa época, plantean que estas tareas no responden a una organización especializada que tenga como objetivo mejorar la calidad de vida de los sujetos. De modo que se refleja ésta idea de “mantener ocupado” al “enfermo mental”, más que la de un proceso que pretenda generar habilidades para que el individuo logre adaptarse a su entorno luego del egreso. Sumado a esto, eran usadas algunas técnicas invasivas para el individuo, como por ejemplo tratamientos corporales causando un shock en el sujeto<sup>3</sup>, que evidentemente, muestran una concepción de la “enfermedad mental” visualizada desde lo biológico únicamente, además de la concepción de la “locura” como objeto de castigo.

Más tarde, la farmacología y la laborterapia, es decir, el tratamiento de los “enfermos mentales” mediante la ocupación de los mismos, de mantenerlos activos a partir de determinadas actividades, tuvo un impulso en lo que respecta a la atención de las personas que padecen algún trastorno mental. Con ambas estrategias, se proponen dos alternativas de atención; *“(…) la primera es el tratamiento, que se efectúa sobre la parte enferma; la segunda es la vía asistencial que se enfoca en lo sano y se vincula con la historia de la persona, con aquellos aspectos que la sostenían en la comunidad.”* (Techera, Apud y Borges; 2009: 59) Al respecto, éstos autores plantean que éste modelo de atención basado en la institucionalización del “enfermo mental” sólo puede dar respuesta a la primer alternativa.

En tal sentido, es necesario realizar una aproximación a las nuevas propuestas de atención en salud mental, que surgen como alternativa al modelo asilar. En el caso de Uruguay, tal modificación se sintetiza en la elaboración del Programa Nacional de Salud Mental, en el marco de una nueva visión del “enfermo mental” como sujeto de derechos.

---

<sup>3</sup> *“Una de las primeras fue la “Silla de Darwing” (...), en la que se hacía girar al enfermo hasta que le saliera sangre por la boca, nariz u oídos.”* (Techera, Apud y Borges; 2009: 56)

## **Programa Nacional de Salud Mental: panorama político y social.**

En Uruguay han surgido algunas acciones en lo que respecta a la atención en salud mental, que podrían asociarse a un cambio de percepción frente a la problemática.

Una de ellas es la elaboración del Programa Nacional de Salud Mental (en adelante PNSM), en 1986 y su posterior implementación en 1996. Este programa propone alternativas al modelo manicomial, proponiendo implementar acciones de rehabilitación, por fuera del manicomio, para personas que sufren algún trastorno mental. Pretendiendo evitar así, los largos procesos de internación.

La ratificación por parte de Uruguay a la Declaración de Caracas en 1990, supone también ésta tendencia a la desinstitucionalización del “enfermo mental”. Ya que la misma declara la necesidad de una reestructuración en el modelo asistencial propuesto hasta el momento, entendiendo, entre otros aspectos que el modelo manicomial supone un obstáculo para el desarrollo de actividades comunitarias, descentralizadas, participativas y preventivas para la atención en salud mental. (Declaración de Caracas; 1990)

Teniendo en cuenta el objeto del presente estudio, se considera pertinente analizar con mayor exhaustividad la propuesta del PNSM, comenzando por el contexto histórico en el cual es elaborado, ya que “(...) *toda Política Social debe ser analizada en un contexto más amplio: los macro modelos políticos y económicos que las generan o, en función de los que algunos autores denominan el modelo de acumulación existente en una sociedad dada.*” (De Martino; 2001:104)

Como ya se planteó, el PNSM se elabora en el año 1986, en el marco de una nueva orientación de Políticas Sociales caracterizada por la “(...) *desregulación amplia de la economía, la autonomía del sector financiero, el desmantelamiento del sector público y el abandono de las funciones estatales de promoción e integración social, manteniendo su intervención en lo relativo a la fijación del tipo de cambio, tasas de interés y política tributaria.*” (De Martino; 2001: 105)

El modelo de desarrollo Neoliberal sienta sus bases en la idea de que es necesaria la compensación de los efectos negativos del sistema económico capitalista, en el entendido de que es el mercado quien debe proporcionar los servicios necesarios para la satisfacción de necesidades básicas, y el que, por medio del libre juego de la oferta y la demanda, lograra alcanzar el equilibrio necesario. En consecuencia, será una minoría de la población la que necesitará una intervención por parte del Estado.

Así es que una de las características del nuevo modelo propuesto, tienen que ver con el rol del Estado. Mientras en el modelo en crisis (Estado de Bienestar) el Estado presentaba un rol protagónico con respecto a la prestación de servicios, planificación, financiamiento e implementación de políticas sociales, en el Modelo Neoliberal, éste deriva muchas de éstas funciones a otros actores sociales tales como la familia, organizaciones filantrópicas y principalmente al mercado. *“(...)a diferencia del régimen de bienestar que predominó en América Latina hasta los años ochenta donde el Estado tenía un rol protagónico en la provisión de servicios sociales, en el paradigma que emerge de la década del noventa el Estado pierde ese protagonismo mientras el mercado se constituye en un pilar central de la tríada.”* (Sunkel, 2006: 24)

Otra de las características que presenta éste modelo emergente, suponen lo opuesto a lo que se venía planteando en el Estado de Bienestar, ya que en tanto en el anterior las políticas sociales eran consideradas como una dimensión de la inversión y no del gasto, en el Modelo Neoliberal las mismas son consideradas *“una dimensión del gasto, no de la inversión...(y)...el concepto de desarrollo social se diluye y cede terreno al de compensación social”*. (Vilas apud. De Martino; 2001: 105)

Así es que, a partir de la implementación de un nuevo modelo de desarrollo, las políticas sociales tienen un cambio en cuanto a sus objetivos y alcance. De Martino (2001) asume que las mismas ya no tienen como objetivo la integración, sino que se transforman en políticas transitorias que pretenden abordar las problemáticas más urgentes, mientras el modelo económico se desarrolla y crece; lo que en consecuencia brindaría oportunidades laborales para la población, permitiendo así prescindir de los programas sociales. Todo esto

supone “(...) un cambio desde un modelo de seguridad social que disponía de un amplio paquete de provisiones provistas por el Estado, tanto en términos de servicios, regulación y financiamiento, a una concepción de protección social que implica una acción más restringida del Estado.” (Sunkel; 2006: 24).

De este modo, el papel de las políticas sociales supone “actuar en situaciones límites que pueden convertirse en focos de tensión política, alimentando la inestabilidad social, creando factores de inseguridad que afectan negativamente al flujo de fondos financieros externos y cuestionando la gobernabilidad del modelo.” (Vilas apud. De Martino; 2001: 106)

Cumpliendo con tales objetivos es que las políticas sociales que se comienzan a implementar presentan una orientación y características diferentes a las anteriores. Una de ellas refiere a la Focalización de las políticas sociales, con un sector de beneficiarios definidos, frente a la universalidad que proponían las anteriores. Es decir que las mismas están dirigidas a los sectores más necesitados, buscando equidad, igualdad de oportunidades y a la discriminación positiva (Mirza; 2001). Esto a su vez utilizando los escasos recursos con los que se dispone. “En otras palabras, intenta corregir la tendencia anterior a beneficiar a los sectores formales urbanos y a las clases medias. (...) otro posible fundamento de la focalización puede ser la necesidad de enfrentar con fondos sociales recortados la tendencia a la masificación de los problemas sociales. (De Martino; 2001: 106)

La Privatización ya no supone un Estado prestador de servicios, sino que tal función es derivada a entes privados, encargándose de la financiación de los servicios prestados por éstos. Esta característica se fundamenta en la “(...) necesidad de paliar la crisis fiscal, incrementar la eficiencia de los servicios y evitar las distorsiones de la gratuidad.” (De Martino; 2001: 106)

La tercera característica refiere a un aspecto que ya se ha introducido en párrafos anteriores y refiere a la Descentralización. Es decir que el Estado ya no es el principal ejecutor de las

políticas sociales, sino que es derivada a otros actores sociales. Supone una “(...) *tendencia a una descentralización más operativa que política, es decir, más vinculada a la ejecución que a la definición de programas y servicios.*” (De Martino; 2001: 106)

Todo esto lleva a que, a diferencia de lo que sucedía en el Estado de Bienestar, en las que un gran porcentaje de la población es beneficiaria, en el nuevo modelo, se pretende dar respuesta a las problemáticas de la población más carenciada. De éste modo, De Martino considera que, se podría imprimirle a las Políticas Sociales, un carácter asistencialista.

Sumado a esto, en la medida en que las Políticas Sociales comienzan a retraerse de la esfera privada, la familia comienza a tener un rol importante en lo que refiere a la resolución de problemáticas que antes eran abordadas por el Estado. Así el “enfoque neo-familiarista” supone una “(...) *tendencia ideológica a hacer de la familia una unidad, económica y política, de resolución de los problemas de la racionalidad global del modelo (...)*” (De Martino; 2001: 111)

Es en este nuevo contexto económico, político y social, que se elabora el Programa Nacional de Salud Mental. Como se podrá ver en adelante, ésta percepción de la familia, como principal actor social en la resolución de algunas problemáticas sociales, imprime a éstas la responsabilidad de acción frente a problemáticas tales como la “enfermedad mental”, tema de estudio del presente documento. Así es que se considera que más allá de las percepciones que sobre la salud mental se tiene, el contexto explicitado recientemente también ha generado incidencia en la elaboración del PNSM.

## **Programa Nacional de Salud Mental: estrategias de intervención**

El Programa Nacional de Salud Mental surge, entre otros aspectos, como respuesta al histórico proceso de marginación que ha vivido el “enfermo mental” en Uruguay.

Los antecedentes que plantea el documento del PNSM dan cuenta de ello. *“En la historia del comienzo y desarrollo de la atención psiquiátrica en el Uruguay, cabe destacar como hito fundamental, la creación del Hospital de Asilo de Alienados en 1880 (Hospital Vilardebó). Este representaba una conducta frente al enfermo mental que se caracterizaba por el tratamiento con los muy escasos recursos terapéuticos con que se contaba en ese momento y fundamentalmente la reclusión y aislamiento de la sociedad de este tipo de enfermos”* (Programa Nacional de Salud Mental, 1986). Se puede ver así, cómo la situación en nuestro país no presenta grandes diferencias con los procesos de exclusión explicitados anteriormente.

Sumado a esto, el documento hace referencia a la falta de conocimiento acerca de la problemática, por carencia de estudios epidemiológicos y la necesidad de centros de atención regionales con profesionales capacitados, que limiten el recurso de internación en situaciones que no lo ameriten.

Otro de los fundamentos que plantea el PNSM refiere al hecho de que no se ha tenido en cuenta las necesidades individuales de los “enfermos mentales”; se asume que este aspecto se encuentra íntimamente relacionado con la no contemplación de ellos como sujetos de derechos y la consecuente generalización de la internación de las personas que padecen algún trastorno mental, con el fin de preservar a la sociedad de aquellos que no se adaptan a las concepciones de la misma.

Según autores como Basaglia, que representan al movimiento de la antipsiquiatría<sup>4</sup>, esta

---

<sup>4</sup> Antipsiquiatría: Movimiento que cuestiona el modelo manicomial. Si bien no tuvo exponentes en nuestro país, se considera pertinente tomar los aportes de Basaglia, expositor de la misma, entendiendo que más allá de no haber expositores Uruguayos, no somos un país aislado del

situación se debe a que el médico asume que tiene el poder sobre el paciente/usuario. “(...) *el problema es que el médico cree tener en sus manos una cosa, y en cambio tiene una persona y aquí se comienza a ver la perversión de la psiquiatría, porque la tarea de la psiquiatría es transformar en objeto al sujeto.*” (Basaglia; 2008: 148)

Quizá ésta expresión del autor, hace recaer las causas de la transformación del “enfermo mental” en objeto, sólo en la psiquiatría. Se considera que éste aspecto no solo está ligado al rol del psiquiatra, sino que la sociedad, y el lugar que ocupa la enfermedad mental en las concepciones de normalidad y anormalidad de la misma, cumplen un rol fundamental en ésta cuestión que permeabiliza las concepciones de la psiquiatría al respecto. En párrafos anteriores se ha descripto cómo, las concepciones del modelo de acumulación capitalista, suponen que quien no es funcional a dicho proceso es considerado fuera de los parámetros de la normalidad y por ende es necesario aislarlo.

Otra carencia que explicita el documento del PNSM, sobre la cual basa su propuesta, supone la falta de procesos de prevención y rehabilitación, consecuencia de intervenciones aisladas y descoordinadas, que basan la atención sobre los síntomas sin analizar las causas de la problemática. Esto trae a colación, la profundización de tal situación en lo que respecta a la atención privada en salud. “*Además las IMAC no cubren ninguna de las actividades que corresponden a la prevención primaria y terciaria en las cuales es esencial la actividad profesional de asistentes sociales y psicólogos. Tampoco se realiza ninguna labor de rehabilitación y se cubre la atención en Salud Mental en base a la utilización de psicofármacos (mayormente recetados por el médico general).*” (PNSM; 1986:4)

En tal sentido la propuesta del PNSM tiene como objetivo la atención de las problemáticas de salud mental desde una visión integral. Promoviendo acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a partir de la implementación de servicios articulados que promuevan una intervención igualitaria, oportuna, eficiente, continua e integral. (PNSM; 1986)

---

resto del mundo y por ende las concepciones del resto del mundo afectan en mayor o menor medida el pensamiento Uruguayo.

---



Para tal objetivo, el programa propone cuatro niveles de atención. Un primer nivel basado en las acciones de promoción y prevención. Para ello se propone la creación de servicios comunitarios tanto en Montevideo y en sus áreas periféricas, como en el Interior, con un equipo de trabajo interdisciplinario. Las acciones que define para éste nivel suponen la intervención en crisis, acciones comunitarias, educación sanitaria, interconsultas, intervención familiar, grupal y/o individual, entrevistas en domicilio, seguimiento, apoyo en la re-inserción familiar y social, entre otras acciones. Esto supone la actuación de un equipo interdisciplinario que cuente con Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeros con especialización en salud mental y Trabajadores Sociales con orientación comunitaria. (PNSM; 1986)

Aquí se puede ver uno de los principales cambios que propone el PNSM, que supone la participación de la comunidad en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas que presentan algún trastorno mental. Y en consecuencia, la inserción del sujeto que presenta un trastorno mental en la comunidad.

Sumado a esto la necesidad de atención integral en ésta problemática con profesionales, tanto del área de la salud como del área social, da cuenta de la incorporación de una nueva concepción de la “enfermedad mental”, como una problemática multidimensional, que asume aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Es importante esto, si tenemos en cuenta que, como se expuso anteriormente, la historia y la sociedad han marcado las formas de ver y abordar la problemática de la salud mental. En un principio, la visión del “enfermo mental” como peligroso o poseído, asumía que eran el poder ejecutivo o el sacerdote respectivamente, quienes se debían abocar a la resolución de los problemas que ocasionaba el “loco”.

Más adelante, especialmente a partir del proceso de medicalización de la sociedad, la “enfermedad mental” era un asunto de la medicina, principalmente de la psiquiatría.

Actualmente, la propuesta del PNSM, se asocia con las definiciones de salud mental presentadas al principio del documento, en las que no solo son aspectos biológicos los que determinan la salud mental, sino que también, psicológicos y sociales. Y es por ello

pertinente la incorporación de profesionales de diversos ámbitos para el abordaje de la problemática.

Siguiendo con los lineamientos del PNSM, un segundo nivel supone la atención en el marco de los Centros de Atención Médica Integral. A quienes se les imprime acciones de coordinación entre la asistencia zonal, internación, rehabilitación y los talleres de su área de responsabilidad, junto con los centros de atención del ámbito privado. Este segundo nivel propone recursos como servicios de emergencia, centro diurno, consultorio externo e internación de corta estadía. El tercer nivel implementa los procesos de internación de corta y mediana duración en hospitales generales de Montevideo, del Interior y en los hospitales de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). El cuarto nivel lo constituye el Hospital Psiquiátrico. A este respecto, el PNSM propone desalentar la internación prolongada, utilizándola como último recurso. (PNSM; 1986)

Este cuarto nivel de atención, además de implementar acciones de promoción y prevención en la comunidad, refuerza la intención de desestimar la internación como recurso frente a la problemática de la salud mental.

Si bien se considera pertinente repetir el hecho de que en Uruguay no han habido expositores de la propuesta del movimiento de la antipsiquiatría llevado adelante, entre otros, por Basaglia en Italia, algunos autores consideran que éstas transformaciones en las propuestas de atención en salud mental tienen su incidencia en la implementación de acciones que promueven la desestimación del manicomio como respuesta a las problemáticas de ésta índole<sup>5</sup>.

Bentura al respecto plantea que *“Se comienza de esta manera a procesar modificaciones en el modelo asilar de atención al enfermo mental dando lugar a concepciones y estrategias que procuran la integración de las personas que padecen “trastornos mentales” a la vida*

---

<sup>5</sup> *“En nuestro país, este movimiento no tuvo mayores exponentes pero insidió relativamente y en forma tardía la tendencia desinstitucionalizadora. Esta se explicita con claridad a partir de la elaboración por parte del Ministerio de Salud Pública del Plan Nacional de Salud Mental (1986) y luego en la ratificación por parte de Uruguay de la Declaración de Caracas (1990).” (Bentura; 2011: 42)*

*social junto con los “normales”. Se va dejando de lado la concepción de que el enfermo mental es alguien por quien no hay nada para hacer “solo esperar que mueran” a concepciones que refieren a la posibilidad de procesos de rehabilitación.” (Bentura; 2011: 42)*

Así es que además de los diferentes niveles en los que se divide la propuesta del PNSM, se pretenden implementar acciones más específicas en determinados aspectos que hacen a lo que la Salud Mental respecta y suponen una atención integral en la temática. Con ello se hace referencia al sub-programa de salud mental infantil, sub-programa de alcoholismo, sub-programa de drogadicción, sub-programa de asistencia a ancianos con patologías y sub-programa de rehabilitación.

Con éste último sub-programa se refuerza la idea de abandonar la postura que asume que para el “enfermo mental” no queda otra opción más que encerrarlos en instituciones asilares “esperando a que mueran”. Ya que según el PNSM (1986), la rehabilitación supone *“(…) un proceso que tiende a darle al discapacitado una nueva forma de ser en el mundo, que le posibilite alcanzar un bienestar físico-psíquico-social.”*

El sub-programa de rehabilitación propuesto por el PNSM, da mucha importancia a la incorporación de la familia de los usuarios y a la comunidad en el proceso. Es importante este aspecto, si se tiene en cuenta que, tal como se expresó en apartados anteriores, quienes definen a la salud mental lo hacen asumiendo que refiere a un equilibrio entre el individuo y su entorno. Y se considera que la familia y la comunidad podrían tenerse en cuenta como el entorno más estrecho en el cual interactúa el individuo.

Al respecto se debe tener en cuenta que, como plantea Saavedra (2010), las necesidades del “enfermo mental” no son satisfechas mediante la sola aplicación de un tratamiento farmacológico. Es por ello que las nuevas propuestas comunitarias de atención y los programas de rehabilitación psicosocial deben promover en los usuarios conductas que le permitan una mejor adaptación a la comunidad y por ende una mayor interacción de éstos en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

Al respecto Saavedra plantea una nueva perspectiva en el marco de los procesos post-manicomiales, la cual incorpora la concepción de recuperación. Concepto también explicitado en el documento del PNSM, el cual lo define como “(...) *el proceso mediante el cual se tiende a restituir el capital psico-físico perdido cuando se enferma.*” (PNSM; 1986)

Es importante tener en cuenta, que para el autor, tal concepto no supone la intención de que el sujeto vuelva a su estado anterior. Es decir, para Saavedra, un proceso de recuperación supone la incorporación de experiencias, entre ellas su “enfermedad”, para poder elaborar una nueva forma de ver el mundo.

En tal sentido, la recuperación supone “*una serie de valores sobre los derechos de la persona a construir una vida significativa para sí misma, con o sin la presencia continua de síntomas de salud mental. La recuperación está basada en las ideas de la autodeterminación y el control de sí mismo. Hace énfasis en la importancia de la esperanza en el mantenimiento de la motivación y la ayuda con el objetivo de la consecución de una vida llena de sentido.*” (The Future Vision Coalition apud. Saavedra; 2010:123)

Entonces, tal proceso incorpora tanto, la construcción de identidad de los sujetos que padecen trastornos mentales, como la percepción de control de uno mismo.

“*El control está conectado con el concepto de empowerment. Es decir, con la toma del poder, la adquisición de habilidad para actuar como un agente independiente y autónomo, la toma de responsabilidades y la capacidad para aceptar riesgos y hablar con una voz propia por parte de las personas que padecen TMG*” (Jacobson, Greenley, apud. Saavedra; 2010:124).

Una de las principales cuestiones que incorpora el concepto de recuperación, tiene que ver con el manejo de los tiempos y responsabilidades en el ámbito de la vida cotidiana. Según estudios realizados, estos aspectos han tenido una gran incidencia en el proceso de recuperación de personas que presentan algún trastorno mental, en la medida en que los impulsa a la toma de decisiones sencillas y a mantener una postura frente a determinadas situaciones (Saavedra; 2010)

Se podría asumir así, que la propuesta de los Centros de Rehabilitación que se comienzan a implementar a partir de la elaboración del PNMS, tienen tal cometido. Estos presentan como propuesta la inclusión de los usuarios en talleres de diversa índole: música, cocina, expresión plástica, talleres cognitivo conductual que pretenden generar herramientas para la organización y administración de las actividades de la vida cotidiana. Superado ese proceso, los talleres protegidos son una alternativa para que el sujeto acceda a un empleo remunerado.

Hay aquí un aspecto que merece una reflexión. Por un lado el documento del PNSM plantea en sus lineamientos la necesidad de desinstitucionalización de las personas que presentan un trastorno mental, por medio de su inclusión en la comunidad, comprometiendo tanto a ésta, como a la familia de los sujetos. Pero por otro lado, en el marco de éste proceso de rehabilitación se crean espacios destinados exclusivamente a la participación de los “enfermos mentales” en talleres que pretenden ser una alternativa a la internación. Talleres que se implementan en los Centros de Rehabilitación que cuentan con un equipo multidisciplinario constituido por psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales.

¿Podría cuestionarse entonces ésta estrategia de desinstitucionalización e inserción que se realiza a partir de la participación de personas que presentan un trastorno mental, en centros de rehabilitación destinados exclusivamente para ésta población? ¿No estamos frente a una nueva forma de encierro y exclusión, solo que más sutil? ¿Podría decirse que volvemos a implementar la segunda forma histórica de exclusión expresada por Castel y explicitada en párrafos anteriores?

Esta misma reflexión surge al momento de analizar la estrategia que proponen los talleres protegidos. Estos talleres protegidos brindan al sujeto la posibilidad de acceder a un trabajo y obtener un salario. Si, como se expresó anteriormente, el trabajo es una de las dimensiones que tiene mayor incidencia en la inclusión del sujeto en la sociedad, se podría concluir que ésta estrategia le permite al sujeto cierto grado de inserción.

Ahora bien, estos talleres, al igual que los centros de rehabilitación, tienen como cometido darle un lugar al “enfermo mental” para que logre acceder a un empleo, pero quitan el efecto del libre juego de la oferta y la demanda en el mercado laboral por el cual se organiza la sociedad capitalista en la que vivimos. ¿Qué sucedería si un individuo que presenta algún trastorno mental pretende, en condiciones de igualdad, acceder a un empleo por fuera de los talleres protegidos? En éste sentido ya se realizó anteriormente una reflexión acerca de los efectos del estigma con respecto a las oportunidades laborales para las personas que presentan algún trastorno mental.

*“Pensamos que una de las dimensiones fundamentales que permiten pensar en la integración en nuestra cultura actual es la constituida por la incorporación al mundo del trabajo. Pero este no es un mundo abierto a ellos. Por tanto, luego de realizar un proceso que lo habilitaría a un egreso, y a una eventual incorporación al mercado de trabajo, el paciente/usuario se ve forzado a continuar en otros ámbitos institucionales exclusivamente destinados a “pacientes psiquiátricos” o, aun, a permanecer en la misma institución por falta de opciones.”* (Bentura y Mitjavila: 8)<sup>6</sup>

Siguiendo con el concepto de recuperación, Saavedra (2010) plantea que el mismo, no solo incluye un proceso mediante el cual el sujeto comienza a construir su identidad a partir de la organización de su vida cotidiana, sino que también asume la negociación de su identidad en el marco de las relaciones sociales que se establecen en la comunidad.

Necesariamente, tal perspectiva nos hace pensar en la concepción de ciudadanía. En el entendido de que el efectivo ejercicio de sus derechos se encuentra íntimamente ligado a la construcción de identidad y toma de poder por parte del sujeto. Elementos constitutivos del proceso de recuperación, según se expresó en párrafos anteriores.

Villavicencio García Raggio expone el concepto de ciudadanía desde tres dimensiones. Una de ellas lleva a considerar a la ciudadanía como un conjunto de derechos civiles, políticos y sociales, que además suponen obligaciones. Una segunda dimensión refiere a la ciudadanía

---

<sup>6</sup> [http://www.sbh.org.br/resources/anais/10/1345077733\\_ARQUIVO\\_dispositivosposmanicomiaes.pdf](http://www.sbh.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiaes.pdf)

como pertenencia a la comunidad política, por ende como miembros de una comunidad y a la noción de nacionalidad. La tercera dimensión planteada por el autor, supone la ciudadanía en tanto participación en la comunidad, haciendo ejercicio de sus derechos. (Villavicencio, García Raggio, 1995).

Por su parte, Marshall plantea la ciudadanía dividida en tres partes: la civil, la política y la social. Mientras la parte civil refiere a los derechos inherentes a los sujetos, que permiten la libertad individual, entre ellos las libertades de expresión, de pensamiento, de religión y el derecho a la justicia, entre otros; la parte política supone el derecho a la participación en el ejercicio del poder político, así como también en la elección de los miembros del mismo. El tercer elemento refiere a los derechos sociales *“(...) abarca todo el espectro, desde el derecho a la seguridad social y a un mínimo de bienestar económico, al de compartir plenamente la herencia social y vivir la vida de un ser civilizado y conforme a los estándares predominantes en la sociedad.”* (Marshall, T. H.; 1991: 22-23).

Ya se ha expuesto la importancia que tiene el trabajo como dimensión que permite la interacción entre los sujetos, la inclusión de éstos en estructuras portadoras de sentido y en consecuencia la construcción de su identidad. Sumado a que el trabajo, llevado a la dimensión estrictamente económica, permite a los sujetos la posibilidad de integrarse a la sociedad como consumidores. Esto es importante para el sujeto ya que, es una sociedad capitalista *“El consumo es una de las actividades normalizadoras para las personas que padecen trastornos mentales graves. Una persona sin una mínima capacidad de consumo no puede integrarse plenamente”*. (Saavedra; 2011:134).

Sumado a esto, más allá de la importancia del trabajo en la constitución de redes de sostén para los individuos, en la inclusión de estructuras portadoras de sentido y por ende en la construcción de la identidad del sujeto, el estar incluido en el mercado laboral formal, permite acceder a ciertos beneficios sociales que también hacen a la constitución de la ciudadanía.

Pero aquí volvemos a la problemática planteada en párrafos anteriores: la de las

limitaciones que la sociedad genera a las personas que padecen trastornos mentales en lo que respecta al acceso de éstos a un empleo formal. Limitaciones que surgen en el marco de históricos procesos de estigmatización y exclusión.

Más allá de las dificultades ocasionadas en el acceso al mundo del trabajo consecuencia, entre otros aspectos, del estigma y la exclusión, estos también tienen un efecto negativo en la construcción de la identidad por parte del sujeto que padece algún trastorno mental; aspecto importante en el proceso de recuperación.

Es necesario entonces tomar los aportes de García (2005) “(...) *pensar en la identidad como construcción social implica consecuentemente entender que la misma toma forma en la dialéctica de lo individual y lo social, lo que somos, la auto percepción que tenemos de nosotros mismos y lo que los demás ven de nosotros, la percepción del resto de la sociedad.*” Es decir que el sujeto en el marco de las propuestas de rehabilitación expuestas por el PNSM quizá logre recuperar cierto grado de autonomía, organizando y administrando su vida cotidiana, manejando ciertos niveles de control sobre sí mismos y adquiriendo o recuperando habilidades para desenvolverse independientemente. Pero su identidad y el proceso de construcción de la misma, se encuentra condicionado por las formas de ver, analizar y enfrentarse a la situación que vive el “enfermo mental”, por parte de la sociedad.

Así, la percepción de sí mismos, su subjetividad se ve moldeada por la percepción que el resto de la sociedad tiene de ellos. Los procesos de estigmatización y exclusión históricamente generados sobre las personas que padecen algún trastorno mental, tienen una gran influencia sobre la identidad de éstos. Así, en la medida en que se sigan generando estas contradicciones, el sujeto construirá su identidad a partir de éstos procesos. “(...) *la persona no solo surge en un contexto social, sino que es en si misma, una construcción social y una estructura social. Lo que nos confiere la posibilidad de ser persona es poder ser un objeto para sí, el ser consciente de sí mismos, sujeto y objeto a la vez.*” (Mead apud. Torregrosa; 1983: 227)



Al respecto es importante tener en cuenta que en el documento del PNSM, si bien se puede connotar un cambio en la percepción y abordaje de la problemática, no se plantean acciones en lo que respecta a la transformación en la percepción de la problemática en la sociedad en su conjunto. Las acciones van orientadas a los “enfermos mentales” y su familia, pero no al resto de la sociedad: reproductores de los procesos de estigmatización y exclusión de esta población.

Al respecto Bentura y Mitjavila (7)<sup>7</sup> expresan que aún falta un trabajo en el resto de la sociedad que permita ir modificando la etiquetas construidas en las personas que padecen un trastorno mental, a partir de su condición psiquiátrica.

Se entiende que los cambios en la percepción de la “enfermedad mental” han comenzado a darse en el ámbito profesional. De todas maneras, ésta transformación aun no permite un cambio radical en el marco de las alternativas a la internación. Ya se pudo ver cómo en la intención de desinstitucionalizar la “locura”, los modelos de atención propuestos, especialmente en lo que respecta a la rehabilitación, siguen generando espacios exclusivamente para las personas con algún trastorno mental. Sería pertinente preguntarse aquí si ésta situación tiene que ver con una falencia en la propuesta o si se debe a una estrategia de protección promovida por la continuidad de procesos de exclusión y estigma en la sociedad, que impide que puedan ser incluidos en sus diversos ámbitos.

---

<sup>7</sup> [http://www.sbh.org.br/resources/anais/10/1345077733\\_ARQUIVO\\_dispositivosposmanicomiales.pdf](http://www.sbh.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf)

## **Reflexiones finales**

En el presente documento se ha realizado un análisis acerca de las propuestas de intervención en lo que refiere a la salud mental, intentando conocer la percepción de la “enfermedad mental” que tales estrategias tienen por trasfondo. Para ello se identificaron aquellas categorías y mediaciones que permitieron dar luz y problematizar la situación que viven las personas que presentan algún trastorno mental en lo que respecta a la atención en salud.

Teniendo en cuenta el tema del presente estudio, es que se realizó una conceptualización de las categorías Salud y Salud Mental, desde una perspectiva multidimensional. Es decir, entendiendo a la salud como una síntesis de diversos aspectos que hacen a la vida cotidiana de un sujeto. Aspectos que involucran tanto a la dimensión biológica, como a la psicológica y social. Se considera la pertinencia de analizar tal categoría desde ésta perspectiva, intentando no caer en la idea de la salud como lo opuesto a la enfermedad. Es decir, superando la dicotomía “salud”/“enfermedad”.

Posteriormente, entendiendo que los diferentes momentos históricos van modificando las formas de ver y abordar las problemáticas concernientes a la salud mental, es que se realizó una exposición de las formas que históricamente se han utilizado para atender la cuestión de la salud mental. En tal sentido, se pudo ver y ratificar esa noción planteada en el análisis de las categorías Salud y Salud Mental, que asume que las sociedades, en los diferentes momentos históricos van estableciendo pautas de conductas, al tiempo que proponen diversas formas de acción frente a la desviación de esas pautas. Intervenciones que, hoy en día, en el marco de la adscripción a una cultura con valores diferenciados a los anteriores, podría catalogar como inadmisibles.

En tal sentido, la medicalización de la “locura”, propone una nueva forma de atención de la salud mental. Se entiende que éste proceso es un hito fundamental en lo que refiere abordaje de la problemática, en la medida en que asume la necesidad de diagnosticar y tratar al “enfermo mental”. Al tiempo que propone la creación de instituciones abocadas

estrictamente a la atención de ésta población. De éste modo, la institución manicomial ha dado continuidad a los procesos de exclusión que históricamente ha vivido la población en cuestión.

A su vez, las estructuras de poder y de control siguen permeando la situación de las personas que padecen algún trastorno mental, en tanto el poder médico cumple un rol preponderante. Sumado a esto, en este momento, en la medida en que se comienza a diagnosticar al “enfermo mental”, se empiezan a generar categorizaciones desde la biología, realizando una división entre lo que es biológicamente normal y anormal. Así, la salud mental en este momento histórico, es considerada y evaluada desde dicho ámbito solamente. En consecuencia, las intenciones que movilizan el tratamiento de estas personas, gira en torno a la necesidad de normalizar al sujeto, que no se adapta a los parámetros fisiológicos normales.

El surgimiento del capitalismo, refuerza éste continuo proceso de exclusión de las personas con que padecen trastornos mentales. Para dar luz a estas cuestiones es que se han expuestos algunas concepciones en torno a lo que la Cuestión Social refiere. Hasta el advenimiento del capitalismo, el “enfermo mental” fue encerrado para castigarlo por su condición, o para preservar a la sociedad del peligro que suponían, generándose una similitud entre éste y el delincuente.

El modelo de acumulación capitalista incorpora una concepción del hombre, útil al proceso de acumulación, en la que el “enfermo mental”, incapacitado para formar parte de tal proceso, no tiene cabida. El concepto de exclusión viene de la mano de tal proceso, en la medida en que aquellos que no logran adaptarse a las exigencias del capital, comienzan a formar parte del excedente de la población que no accede a determinados beneficios. Generando así un doble proceso de exclusión consecuencia del encierro en los manicomios y de la imposibilidad de formar parte del proceso de producción.

Es por ello que se realizó un análisis de las dimensiones y tipos de exclusión que históricamente se han dado en la sociedad y que han transversalizado la situación que viven

las personas que padecen algún trastorno mental.

Habiendo visualizado que el abordaje de la salud mental ha sido históricamente marcado por procesos de estigmatización y exclusión, es que en el último capítulo se analizó la actual propuesta de atención a la problemática en el Uruguay. De modo que el análisis se centra en el contexto político, económico y social en el que surge el Programa Nacional de Salud Mental, y sus estrategias de intervención.

Uruguay no es ajeno a los procesos de exclusión que transversalizaron la vida de las personas que presentan algún trastorno mental. Hasta la elaboración del PNSM, sólo existían centros de internación para personas con algún trastorno mental, en donde el “loco” permanecía sin un proceso de recuperación planificado. La nueva propuesta cambia el rumbo de la atención en salud mental, promoviendo la restricción de la internación como única estrategia.

Si se sintetiza lo expuesto en el documento se puede ver que ésta nueva propuesta de atención que promueve el cierre de los manicomios y el involucramiento de la familia y la comunidad en su estrategia de intervención, surge en el marco de dos aspectos muy importantes a tener en cuenta.

Por un lado, una influencia relativa y tardía de un movimiento que surge entre algunos psiquiatras europeos, que en su postura más extrema problematiza la idea de que la “enfermedad mental” sea efectivamente una enfermedad, que promueve el cierre de los manicomios y que propone estrategias de intervención que involucren a la familia y la comunidad. Pero por otro lado, a partir de la crisis del Estado de Bienestar, se impone la necesidad de un recorte de gastos en lo que respecta a la implementación de políticas sociales. En tal sentido, no es de extrañar que las estrategias de atención en salud mental pretendan dar a la familia y a la comunidad una responsabilidad ajena a ellas hasta el momento.

Un aspecto que considera el PNSM y que puede considerarse como un cambio en la

percepción de la enfermedad mental, tiene que ver con su propuesta de abordaje desde diferentes profesiones. En el documento, se propone la implementación de Centros de Rehabilitación, constituidos por un equipo multidisciplinario integrado por médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales. Esto da cuenta de una nueva visión de la salud mental que abarca tantos aspectos biológicos, psicológicos y sociales, en contraposición a las alternativas anteriores, en las que en un principio eran objeto de abordaje del poder ejecutivo y luego de la medicina exclusivamente.

Otro aspecto importante a destacar, tiene que ver con las estrategias de intervención que propone el PNSM. Los objetivos de las nuevas formas de abordaje dejan de girar en torno a la punición, castigo y control a la necesidad de normalización, inclusión, rehabilitación y/o recuperación. En tal sentido, las propuestas de los centros de rehabilitación pretenden restaurar en el individuo las herramientas, conocimientos y habilidades para poder responder positivamente en los diferentes sucesos de su vida cotidiana.

Ahora bien, se considera que a pesar de las intenciones de limitar los procesos de internación, la propuesta de los centros de rehabilitación y de los talleres protegidos, exclusivamente para personas que padecen un trastorno mental, siguen reproduciendo, en última instancia, los procesos de exclusión perpetrados históricamente. Si bien se entiende que es necesario un abordaje en el que el “enfermo mental” logre adquirir o recuperar habilidades y condiciones para organizar y administrar su vida cotidiana, incorporando su experiencia, no existen oportunidades en la sociedad para que, luego del egreso, puedan integrarse a la vida en sociedad. Un claro ejemplo suponen las oportunidades laborales a las que no acceden, como consecuencia del estigma generado históricamente.

Se entiende entonces, que si bien la percepción de la “enfermedad mental” ha tenido cambios positivos en el ámbito profesional, en la sociedad aún no se ha logrado realizar tal cambio, para que el individuo logre integrarse a la misma.

Así, se considera importante la planificación de estrategias que logren un proceso de sensibilización, en la sociedad, acerca de la salud mental, de modo que el individuo

comience a ser incluido en la sociedad, para así construir su propia identidad desde otra perspectiva. Una perspectiva que considere al “enfermo mental” sujeto de derechos, con posibilidades y habilidades para formar parte de los diferentes ámbitos de la sociedad y de las instituciones que permiten al sujeto sentirse parte de la misma.

Con respecto a la metodología utilizada para el presente estudio, el haber realizado un análisis bibliográfico que pretenda dar cuenta de la percepción de la enfermedad mental en las propuestas de atención en salud mental en el Uruguay, ha permitido generar una base para futuros estudios.

Además, a lo largo del documento han surgido algunas interrogantes que podrían ser objeto de estudio para futuras investigaciones. Si bien se han podido sintetizar algunas consideraciones con respecto al objeto seleccionado, se considera que una investigación que, además de un análisis bibliográfico, incorpore un análisis con técnicas de investigación tales como la entrevista y/o la observación, permitirá analizar con más profundidad el objeto en cuestión.

## Bibliografía

- **Amico, L.** *“La institucionalización de la locura”* Edit. Espacio. Buenos Aires. Argentina, 2005.
- **Baraibar, X.** *“Algunos aportes para la discusión sobre exclusión social”*, en Temas de Trabajo Social. Cátedra de Trabajo Social, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay, 2005.
- **Baraibar, X.** *“Temas viejos en tiempos nuevos: aproximación al debate sobre exclusión social”* Tesis de Maestría en Servicio Social. Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil, 1999.
- **Basaglia, F.** *“Razón, locura y sociedad”* Ed. Siglo XXI. México D.F., México, 1988
- **Basaglia, F.** *“La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio”*. Topia Editorial. Buenos Aires, Argentina, 2008
- **Bentura, C.** *“Sociedade em debate”*. Revista do Maestrado em Política Social, Curso de Servicio Social, Universidad Católica de Pelotas, Brasil, 2011.
- **Canguilhem, G.** *“Acerca de algunos pensamientos sobre lo normal y lo patológico”*, Siglo XXI, Argentina, 1943.
- **Canguilhem, G.** *“Lo normal y lo patológico”*. Ed. Siglo XXI, México, 1986
- **Castel, R.** *“El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo”*. Ed. La piqueta. Madrid, España, 1980.

- **Castel, R.** *"La Metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado"* Ed. Paidós. Buenos Aires, 1997.
- **Castel, R.** *"Encuadre de la exclusión."* En: Saul Karsz (coordinador) *"La exclusión: Bordeando sus fronteras."* GEDISA, España, 2004.
- **De Martino, M.** *"Políticas sociales y familia. Estado de bienestar y neo-liberalismo familiarista"* En revista de Trabajo Social. Vol. 4, 2001
- **Foucault, M.** *"Historia de la locura en la Época Clásica"* Fondo de Cultura Económica Ltda. Santafé de Bogotá, Colombia, 1998.
- **García, R.** (comp) *"Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial"*. Ed. Barral Editores, Barcelona, 1975.
- **García, A.** *"La categoría exclusión social como mediación en la construcción de la identidad de las personas con discapacidad"*. Tesis de grado. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo, 2005.
- **GEDIS,** *"Los hijos de la Rita Lina"*. Editorial La Platense. Montevideo, Uruguay, 2008.
- **Goffman, E.** *"Estigma. La identidad deteriorada"* Editorial Amorrortu. Buenos Aires, Argentina, 2008.
- **Guber, R.** *"Identidad social villera"*. Una introducción a la Antropología social cultural. Buenos Aires, Argentina, 2007.
- **Marshall, T. H.** *"Ciudadanía y clase social"*. Conferencia de la Universidad de Cambridge, 1991.



- **Mitjavila, M.** *“El saber médico y la medicalización del espacio social”*. Departamento de Sociología. Documento de Trabajo N° 33. Facultad de Ciencias Sociales, 1998.
- **Mirza, C.** *“Políticas sociales en tiempos de crisis”*. En Temas de Trabajo Social. Cátedra de Trabajo Social, 2001.
- **Morales Calatayud, Francisco.** *“Introducción a la psicología de la salud”*. Ed. UniSon, México, 1997.
- **Netto, J. P.** Artículo *“Reflexiones en torno a la cuestión social”*. En “Nuevos escenarios y práctica profesional: una mirada crítica desde el Trabajo Social”. Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina, 2002.
- **Pastorini, A.** *“Las paradojas de la nueva cuestión social”*. En Temas de Trabajo Social. Debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea. Cátedra de Trabajo Social, 2003.
- **Pastorini, A.** *“Las paradojas de la nueva cuestión social” en Revista Fronteras, Vol. 4, 2001*
- **Rozas, M.** *“La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social”*. Espacio editorial. Buenos Aires, Argentina, 2004
- **Saavedra, F.J.** *“Como encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves”*. Historia Ciencia y Saude, Manguinhas, Rio de Janeiro, 2011.

- **Silva, 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”*. Revista Herramienta N°36. Ediciones Herramienta. Buenos Aires, Argentina, 2007.
- **Sunkel, G.** *“El papel de la familia en la protección social en América Latina”*. Serie Políticas Sociales N°120. Santiago de Chile: CEPAL. 2006
- **Techera, Apud y Borges.** *“La sociedad del olvido. Un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay.”* CSIC- Universidad de la República, 2009.
- **Torregrosa, J. R.** *“Sobre la identidad personal como identidad social”*. En Perspectivas y contextos de la Psicología Social. Ed. Hispano Europea S.A. España, 1983.
- **Valles, M.** *“Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodología y práctica profesional.”* Síntesis Sociología. 1997
- **Villavicencio, S., Gracia Raggio, A.** *“Nuevas cuestiones en torno a la ciudadanía”*, en revista sociedad N° 7, Facultad de ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina, 1995

## Documentos consultados

- Declaración de Caracas – 1990
- Programa Nacional de Salud Mental- MSP – ASSE. Programa de Crónicos – 1986

## Páginas Web consultadas

- **Bentura, C. y Mitjavila, M.** *“Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad Uruguay”* en:  
[http://www.sbhc.org.br/resources/anais/10/1345077733\\_ARQUIVO\\_dispositivosposmanicomiales.pdf](http://www.sbhc.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf) (Último acceso: 22 de Julio de 2014)