

EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL BAJO AUTORITARISMO (URUGUAY, 1973-1985). EL SIMULACRO DE CIERRE DEL HOSPITAL VILARDEBÓ EN 1983

MARIANA MONNÉ VUONO¹

Lo que sigue es un avance de investigación de mi tesis «Formaciones subjetivas sobre la locura durante la última dictadura uruguaya (1973-1985). Aproximaciones al campo de la salud mental bajo autoritarismo», para obtener el título de Doctor en Psicología.²

El concepto de *formaciones subjetivas* nos permite, desde lo interdisciplinario, abordar las producciones de sentido que se realizaron desde el poder sobre los locos y la locura durante la dictadura. Cada época construye un modelo de concebir la locura y una terminología que dan cuenta de las subjetividades y concepciones sociales de cada momento, y la cultura permite comprender el desarrollo histórico de cada concepción de la locura y las prácticas y subjetividades que las propiciaron (De León y Fernández Romar, 1996).

En este marco, proponemos que los neoautoritarismos latinoamericanos de los años setenta en el Cono Sur de América Latina fueron capaces de producir subjetividades específicas respecto a la locura, que formaron parte de un proyecto cultural conservador que funcionó como instrumento político ideológico, y que dichas subjetividades pueden rastrearse hasta hoy en el campo de la salud mental, por ejemplo en la discusión que tuvo como desenlace la aprobación de la nueva Ley de Salud Mental en 2017.³

El dispositivo asilar-manicomial fue escenario del ejercicio de poder por parte de la medicina psiquiátrica sobre el paciente, de las autoridades de la salud sobre las instituciones de atención en salud mental y de la sociedad pretendidamente homogeneizada sobre los Otros; y, también, el hospital psiquiátrico fue escenario del deslizamiento del sujeto en objeto, especialmente en procesos de larga hospitalización y/o medicalización. Pues, como señala el psicólogo Robert Pérez Fernández (2017), el «hegemónico y excluyente valor de verdad y realidad» que se le otorga a las etiquetas

¹ Licenciada en Letras y magíster en Estudios Latinoamericanos, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; estudiante del Doctorado en Psicología de la Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.

² Facultad de Psicología, Universidad de la República. Con la orientación académica del Prof. Dr. Robert Pérez Fernández (Instituto de Psicología Social, Facultad de Psicología, Udelar).

³ Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>>.

diagnósticas provoca, a través de las prácticas medicalizadas, el «desplazamiento y sustitución del sujeto por la enfermedad».

Por todo esto, nos interesa analizar el simulacro de cierre del Hospital Vilardebó en 1983. Decimos *simulacro* porque el Hospital no fue cerrado como se pretendía, ni todos sus pacientes fueron trasladados hacia otros establecimientos como fuera anunciado. Sin embargo, por testimonios y bibliografía (escasa) sobre el hecho, podemos saber que el intento de cierre significó una inflexión en el campo de la salud mental del período. Tenemos noticia del simulacro por prensa de la época, por un artículo del psiquiatra Daniel Murguía (1983), que fue durante mucho tiempo director de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Vilardebó, y por un artículo del doctor Ángel Ginés, en el que comenta la reseña de Murguía y agrega algunos datos más.

CONTEXTO DE ÉPOCA: EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL EN LOS AÑOS SETENTA

Franco Basaglia (Venecia, 1924-1980) era uno de los referentes del movimiento antipsiquiatría⁴ de los años setenta, que cuestionaba el tratamiento psiquiátrico y, entre otras cosas, proponía el cierre de los manicomios; y señalaba que existe una distancia entre la ideología científica, que sostiene que el hospital es una institución de cura, y la práctica, que demuestra que en los hechos el hospital es un lugar de segregación y violencia. Para Basaglia el manicomio no era un hospital para el que sufría trastornos mentales, sino un lugar donde se reprimían ciertas desviaciones del comportamiento de las personas (1972: 14-15).

En nuestro país, la atención en salud mental durante la dictadura fue marcadamente represiva y regresiva. Las dictaduras de los años setenta consideraron que el psicoanálisis era subversivo (Rodríguez Villamil, 1985) y atacaron por igual a Freud y a Marx, vinculando los conceptos de judío, comunista, masón y psicoanalista. Como mencionan Vainer y Carpintero (2004), en Argentina el uso descalificativo de la expresión «psicobolche» comenzó en los años setenta para señalar a aquellos profesionales del campo de la salud mental con ideas de transformación social. En ese país estos profesionales fueron fuertemente perseguidos y se produjo el desmantelamiento del abordaje grupal y comunitario que funcionaba en las experiencias «piloto» de los hospitales generales. De este modo, el régimen militar argentino (1976-

⁴ Concepto acuñado por David Cooper (1972) para designar diferentes enfoques y doctrinas político-sociales en el área de la salud mental que tienen en común ser detractoras de la psiquiatría.

1983) consiguió incidir en la forma en que se diagnosticaba y abordaba al paciente psiquiátrico, pudiendo subsistir por entonces solamente una psiquiatría biológico-manicomial y un psicoanálisis que negaba la determinación social mediante un estructuralismo ahistórico (2004).

En Uruguay se vivió una experiencia parecida, debido a la decisión estatal —del rectorado universitario intervenido, del Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y del Ministerio de Salud Pública (MSP)— de subordinar la labor de los psicólogos a la de los médicos psiquiatras. La psicóloga Cecilia Baroni (2010) señala que en 1975 el MEC decretó la creación de la Escuela Universitaria de Psicología (EUP), que dependía directamente del rectorado y brindaba una preparación técnica que convertía al psicólogo en un asistente del psiquiatra. Por su parte, en 1977 la Facultad de Medicina creó un nuevo plan de estudios de posgrado que formaba en psicoterapia, disputándoles el área de trabajo a los psicólogos. Durante el periodo se realizaron varios intentos desde las diversas agrupaciones de psicólogos, por aprobar un proyecto de ejercicio libre y obtener permiso para realizar psicoterapias, sin embargo, en 1981 el rector interventor conformó un grupo de trabajo para redactar una «ley del psicólogo» sin la participación de la Sociedad de Psicólogos del Uruguay (SPU), al mismo tiempo que desde la EUP se presentaba una propuesta de plan de estudios para la carrera en Psicología que continuaba situando al psicólogo como un mero aplicador de tests.

Podríamos decir que las prácticas oficiales durante la dictadura, orientadas a subordinar la tarea de los psicólogos a la de los psiquiatras, se sustentaban en la intención de volver al modelo natural-positivista propio del siglo diecinueve, que en el campo de la salud mental se traducía en tratamientos basados principalmente en la medicalización y el encierro.

Como señala el historiador Nicolás Duffau, las transformaciones económicas, políticas y sociales del siglo diecinueve calaron profundamente en la moral dominante uruguaya, trasladándose a diferentes planos de la vida diaria y afectando la forma en que se entendía a los «locos» desde lo social y lo jurídico: irracionales, desinhibidos, improductivos, inadaptables a la sociedad moderna, degenerados, alienados mentales (2019: 12).

Señala Duffau que fue en el siglo diecinueve —época modélica para el proyecto dictatorial de los años setenta— cuando comenzó el desarrollo de la disciplina psiquiátrica nacional: en 1860 se fundó el Asilo de dementes y en 1908 se creó la

Cátedra de Psiquiatría dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. El Asilo de dementes pasó a llamarse Manicomio Nacional en 1880 y la internación se realizaba por orden judicial, policial, médica o a pedido de la familia — claramente, la voluntad del paciente no era una posibilidad—. En 1908 se comenzó a discutir la reforma sanitaria y, por decreto del Poder Ejecutivo, en 1911 el Manicomio Nacional pasó a denominarse Hospital Vilardebó, en homenaje al doctor Teodoro Vilardebó, uno de los primeros médicos con formación (francesa) en psiquiatría (2019: 72).

Con la creación de la Asistencia Pública Nacional la atención de la salud dejó de depender de la Caridad y pasó a ser un deber del Estado (2019: 65). Es decir que, conforme avanzaba la disciplina psiquiátrica, más se alejaban las conceptualizaciones de la locura de las explicaciones religiosas que la entendían como un mal demoníaco.⁵ Explica Duffau (2019) que por estos años la interpretación profiláctica se combinó con la eugenesia,⁶ que proponía la responsabilidad estatal en el control de la reproducción de los «degenerados». En Uruguay la eugenesia logró introducirse en la Facultad de Medicina y sus campos adyacentes, alcanzado legitimidad académica, y funcionó como un elemento de exclusión social: según la historiadora Graciela Saprizza (2001), los eugenistas produjeron propuestas intrusivas o prescriptivas para nuevas políticas de Estado hacia aquellos individuos y que, al mismo tiempo, se vinculaban con discursos sobre la nacionalidad (citada por Duffau, 2019: 96). La degeneración, señala Foucault (2010), fue «la gran pieza teórica de la medicalización del anormal» (citado por Duffau, 2019: 98).

José Pedro Barrán (1993) plantea que desde la segunda mitad del siglo diecinueve la sociedad uruguaya vivió un proceso de medicalización simultáneo al de la secularización, que tuvo como consecuencia una mayor presencia de los médicos en la vida cotidiana, su influencia en decisiones estatales y una monopolización del ejercicio de curar. Según Barrán, entre 1900 y 1930, nuestro país fue testigo de un proceso triple que implicó el rol creciente del médico en el tratamiento de la enfermedad, la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad y la incorporación en la vida cotidiana de conductas, valores e imágenes derivados del saber médico (citado por Duffau, 2013: 206).

⁵ La separación de la Iglesia del Estado en la Constitución de 1918 tuvo mucho que ver con esto.

⁶ Concepto acuñado por Francis Galton (Reino Unido, 1822-1911), un médico inglés que buscaba «mejorar la raza».

De este modo, Barrán describe cómo la historia de las autoridades sanitarias del Estado es la historia del avance del poder médico en la sociedad a fines del siglo diecinueve y principios del veinte (1993: 163), en este marco, la medicina uruguaya se convirtió en una hegemonía discursiva que abarcaba no solo a los hospitales sino a toda la sociedad con una intención profiláctica. La dictadura uruguaya de los años setenta retomó estas ideas y promovió la construcción de una subjetividad de época que colocaba a los pacientes psiquiátricos como la «anormalidad»; y el dispositivo asilar-manicomial sufrió especialmente estas políticas de «higiene mental», pues las instituciones de salud y sus prácticas, que hegemonizan el paradigma medicalizante, son productoras de subjetividad y de sufrimientos psíquicos (Stolkiner, 2013).

EL SIMULACRO DE CIERRE DEL HOSPITAL VILARDEBÓ EN 1983

En 1980 se cumplieron los primeros cien años de existencia del Hospital Vilardebó. La dirección del Hospital, por entonces a cargo del doctor Samuel Villalba, y el gobierno de facto (representado por el MSP) decidieron realizar una semana entera de festejos entre el domingo 18 de mayo y el domingo 25 de mayo, cuya organización estuvo a cargo de la Unidad Ejecutiva de Apoyo y Conmemoración del Centenario (Murguía, 1983).

El primer día de la semana festiva comenzó con una ceremonia en el patio del Hospital, donde se izó el Pabellón Nacional, se cantó el Himno Nacional y se descubrió un busto del general Artigas. Los días siguientes se realizaron mesas redondas con la participación de autoridades y personalidades del campo de la salud mental, especialmente del Área de Salud Mental del MSP, dirigida por la doctora Ofelia Bachini.⁷ Los festejos finalizaron el 25 de mayo, con una ceremonia donde se descubrieron dos placas donadas por la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata y la Comisión Honoraria del Hospital Vilardebó, y se entregaron medallas a los funcionarios más antiguos del establecimiento (Murguía, 1983).

Poco después, en junio de 1983, el régimen militar comunicó ante la prensa su intención de clausurar el Hospital Vilardebó. En una entrevista, el ministro de Salud Pública

⁷ La doctora Ofelia Bachini Berruti, nacida en Montevideo en 1919, es muy mencionada en la documentación de la época. Era la directora de Salud Mental del MSP y la referente en el tema a nivel internacional (hay un documento desclasificado de Estados Unidos donde se la consigna en una actividad latinoamericana sobre patologías por abusos de drogas). En todo caso, una figura interesante. Por más información se puede consultar el capítulo que se le dedica en *El aporte de la mujer uruguaya a la cultura*, tomo 1, Biblioteca del Poder Legislativo, Uruguay, 1975.

manifestó que el Hospital era una «imagen decepcionante» que deseaba borrar de la ciudad y que de nada servía «invertir» en ciertos pacientes psiquiátricos, algunos «por completo irracionales» y otros «absolutamente irrecuperables» (citado por Ginés, 2003: 173). El ministro mostraba, así, una mirada higienista que entendía a los desajustes mentales como producto del fracaso del individuo para adaptarse a la comunidad (Agüero y Correa, 2018: 41). El ministro llegó a decir explícitamente que lo único que cabía esperar era que los pacientes murieran (2003: 173), lo que ilustra la noción de *biopoder* de Foucault, para quien este funciona segregando a las personas que deben morir de aquellas que deben vivir (citado por Mbembe, 2011: 21). Es decir:

La percepción de la existencia del Otro como un atentado a mi propia vida, como una amenaza mortal o un peligro absoluto *cuya eliminación biofísica reforzaría mi potencial de vida* y de seguridad; he ahí, creo yo, uno de los numerosos imaginarios de la soberanía propios tanto de la primera como de la última modernidad (2011: 24. *Cursivas nuestras*).

Las autoridades se dispusieron a trasladar a los pacientes psiquiátricos, primero hacia la Colonia Etchepare (fundada en 1912) y luego al Hospital Musto (1983-1996). El primero de agosto de 1983 se realizó un simulacro de cierre, una verdadera puesta en escena del biopoder sobre los pacientes. Luego de medicarlos, raparlos y bañarlos, se les hizo formar una fila en el patio del Hospital junto a sus familiares y a los funcionarios que estaban trabajando ese día. Se los hizo pasar, uno por uno, llamándolos por su nombre, con las pocas pertenencias en un bolso (Ginés, 2003). Según Ginés, la imagen era de desamparo. El abuso de poder sobre el cuerpo del paciente y la prescindencia de su voluntad, entre otras prácticas, producen ese sujeto devenido objeto que ya viene sufriendo por su diagnóstico, internación y medicalización psiquiátrica. Tal como lo describen los psicólogos Nelson de León y Juan Fernández Romar:

La realidad observable en los hospitales psiquiátricos dependientes de Salud Pública muestran que la locura no es más que el cruel sendero por el que caminan los solitarios, los desposeídos de todo, quienes albergan muchas veces la esperanza de encontrar lo que hasta ese momento les ha sido negado: un poco de amor, un poco de estabilidad existencial (1996: 157).

El traslado a la Colonia Etchepare, situada a 79 kilómetros de Montevideo, cumplía con el deseo del ministro de llevar el manicomio a la periferia. Ya habían sido *expulsados de*

*la humanidad*⁸ cuando habían ingresado al Hospital y ahora se los *borraba de la ciudad*. Según Murguía (1983), esto tenía varias implicancias, principalmente en términos humanitarios y médico-asistenciales; pues alejar a los pacientes de Montevideo complicaba la atención de emergencias somáticas (por entonces los principales hospitales, en cuanto a recursos humanos y técnicos, estaban en la capital) y hacía difícil, también, el acompañamiento familiar, que ya de por sí era escaso. De este modo, a la interrupción de la red de relaciones interpersonales construida en la comunidad del hospital entre los pacientes más estables, se le sumaba el desarraigo de los pocos vínculos familiares que algunos todavía conservaban.

Por otra parte, la inauguración del Hospital Musto en 1983 había supuesto el traslado de los pacientes agudos a un establecimiento ubicado a 14 kilómetros del centro de Montevideo, reeditando viejas pautas de asistencia, es decir, un tratamiento limitado a la crisis y sin perspectiva biopsicosocial (Ginés, 2003: 174). El subsecretario de Salud Pública manifestaba ante la prensa:

Quando usted tiene una cantidad de pacientes y le pregunta a la Medicina: ¿Qué se puede hacer? Y la Medicina le dice: nada, entonces, ¿qué hace? El Estado lo mantiene, pero lo mantiene en las condiciones que quiere el paciente, porque a alguien que a usted lo mira como si fuera un árbol o un florero, que no responde al pedido o *a la voz de mando*, que *no responde a la medicación*, al que hay que ponerle el medicamento para que no sea agresivo por la fuerza en la boca, no puede mantenerlo como uno quiere sino como él quiere (citado por Ginés, 2003: 173. *Cursivas nuestras*).

En «Notas para una genealogía del manicomio en Uruguay» (2011), el psicólogo Agustín Cano señala que se pueden establecer al menos dos momentos en la historia de la salud mental del siglo veinte, teniendo en cuenta el tratamiento que la sociedad uruguaya le da a la locura y a los locos. Habría un primer período, denominado «encierro del loco» (1879-1959), y un segundo, «de abandono del loco», que se extiende desde la crisis del Estado de bienestar y llega a la actualidad (citado por Baroni, 2016).⁹ Entonces, lo que estaba aplicando el Ministerio de Salud Pública era una *política de abandono*, en el sentido en que la define Agamben:

⁸ En el sentido en que lo expresa Mbembe (2011) para el caso de los esclavos: «La condición de esclavo es, por tanto, el resultado de una triple pérdida: pérdida del ‘hogar’, pérdida de los derechos sobre su cuerpo y pérdida de su estatus político. Esta triple pérdida equivale a una dominación absoluta, a una alienación desde el nacimiento y a una muerte social (que es una expulsión de la humanidad)» (p 31).

⁹ La psicóloga Cecilia Baroni (2016) propone un tercer momento, «de olvido del loco», que iría desde 1984 hasta la actualidad, dentro del cual vislumbra tres etapas: 1984 a 1996, 1997 a 2005 y 2005 a 2015.

La relación de excepción es una relación de bando. El que ha sido puesto en bando no queda sencillamente fuera de la ley ni es indiferente a esta, sino que es *abandonado* por ella, es decir que queda expuesto y en peligro en el umbral en que vida y derecho, exterior e interior se confunden (2006: 43-44. Cursivas del autor).

Lo interesante del planteo de Agamben es que propone que aun fuera de la ley y abandonado por esta, el excluido se encuentra comprendido en ella. La excepción a la norma está dentro de la norma, es una forma especial de esta. Interpretado así, cobra sentido el objetivo del MSP respecto a los pacientes psiquiátricos: alejarlos de la ciudad no alcanzaba, lo que se buscaba era borrarlos, porque aun en la periferia seguían *siendo* una responsabilidad del Estado.

RECAPITULANDO

En 1966, el consultor internacional de la Organización Mundial de la Salud, Pierre Chanoit, visitó Uruguay para conocer las condiciones sanitarias nacionales, dando como resultado el famoso «Informe Chanoit». Su visita coincidía con un momento importante del movimiento de desmanicomialización, que se expandía en la región y se vio frustrado poco después con la instalación de las dictaduras latinoamericanas. En su informe, el consultor señalaba que el error más frecuente de los Estados era considerar al paciente psiquiátrico como un «estorbo»:

El paciente mental es un estorbo para la sociedad, y la atención que de él se realiza se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, donde *sustraído a la vista de la población termina su infeliz existencia*. [...] y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en estas circunstancias no se cura, ha dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables (Chanoit citado por Ginés, 2003: 177. Cursivas nuestras).

De este modo, el consultor explicaba que los pacientes psiquiátricos eran invisibilizados (en dos sentido, agregamos nosotros, simbólica y geográficamente) y condenados a una «infeliz existencia», que precisamente imposibilitaba su cura. Pero ¿qué había visto Chanoit en sus recorridos por los centros de atención en salud mental del Uruguay?

En 1969, la revista «Noticias», órgano del Sindicato Médico Nacional, cuyo redactor responsable era el doctor Edmundo Gómez Mango, realizaba una nota de denuncia por el estado del principal manicomio nacional. Un grupo de estudiantes de último año de la

carrera en Medicina había recorrido el Hospital y la revista daba cuenta de la «horrenda» experiencia: «atravesamos un gran patio; se nos acercan varios enfermos harapientos, muchos de ellos descalzos, en pésimas condiciones de aseo personal»; en los baños se ve «un calefón destartado que no funciona hace años. No hay agua caliente, lo que implica que los enfermos, cuando se bañan, deben hacerlo con agua fría, aun en invierno». Y sigue:

Uno de los estudiantes pregunta dónde se hacen los electrochoques. Se sorprende al enterarse que es en la misma sala: los pacientes son colocados con la cabeza orientada hacia el pasillo, y el enfermero con el practicante o el médico, van efectuando la descarga eléctrica a medida que avanzan entre las camas. [...] de tal suerte que los pacientes observan, mientras esperan su turno, las convulsiones de sus compañeros (1969).

Los estudiantes continúan la recorrida. Llegan al «depósito», una gran habitación donde se pueden contar hasta sesenta camas. Casi no corre aire, dice el doctor Gómez Mango, por eso los pacientes que pueden moverse están en el patio, tomando un poco de sol. Se acercan a uno de los pocos que están en el salón y le preguntan cuánto tiempo hace que está internado, «unos doce años» dice, la última vez que lo vio un médico fue en 1959.

González Pardo y Pérez Álvarez explican que los trastornos mentales, lejos de ser entidades «naturales» de base biológica, son «construidos», de carácter histórico-social, más sujetos a los vaivenes de la vida que a los desequilibrios neuroquímicos (2007: 13). Y la descripción que hace Gómez Mango da cuenta de ello.

Techera, Apud y Borges (2004) señalan que en el siglo veinte la terapia moral había comenzado su declive, al tiempo que la biologización de la enfermedad su auge. La psicofarmacología (campo de estudios en que confluyen la farmacología y las ciencias de la conducta) se había desarrollado en las décadas del cuarenta y cincuenta; y desde los setenta se había incrementado la medicalización de la sociedad mundial, dando lugar a la paradoja de que la psicofarmacología construía «modelos de enfermedad» para diagnósticos psiquiátricos, provocando la proliferación de enfermedades modeladas por los efectos de los medicamentos que las trataban (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007: 32-33). Stolkiner (2013) explica que el fenómeno de la medicalización es un analizador importante de la articulación entre lo económico, lo institucional y la vida cotidiana en los procesos de producción de subjetividades, y que este proceso es constituyente de una hegemonía discursiva. De este modo, dice la autora, todo acto en

salud invoca una intervención disciplinaria o técnica potencialmente objetivante y el modelo asilar-manicomial potencia las tendencias a la objetivación, pues coloca al otro en un lugar social de «no palabra».

Si la medicalización es un paradigma objetivante hegemónico y la objetivación es la reducción del cuerpo a su dimensión biológica, lo que, en el caso de la psiquiatría, significa la incorporación de la «falla moral» como enfermedad (Stolkiner, 2013), y la enfermedad mental es una construcción social y cultural que se sustenta en la moral dominante, así como en una serie de dispositivos médico-psiquiátricos (Foucault citado por Duffau, 2013: 208); podemos decir, coincidiendo con Barrán (1983), que lo que importaba de los locos no era tanto el padecimiento psíquico sino lo que habían hecho, es decir, sus comportamientos. El problema era sobre todo moral (citado por Duffau, 2013: 210).

En definitiva, lo que a la dictadura parecía molestarle de los pacientes psiquiátricos era su incapacidad para incorporarse a la sociedad, su improductividad que los volvía una carga para el Estado, pero también su incapacidad para obedecer, su naturaleza disidente, su otredad ingobernable. Aunque esa otredad era una construcción subjetiva realizada desde el propio Estado. La descripción que realizan De León y Fernández Romar es oportuna:

Recluido en el manicomio, cortados los vínculos que lo ligan a su familia y amigos, sin posibilidad de expresarse a través de las formas habituales (que por más alienados que estén indican algún vestigio de identidad), obligado a aceptar las normas despersonalizantes de la institución, desprovisto de ingresos remunerados, sin alternativas de capacitación o reciclaje profesional, sin poder realizar ningún acto civil ni político, el internado se convierte en un incapaz por la vía de los hechos, un muerto en vida (1996: 158).

CONCLUSIONES

El Hospital Vilardebó no cerró en 1983. Sí cerró el Hospital Musto en 1996, tras varios casos de hipotermia que «conmocionaron al país» (Techera, Apud y Borges, 2004: 108), y el hecho trajo nuevamente a la agenda pública el cuestionamiento del encierro como tratamiento psiquiátrico.

La nueva etapa que estaba comenzando a fines de los años sesenta cuando recibimos la visita de Chanoit, que sirvió como puntapié inicial para el Plan de Salud Mental de

1972, se vio frustrada con la instalación de la dictadura. En 1986 se intentó recuperar el impulso del 72 y el MSP aprobó un Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) que promovía, entre otras cosas, nuevos modelos de asistencia (2004: 108).¹⁰ Pero recién en la Ley de Salud Mental aprobada en 2017, tras un largo camino recorrido, se prevé el cierre de los manicomios nacionales hacia el año 2025.¹¹

Desde el 2009 hay personas trabajando de forma honoraria en el archivo del Hospital Vilardebó, históricamente tan abandonado como sus pacientes. Libros de registros, cajas de papeles y fotos que se acumulan, entre el polvo y el olvido, desde su inauguración en 1880, están empezando a habilitarse para el acceso del público (Muñoz, 2018). Acuden los familiares para reconstruir historias rotas y acudimos los estudiantes a buscar respuestas de otras épocas a preguntas actuales. La versión oficial, la que se encuentra en las notas de prensa de aquellos años, habla de la intención del gobierno de facto de alivianar el costo de mantener el Vilardebó abierto, desplazando a sus pacientes hacia las colonias y al Musto, que representó en su momento el ingreso de las ideas neoliberales al país.

Pero nosotros no vemos en la desidia de las autoridades hacia los pacientes psiquiátricos, durante los años de la dictadura, el resultado de decisiones puramente económicas, sino que creemos que estas políticas de abandono deben vincularse a una percepción del loco como estorbo para el Estado, de la locura como un padecimiento irreversible, de los manicomios como vergüenza nacional y de las terapias alternativas a la medicación y vinculadas a la salud comunitaria como inútiles y/o ideologizantes.

Agamben señala que la pareja categorial fundamental de la política occidental no es la de amigo-enemigo sino la de nuda vida-existencia política, es decir, exclusión-inclusión (2006: 18); en este sentido, el dispositivo de poder del régimen parece haber trabajado fuertemente para conseguir la supresión del sujeto disidente y del relato disruptivo, con la intención de homogeneizar a la sociedad, pieza clave de su proyecto conservador para refundar la nación.

Estudiar las formaciones subjetivas sobre la locura construidas desde el poder durante los años de dictadura nos permite, entre otras cosas, recuperar la memoria de esos

¹⁰ Plan Nacional de Salud Mental (1986). Disponible en: msp.gub.uy/sites/default/files/PlanNacionaldeSaludMental1986.pdf.

¹¹ Sobre los cambios que prevé la nueva ley, hay una interesante entrevista al director del Hospital Vilardebó, Gonzalo di Pascua, realizada por la periodista Leticia Castro para *la diaria*. Disponible en: <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2019/5/director-del-vilardebo-todo-lo-que-como-sociedad-no-queremos-ver-esta-aca-adentro/>.

sujetos que durante tanto tiempo estuvieron situados en un lugar de «no palabra». Estas narrativas posibilitan, además, recomponer las subjetividades de época, para entender cuánto calaron en la sociedad uruguaya de esos años los discursos de la dictadura sobre la locura. Discursos que justificaron políticas de atención en salud mental, por lo que al mismo tiempo estaremos recuperando una parte de la historia de la salud mental nacional, que quizás pueda aportar a la comprensión del movimiento de reforma de la salud mental y desmanicomialización que se reactivó con la apertura política en los años ochenta y derivó en la reciente aprobación de la Ley de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G (2006). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*, España: Pretextos. Traducción y notas de Antonio Gimeno.
- Agüero, M y Correa, G (2018). Salud mental y ciudadanía: una aproximación genealógica. *Revista de Historia de la psicología*, 39 (1).
- Baroni, C (2010). *60 años de Psicología en la Universidad de la República. Espacios de formación y procesos de institucionalización de la psicología en la Udelar*, Memoria institucional. Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.
- Baroni, C (comp.) (2015). *Salud mental, psicología y comunicación participativa*. Disponible en: https://www.academia.edu/39743406/Salud_mental_Psicolog%C3%ADa_y_Comunicaci%C3%B3n_participativa.
- Baroni, C (2016). Un movimiento contra el olvido. Aportes para pensar el proceso de desmanicomialización en el Uruguay de 1985 en adelante, *Hemisferio izquierdo*, 3.
- Barrán, J P (1993) *La medicalización de la sociedad*, Uruguay: Nordan.
- Basaglia, F. y F. Basaglia Ongaro (1972). *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*, España: Siglo XXI.
- Cano, A (2011). Notas para una genealogía del manicomio. En Baroni, C (comp.) (2015) *Salud mental, psicología y comunicación participativa*.
- Castro, L (2019). Director del Vilardebó: «todo lo que como sociedad no queremos ver está acá adentro» (entrevista a Gonzalo di Pascua), *La Diaria*, Uruguay.
- Chanoit, P (1966). *Informe sobre la salud mental en el Uruguay*, OPS-OMS.
- Cooper, D (1976). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Argentina: Locus hypocampus. Traducción de Jorge Piatigorsky.
- Deleuze, G (1990). ¿Qué es un dispositivo? En AAVV. *Michel Foucault filósofo*, España: Gedisa.
- De León, N y Fernández Romar, J (1996). La locura y sus instituciones. En *Historia, violencia y subjetividad. III Jornadas de Psicología Universitaria*, Uruguay: Ediciones Multiplicidades, 157-162.
- Duffau, N (2013). La historia de la locura en Uruguay. Una reflexión historiográfica en torno a la obra de José Pedro Barrán. *Revista de la Biblioteca Nacional*, 8.
- Duffau, N (2019). *Historia de la locura en Uruguay (1860-1911). Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental*, Uruguay: CSIC-Udelar.

- Foucault, M (2010). *Los anormales*, Argentina: FCE.
- Ginés, A (2003). La honda de Murguía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67 (2).
- Gómez Mango, E (1969). Un naufragio en el infierno. Cuadros de una horrenda exposición, *Noticias* (publicación del Sindicato Médico del Uruguay), XIII (72), Uruguay.
- González Pardo, H y Pérez Álvarez, M (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?*, España: Alianza.
- Mbembe, A (2011). *Necropolítica. El gobierno privado indirecto*, España: Melusina. Traducción y edición de Elizabeth Falomir.
- Muñoz, A (2018). La locura de ayer, hoy y mañana. *La Diaria*, Uruguay.
- Murguía, D (1983). El cierre del Hospital Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 48 (287), pp. 217-218.
- Pérez Fernández, R (2017). ¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico? La disputa por la noción de sujeto y subjetividad. En *Salud mental, comunidad y derechos humanos*, Uruguay: Espacio Interdisciplinario-Udelar-Psicolibros.
- Rodríguez Villamil, M (1985). Acerca de la desaparición de la psicología y el exilio del psicoanálisis. La psicología en el Uruguay durante la dictadura. *Revista Uruguaya de Psicología*, 4 (1-2), 7-10.
- Sapriza, G (2001) *La «utopía eugenista». Raza, sexo y género en las políticas de población en el Uruguay (1920-1945)*. Inédito.
- Stolkiner, A (2013). *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas de salud mental*. Disponible en: <www.trabajosocial.unlp.edu.ar>.
- Techera, A; Apud, I y Borges, C (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones*, Uruguay: CSIC-Udelar.
- Uruguay. Ley de Salud Mental N.º 19 529 (2017). Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>>.
- Uruguay. Plan Nacional de Salud Mental (1986). Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/PlanNacionaldeSaludMental1986.pdf>>.
- Vainer, A y Carpintero, E (2004). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los 60 y 70*, dos tomos, Argentina: Topía.