

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

**DUEÑOS DE MI? O DUEÑO DE MI?**

**“El control del cuerpo” como eje de poder en Modelos de atención que “institucionalizan la locura” y como cambia la perspectiva de control en Modelos de Rehabilitación Psicosocial**

**Silvia Crystel Echizarto da Costa**

Tutora: Celmira Bentura

**2016**

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

Para pensar....

*No acepten lo habitual  
Como cosa natural,  
Pues en tiempos de desorden,  
De confusión organizada,  
De arbitrariedad consciente,  
De humanidad desorganizada,  
Nada debe parecer natural,  
Nada debe ser imposible de cambiar...*

Carmen Amico. (2005) "La institucionalización de la locura"

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

**INDICE**

*Introducción*.....3

**CAPÍTULO I**

1.1.- Salud y Salud Mental: Una construcción social según el momento histórico,  
categorías más abstractas que hacen a la temática

.....5

1.2.- Proceso de medicalización y normalización de la Sociedad,  
el “cuerpo” como eje de poder.....9

1.3.- La estigmatización de las personas con trastornos  
psiquiátricos.....21

**CAPÍTULO II**

2.1.- Salud Mental en el Uruguay: PNSM y Proyecto de Ley, Derechos y  
Garantías. ....26

2.2.- La familia: el impacto de la enfermedad, su importancia en el proceso de  
rehabilitación y la intervención del Trabajo  
Social.....33

*REFLEXIONES FINALES*.....43

*BIBLIOGRAFIA*.....47

## **INTRODUCCION**

El presente documento constituye la Monografía final para dar por finalizada la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Se realizó una investigación de tipo bibliográfico, y el tema elegido para la misma es “el control del cuerpo” como eje de poder en modelos de atención que institucionalizan la locura y como cambia la perspectiva de control en modelos Psicosociales de Rehabilitación en la atención de personas con trastornos psiquiátricos.

Para el desarrollo del mismo se comenzará planteando en el primer capítulo los conceptos mas abstractos de Salud y Salud Mental y como éstos se fueron modificando en relación al momento histórico en el que fueron formulados, en el siguiente subcapítulo se profundizará en el análisis del proceso de medicalización de la sociedad, y normalización de la misma, en cómo se ordena el “cuerpo” en la vida social más allá de lo médico; como el poder se ejerce sobre el cuerpo, como actúa sobre él y como éste es controlado en los procesos de rehabilitación de personas con patologías psiquiátricas.

También se planteará como pertinente la estigmatización social hacia las personas con trastornos psíquicos que pasaron por procesos de rehabilitación en centros que “institucionalizan la locura”, no cumpliendo con los parámetros preestablecidos en la sociedad capitalista de lo que es ser “normal”, adaptado y funcional, y su estrecha relación con procesos de exclusión social.

*Dueños de mí? o Dueño de mí?*  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación*  
*Psicosocial*

---

En el segundo capítulo se analizará la Salud Mental en el Uruguay a partir del PNSM (Programa Nacional de Salud Mental) desarrollado en el año 1986 y el Proyecto de Ley en Salud Mental desde una perspectiva de derechos en los procesos de rehabilitación desde nuevos dispositivos Psicosociales en los cuales promueven y garantizan los derechos vulnerados en el antiguo modelo asilar-manicomial.

Como último punto y no menos importante pero siguiendo el hilo conductor de lo expuesto se expondrá la presencia fundamental de la familia, como impacta el diagnóstico de la enfermedad en el seno familiar, sus respuestas y los factores a tener en cuenta en el trabajo con ellas y desde ellas, su importancia en el proceso de rehabilitación de las personas con trastornos severos y persistentes partiendo de un modelo integral de atención y la implicancia del Trabajador Social en los procesos de transformación, ya que posee las herramientas necesarias para percibir las problemáticas existentes que condicionan a los sujetos a situarse desde otro lugar y así lograr modificar la realidad social actual y promover un cambio en su calidad de vida.

La intervención profesional en el análisis de la vida cotidiana de los sujetos implicados y trabajar desde sus potencialidades, capacidades y recursos existentes para que de esa manera, se puedan pensar nuevas alternativas, promoviendo acciones desde una perspectiva crítica y reflexiva de su cotidianeidad naturalizada y legitimada por los mismos en una supuesta “normalidad”.

## CAPÍTULO I

### 1.1.- Salud y Salud Mental: Una construcción social según el momento histórico.

Como se adelantó en la introducción se desarrollarán las determinaciones más abstractas, partiendo de los conceptos de Salud y Salud mental que fueron modificándose según el momento histórico en el que se formularon, entendiendo éstos como construcciones sociales.

Las transformaciones que se han dado en la estructura socioeconómica capitalista, han ido generado en nuestra sociedad diversos fenómenos como la pobreza, como proceso acumulativo complejo, problemas en la salud, en la vivienda, etc. En este sentido, se hace necesario pensar cuál es el estado institucional y de las organizaciones que se ocupan de la salud como fenómeno social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1947 planteaba: que la Salud es:

*“el estado de completo bienestar físico, mental y social no  
solamente la ausencia de enfermedades o de invalidez”*

Esta definición ha generado muchas críticas ya que los conceptos que define son de gran amplitud, ubicándose en un modelo de normalidad generalizable, esta definición

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

se relaciona con la realidad histórica del momento, consolidación de la paz mundial<sup>1</sup>, la instauración del bienestar<sup>2</sup> económico y cultural.

Cuando nos referimos al término salud corresponde construirlo y reconstruirlo, según Carmen Amico es:

*“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, C 2005:17)

Por lo que:

*“Comprender la problemática de la Salud Mental requiere introducirnos dentro de un mundo de significaciones y símbolos, ya que esta se desprende de la producción y circulación de valores, sentidos y representaciones de los sujetos le otorgan a la misma (...) Es así, como cada cultura materializada en los distintos procesos históricos particulares va a poner en juego las producciones simbólicas que determinen los valores de salud-enfermedad, como así también la producción de ideas que*

---

<sup>1</sup> Según Alicia Stolkier (2003) el concepto de Salud de la ONU fue una definición política, que nace en la posguerra, luego de la Segunda Guerra Mundial, con una Europa devastada.

<sup>2</sup> El estado tiene un rol activo en la regulación de los mercados y en la garantía de derechos sociales. Y esto tiene que ver con las políticas en salud, educación, etc. Si volvemos a la definición de salud de la OMS, saquen a la definición la palabra “completo” y queda “salud es estado de bienestar” o sea el modelo de estado que se proponía para el desarrollo, especialmente de los países europeos). Esta es la definición política que la OMS da en este punto. Era una definición tendiente a señalar la función del estado y la sociedad en el cuidado colectivo de la salud. (Stolkiner, A. 2003)

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

*moldean tanto a las teorías como a las practicas que se despliegan  
para el abordaje de la misma”(Romano et allí, 1999:1)*

La categoría Salud Mental es difícil de definir, pues se trata de un término cuyo contenido, es en gran medida, valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas, procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento, utilizados para designar a una persona como sana o enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico. Por lo tanto desde esta perspectiva, un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social del cual emerge. (Amico. C 2005)

Para Sandra Arito (2001) la Salud Mental está presente en el deterioro o en construcción de las diversas prácticas sociales, establece como criterio que,

*“si la conducta del sujeto es adaptada, normal o patológica, está  
relacionado con el sistema de representaciones vigente en ese  
momento y lugar, segundo con la infraestructura de las relaciones  
sociales de producción que a su vez están legitimadas por ese  
particular sistema de representaciones que enmarca y orienta las  
expectativas sociales” (Arito, S apud Fernández. B 2009: 24).*

A partir de esa matriz estructural es que emergen concepciones como lo “sano” y lo “enfermo”. Por lo tanto podemos decir que lo que una cultura se denomina como “normal” surge de las representaciones que sus miembros tienen del orden constitutivo de las instituciones sociales, en tanto éstas organizan las acciones de los individuos.



Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

Esta autora sostiene que tanto la Salud Mental como las representaciones de ésta son construcciones sociales.

En relación al desarrollo socio-histórico de las representaciones de salud mental, J.L. Álvaro distingue cuatro fases,

*“La primera consideraría a la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina, la segunda interpretaría a la enfermedad mental como desviación social y la tercera la consideraría como enfermedad física y, finalmente la concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogénéticos”*  
(Álvaro. J.L apud Amico, C 2005:19)

Existe una confusión entre los términos de salud mental y enfermedad mental, por lo que es importante conceptualizarlas, ambas categorías no son condiciones que permitan definir una como la ausencia de la otra. Los criterios para clasificar a la enfermedad mental se apoyan en el DSM-IV (Manual estadístico de diagnóstico de trastornos mentales) en la salud mental se ven reflejados distintos grados de bienestar o deterioro psicológico. (Amico, C. 2005).

*Por lo tanto:*

*(...) las categorías de salud y enfermedad mental son tanto la expresión de problemas emocionales, cognitivos y de comportamiento como construcciones culturales y sociales, históricamente determinadas; es decir, tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo normal y lo*

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

*patológico varían según el contexto y de acuerdo a los enfoques teóricos y los criterios de diagnóstico utilizados, concepciones filosóficas, morales, psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes ". (Amico, C. 2005: 20).*

Las concepciones y prácticas fueron evolucionando a lo largo de la historia en relación a los conceptos de salud/ enfermedad mental, por lo que es importante comprender que cambia el modus operandi de acuerdo a la racionalidad del momento histórico y prevalecerá determinada concepción como prácticas e instituciones que le darán forma. (Amico, 2005)

## **1.2.- Proceso de medicalización y normalización de la Sociedad, el "cuerpo" como eje de poder.**

En este segundo punto se continuará con el desarrollo de los conceptos salud/enfermedad, normal/anormal vinculados al proceso de "medicalización de la sociedad" y de normalización de la misma en un todo homogéneo, donde el eje de poder en el disciplinamiento<sup>3</sup> y adiestramiento es el "cuerpo" de todo aquel que se encuentre por fuera de la "norma" en los centros que "institucionalizan la locura".

---

<sup>3</sup> (...) La disciplina es una técnica de poder que encierra una vigilancia perpetua y constante de los individuos. No basta con observarlos de vez en cuando o de ver si lo que hicieron se ajusta a las reglas. Es preciso vigilarlos durante todo el tiempo en el que se realice la actividad y someterlos a una pirámide constante de vigilantes. (Foucault, M 1996:114)

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

En relación al devenir histórico las concepciones actuales de la salud mental pueden hallarse junto al origen de la Modernidad<sup>4</sup>, a partir del surgimiento de la Psiquiatría, la objetividad científica, bajo la influencia de la corriente positivista, la cual el médico aparece como el más efectivo en la búsqueda de la verdad sobre el fenómeno de la locura<sup>5</sup>

Esto supone que el concepto de “locura” no alude a una esencia en sí, de carácter omnitemporal sino que por el contrario, es una construcción social y que la psiquiatría no habría descubierto en las celdas del Hospital General del siglo XVIII, cuya función era *“permitir descubrir la verdad en la enfermedad mental, alejar todo aquello que en el medio en el que vive el enfermo pueda enmascararla, confundirla, proporcionarle formas aberrantes, alimentarla y también potenciarla. Pero todavía más que un lugar de desvelamiento, el hospital, es un lugar de confrontación; la locura, voluntad desordenada, pasión pervertida, debe de encontrar en él una voluntad recta y pasiones ortodoxas”*. (Foucault, M. 1996:52)

En el siglo XVII se despliegan interpretaciones naturalistas de la salud mental, se desarrollan los Estados modernos, en los que surgen una serie de técnicas como son los Hospitales<sup>6</sup>, lugares de reclusión en la que se desarrollaron técnicas de adiestramiento

---

<sup>4</sup> El concepto de Modernidad surge en el XVIII por los filósofos de la ilustración; era un proyecto que se destacaba por sus esfuerzos por desarrollar la ciencia objetiva, la moralidad, la ley universal y el arte autónomo de acuerdo a su lógica interna. (Rosas Pagaza, M 1998).

<sup>5</sup> *“La locura se convierte en una de las formas mismas de la razón. Se integra a ella, constituyendo sea una de sus formas secretas, sea uno de los momentos de su manifestación, sea una forma paradójica en la cual puede tomar conciencia de sí misma. De todas maneras, la locura no conserva sentido y valor más que en el campo mismo de la razón”*. (Foucault, M. 1993:30)

<sup>6</sup> Retomando a Goffman, se refiere a “instituciones totales”, de este modo: *“Una institución total es un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada burocrática y formalmente”* (Goffman *apud* Amico, C. 2005:27) Para éste autor en su postura describe que las características centrales de las “instituciones totales” son: *“Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar, bajo la misma autoridad*

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

del cuerpo, del comportamiento, a fin de corregir el alma de aquellos que escapaban de la normatividad; en el siglos XVIII los trastornos mentales son considerados como un alejamiento voluntario de la razón por lo que correspondía ser corregidos mediante el internamiento y medidas disciplinarias severas, eran encerrados y apartados de la vida comunitaria, según Foucault, *"La finalidad de su aislamiento no era su tratamiento sino proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales"* (Foucault apud Amico.C 2005:18).

La formación de la sociedad disciplinaria data de finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. La reclusión del siglo XVIII, dirigida fundamentalmente a excluir a los marginales o reforzar la marginalidad, y el secuestro del siglo XIX cuya intención es la inclusión y la normalización. *"Si hiciéramos una historia de control social del cuerpo podríamos mostrar que incluso hasta el siglo XVIII el cuerpo de los individuos es fundamentalmente la superficie de inscripción de suplicios y penas; el cuerpo había sido hecho para ser atormentado y castigado. Ya en las instancias de control que surgen en el siglo XIX, el cuerpo adquiere una significación totalmente diferente y deja de ser aquello que debe ser atormentado para convertirse en algo que ha de ser formado, reformado, corregido."* (Foucault, M. 1992:60).

---

*y en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Por otro lado, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce a la siguiente, y se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales y explícitas (...)"* (Goffman apud Amico. C 2005:28).

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

Esto se encuentra vinculado en lo que fue el proceso de “medicalización<sup>7</sup> de la sociedad”, en relación a esto José Pedro Barran señala:

*“El saber lo convirtió en el único poder capaz de leer el cuerpo y el alma y también es el único capaz de legislar sobre la salud física y mental de los hombres (...) En psiquiatría, la crítica de los enfermos fueron interpretadas como negaciones a la curación, y resistir la curación se convirtió en el testimonio más importante de lo hondo que había calado la enfermedad” (Barran, J. P 1993:193).*

Como plantea Carballeda: *“en el origen y en la construcción de la modalidad como práctica, la psiquiatría se rige alrededor del orden, la autoridad y el castigo” (Carballeda, apud Amico, C 2005:21).*

Por lo que no solo la Psiquiatría es la precursora de la instauración del manicomio sino como expresa Galende,

*“No es sólo de los psiquiatras la responsabilidad del manicomio. Es la sociedad moderna quien los inventa, los necesita y demanda a la ciencia la solución de ese problema; los psiquiatras sólo se prestaron a legitimarlo y a rodearlo de una imagen de racionalidad científica. La medicina mental legitima al hospicio:*

---

<sup>7</sup> *“La medicalización, es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se viesen englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y más amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina”.* (Foucault, M. 1996: 86)

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

*bien o mal se intentaba hacer de él algo terapéutico” (Galende  
apud Amico, C. 2005:21).*

A principios del siglo XIX, *“el saber psiquiátrico como las formas y las dimensiones que se le conocen, en conexión con lo que podíamos llamar institucionalización de la psiquiatría; mas precisamente aun, con una serie de instituciones entre las cuales el asilo era la más importante”.* (Foucault, M. 2007:32). Ese saber psiquiátrico se gestó en un campo de observaciones ejercida práctica y fundamentalmente por el médico que detentaban el poder en un campo institucional cerrado, el asilo u hospital psiquiátrico. Los individuos en los que se ejerce el poder pueden ser el lugar donde se extrae ese saber que ellos mismos forman. (Foucault, M 1992).

Es en este contexto que surge *“(…) el médico productor de verdad desaparece en una estructura de conocimiento. (...) Ahora bien, esta exaltación se produce en una época en la que el poder médico encuentra sus garantías y sus justificaciones en los privilegios del conocimiento: el médico es competente, conoce a los enfermos y las enfermedades, detenta un saber científico que es del mismo tipo que el del químico o el del biólogo: tal es ahora el fundamento de sus intervenciones y de sus decisiones.”* (Foucault, M. 1996:53) Es la figura principal que aparece para legitimar el asilo, por lo que el encierro deja de ser entendido como castigo sino que se comienza a vincularlo con criterios morales-terapéuticos apoyado en valores burgueses, con una clara relación con lo normativo y aceptación de castigos para que el paciente logre aproximarse a la “curación”.

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

Con el diagnóstico psiquiátrico el loco es convertido en enfermo mental y sometido a tratamiento, muchas veces contra su voluntad, cuyo discurso es negado por incoherente, la psiquiatría tenía los elementos terapéuticos para curar a los "locos" por lo que con el transcurso del tiempo, con el tratamiento psiquiátrico el loco pierde parte de su condición humana y adquiere el de etiqueta de enfermo, que debían ser eliminados, porque el loco es "peligroso", lo cual debe ser detectado con urgencia, para así separarlo del medio, internarlo y curarlo. (Amico, C. 2005).

En relación a esto Foucault plantea:

*"(...) todas las técnicas o los procedimientos puestos en práctica en los manicomios del siglo XIX -aislamiento, interrogatorio público o privado, tratamientos-castigo tales como la ducha, los coloquios morales (para estimular o amonestar), la disciplina rigurosa, el trabajo obligatorio, las recompensas, las relaciones preferentes entre el médico y determinados enfermos, las relaciones de vasallaje, de posesión, de domesticación, y a veces de servidumbre que ligan al enfermo con el médico-, todo esto tenía como función convertir a la figura del médico en el "dueño de la locura": el médico es quien la hace mostrarse en su verdad (cuando se oculta, permanece emboscada o silenciosa) y quien la domina, la aplaca y la disuelve, tras haberla desencadenado sabiamente(...)" (Foucault, M. 1996:53)*

Como señala Galende,

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

*“La institución manicomial instituye una relación compleja en la que es visible la estructura asimétrica del poder del ‘especialista’ y sumisión del enfermo, quedando al mismo tiempo denegada, y por lo mismo, ‘invisible’, la dimensión del representante del poder, en su dimensión social, del especialista y la institución y la de representado que asume el paciente (...)” (Galende apud Amico. C 2005:23).*

Por lo que esa relación que se lleva a cabo en toda institución manicomial en términos de Foucault se expresa en que:

*“(...) la relación de dominación del médico sobre el enfermo no sólo no perderá nada de su rigor sino que éste intentará reducirla a enfermedad a su estricto mínimo, a los signos necesarios y suficientes para que pueda ser diagnosticada como enfermedad mental y a las técnicas indispensables para que estas manifestaciones desaparezcan. (...) “El poder del médico le permite producir desde ahora la realidad de una enfermedad mental cuya característica es reproducir fenómenos por completo accesibles al conocimiento. (Foucault, M. 1996:54-55)*

En palabras de Moffatt

*“el hospicio es como un pozo profundo en el que se entra rápido pero del que es difícil de salir, pues sus paredes son resbalosas*



Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

*como la incomprensión y el abandono, 'no hay de donde agarrarse' (Moffatt, A. 1988:18).*

El individuo incorregible *"es contemporáneo de la valorización del espacio cerrado como técnica de adiestramiento de los cuerpos"* (Foucault *apud* Murillo .S 1997:204). *"El individuo se constituye como objeto de saber y de la práctica médica (...) se establecerán patrones de conducta esperables para la media de la población y las consiguientes "desviaciones" de esa media serán cuidadosamente controladas (...)"* (Foucault, M *apud* Murillo, S. 1997: 207). Se constituye el concepto de "normal" que representa a la media de la población y "anormal" en el sentido de "desviado" por lo tanto deberá ser corregido.

Es dentro del marco de la sociedad capitalista que se visualizan modelos que se imponen para medir, clasificar y construir el todo homogéneo que sería el sujeto "normal". Foucault plantea una distinción entre lo "normal" y lo "anormal", donde lo diferente -o el otro- es percibido negativamente, mientras que lo normal –o el nosotros- se entiende como lo aceptado socialmente.

Estos conceptos surgen durante el siglo XIX, cuya estrategia principal fue la de "normalización" de toda la sociedad<sup>8</sup>, en las que existe, en palabras de Foucault (1998) "tecnologías reguladoras de la vida" y "tecnologías disciplinarias del cuerpo", son tecnologías de poder que se instalan en el siglo XVIII, la primera produce efecto sobre las poblaciones, certificar la seguridad contra peligros internos y la segunda produce efectos individualizantes sobre el cuerpo tornándolo dócil y funcional.

---

<sup>8</sup> *"La sociedad se construye en torno a normas arbitrarias y transcendentales a los objetos anormales (...)la normalización social existe solamente porque la sociedad se define mediante un conjunto de exigencias colectivas articuladas en torno a una estructura directriz que define su bien singular"*( Le Blanc *apud* Vallejos; 2009, 159)

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

Retomando a Foucault, este toma los conceptos de “normal” y “anormal” como técnicas específicas de control social que se fueron construyendo junto al origen de la modernidad. Como expresa el mismo,

*“son conceptos que no solo aparecen constituidos socialmente a través de la historia, sino que han sido constituyentes de lo social, en tanto tienden a establecer líneas divisorias al interior de las relaciones sociales.” (Foucault, M. apud Murillo, S. 1996: 201)*

En relación a esto Foucault sostiene, en el proceso histórico de surgimiento de la modernidad el cuerpo deja de ser un cuerpo para el castigo físico y pasa a ser un cuerpo que se convierte en blanco de poder<sup>9</sup>, debido a que el individuo está constantemente evaluado y corregido por otros que ejercen el poder. La construcción del sujeto, en el pensamiento foucaultiano, está atravesada por la disposición del sujeto respecto al poder.

En toda sociedad los cuerpos son moldeados a los parámetros establecidos de “normalidad” y la representación social de los sujetos se da a través de los cuerpos, somos lo que los otros ven y en ese sentido el cuerpo es el recurso en la política de identidad.

Desde los estados modernos los cuerpos son tomados por una disciplina social que los adapta a parámetros preestablecidos haciéndolos responsables y funcionales, los cuerpos que se oponen al orden se crea una nueva forma de control, la medida de

---

<sup>9</sup> “(...) El poder no es una institución, y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el hombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada” (Foucault, 1987:113).

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

encierro vinculada a la moral, a partir de esa idea es más fácil actuar sobre el hombre aislado, en un espacio cerrado en el que todas sus reacciones pueden ser controladas, emergen estrategias moralizadoras y las disciplinas se convierten en una forma hegemónica de control de los individuos. (Foucault, M *apud* Murilo, S. 1996)

En relación a esto Foucault (1996) expone que la disciplina alude a la colocación de los cuerpos en un espacio que tiene que ser individualizado, hablaríamos de una "individualización por el espacio". En este sentido, en los siglos XVII y XVIII, se constata la aparición de las técnicas de poder centradas especialmente en el cuerpo individual, lo que el autor denominó *anatomopolítica*. "*Es el poder de la individualización cuyo instrumento fundamental estriba en el examen. El examen es la vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo*". (Foucault, M, 1996:115)

Más allá de las técnicas individuales el cuerpo se encuentra involucrado como principal autor de las relaciones de poder y no puede ser considerado independientemente de ellas. Al respecto Foucault sostiene que:

*"(...) las relaciones de poder pueden penetrar materialmente en el espesor mismo de los cuerpos sin tener incluso que ser sustituidas por las representaciones de los sujetos (...)"* (Foucault *apud* Vallejos; 2009: 155).

El cuerpo es el punto axial sobre el cual se ejerce poder, el poder actúa sobre el cuerpo, tornándolo dócil, vinculado a esto los procedimientos de admisión a las instituciones Psiquiátricas según lo expone Goffman (1961) son llamados de

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

“programación” y “preparación” ya que permiten que lo moldeen y lo clasifiquen como un objeto que puede introducirse en la maquinaria administrativa del establecimiento, para transformarlo mediante operaciones de rutina. Hay una “desfiguración personal” es decir de un despoje de su acostumbrada apariencia, es característico mantenerlos en la ignorancia, tienen el día programado pero también sus necesidades esenciales.

En relación a lo que se viene planteando, el cuerpo es utilizado como vehículo para expresar mensajes, en el hospicio el interno tiene en su propio cuerpo el instrumento que no le puede ser quitado, debe utilizarlo para expresarse con el mundo a su alrededor, el tipo de vínculos que se establece con los demás, con el lugar y con su destino. (Moffatt, A. 1988)

De esta forma el cuerpo se encuentra siempre dentro de un campo político que determina cierta forma de actuar sobre él, moldeándolo, transformándolo o decir se encuentra inserto en un diagrama de poder que actúa de manera inesperada a todo el cuerpo social.

Retomando a Foucault este expresa:

*“(...) Los cuerpos resultan así contruidos a través de representaciones de que es lo verdadero, lo bueno, lo normal en fin, representaciones en torno de lo que hay que ser y de lo que hay que tener, para ser reconocido en la propia identidad, para ocupar un lugar, para que la mirada del otro (también constituida en dispositivos) nos reconozca, nos identifique y por ende nos dé el ser. Representaciones que solo son interiorizadas porque desde*

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

*el momento del nacimiento, los cuerpos son sometidos a duros regímenes disciplinarios, que los ubican en el espacio, que les construyen gestos, hábitos y estos a su vez generan actitudes, modos de pensar. Queremos decir, no son las representaciones mentales las que generan prácticas sociales, sino a la inversa (...)" (Foucault, M apud Murillo, S 1996: 89).*

Según Scribano (2007) el cuerpo se divide en tres partes: el cuerpo individuo, el cuerpo subjetivo y el cuerpo social.

*"Un cuerpo individuo que hace referencia a la lógica filogenética, a la articulación entre lo orgánico y el medio ambiente; un cuerpo subjetivo que se configura por la autorreflexión, en el sentido del "yo" como centro de gravedad por el que se tejen y pasan múltiples subjetividades y, finalmente, un cuerpo social que es (en principio) lo social hecho cuerpo" (Scribano; 2007:121).*

En relación a lo planteado hasta el momento podemos decir que los cuerpos se construyen desde la mirada del otro, desde parámetros preestablecidos, entendiendo que el que no se adecúa a las normas del "deber ser" esperado en una sociedad normalizadora sufre la estigmatización de no ser "normal" y por ende no es aceptado socialmente; en el siguiente capítulo se profundizará en como esa mirada juzgadora del otro estigmatiza y excluye.

### **1.3.- La estigmatización de las personas con trastornos psiquiátricos**

Continuando en este punto con la estigmatización social podemos decir que muchas veces, en relación a las personas con patologías psiquiátricas eso puede provocar un “dolor social” al no ser como la norma establece o al no cumplir con lo que la sociedad espera de ese “deber ser”.

Con respecto a esto Scribano sostiene que:

*“El dolor social es entendido como el sufrimiento que se percibe; como el resquebrajamiento o quiebre de la articulación entre cuerpo subjetivo, cuerpo social y cuerpo individuo frente a esta lógica de la constitución de la subjetividad” (Scribano; 2007: 122)*

Las personas con trastornos mentales al no “*estar dentro*” es decir estar “incluidos” dentro de los parámetros de lo que se considera como “normal” en una sociedad, se sienten “excluidos”, esto implicaría el “*quedar fuera*” el no poder trabajar, ni estudiar, y en muchas ocasiones no salen a realizar ningún tipo de actividad por lo que se excluyen de todo ámbito social.

Como expresa Rebellato (1998) el terror a la exclusión, que se expresa en la disociación de vivir bajo la sensación de lo peor, al no conseguir empleo, al que lo consigue miedo a perderlo, miedo al estigma, en relación a esto ultimo Rosana Guber expresa:

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

*"(...) 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, R 2007: 121).*

Con esto se dice, que en cierta forma el estigma es aquella condición que caracteriza al individuo en una primera impresión, pero que a la vez es la imagen que el individuo adquiere de sí mismo en contradicción con los demás, a partir de las pautas impuestas hegemónicas de la sociedad. En palabras de Goffman:

*"(...) Carente de la saludable realimentación (feed-back) del intercambio social cotidiano con los demás, la persona que se aísla puede volverse desconfiada, depresiva, hostil, ansiosa y aturdida" (Goffman; 2006: 24).*

Vinculado a lo expuesto Francisco Rodríguez expone que:

*"los procesos de estigmatización y etiquetamiento negativo de la enfermedad mental que remiten al enfermo a la categoría social de "loco" incluyen una fuerte carga simbólica de exclusión social que es vivida como una situación terrorífica". (Rodríguez, F. 2004:15)*

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

Según propone Xiberras sobre lo que ella denomina dimensión simbólica de la exclusión, esta autora considera que:

*“la exclusión implica rechazo o no aceptación de las desigualdades, ideas, valores o modos de vida. Los excluidos no son solo privados materialmente, sino que carecen de las riquezas espirituales en tanto sus valores no son reconocidos en el universo simbólico. Se les rechaza y excluye por no ser admisibles en los modos de vida “normales” en el modelo normativo dominante de la sociedad” (Xiberras. M apud Miguez. N 2009: 36).*

Siguiendo con lo que plantea Xiberras:

*“la exclusión simbólica se entiende a las formas de exclusión que no se ven, pero que se sienten, otras que se ven pero que ninguna habla, y formas de exclusión completamente invisibles, dado que no soñamos con su existencia ni existe ningún vocablo para designarla. Nos aproximamos así a los procesos de exclusión simbólica” (Xiberras. M apud Miguez. N 2009:37).*

Vinculado a lo que se ha planteado podemos señalar que la ideología del dominado es decir sus ideas, formas diferentes de querer vivir su propia vida, sus valores quedan excluidos por la ideología de la clase dominante que abarca tanto el mundo normativo como simbólico en la sociedad capitalista que vivimos, en palabras de Marx y Engels:



Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

*“(…) las ideas de la clase dominante son las ideas dominantes en cada época; o, dicho en otros términos, la clase que ejerce el poder material dominante en la sociedad es, al mismo tiempo, su poder espiritual dominante. La clase que tiene a su disposición los medios para la producción material dispone con ello, al mismo tiempo, de los medios para la producción espiritual, lo que hace que se le sometán, al propio tiempo, por término medio, las ideas de quienes carecen de los medios necesarios para producir espiritualmente.” (Marx; Engels, 1974: 50)*

Con lo desarrollado hasta el momento se hace visible que el par dialéctico normal/anormal en la sociedad capitalista en la que estamos insertos lleva a considerar que todo el que no se encuentra dentro de los parámetros preestablecidos por la hegemonía dominante queda excluido y por ende se lo estigmatiza socialmente, muchas de las personas con trastornos mentales, viven las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y habitualmente negativa, por lo que:

*“muchas de ellas suelen manifestar actitudes similares a las de la población general asumiendo los estereotipos de la peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad con efectos añadidos a los de la propia enfermedad. En general, se describe así como la auto-estigmatización conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda (conductas similares a las de otras personas tanto*

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

*«desacreditadas» como potencialmente «desacreditables» utilizando la terminología de Goffman). Y ello, además de constituirse en un factor de estrés, que según los modelos de vulnerabilidad, aumenta el riesgo de recaídas e incluso de suicidio” (Marcelino López et al 2008:61)*

El tener una patología psiquiátrica pone en evidencia si su conducta, es adaptada, normal o patológica vinculado estrechamente al sistema de representaciones sociales que enmarca y orienta “el ser y el deber ser”.

Esto se vincula indirectamente con el debate anteriormente resumido sobre los procesos de medicalización– normalización de la sociedad; tiene que ver con el reconocimiento público de tener una enfermedad mental y sus efectos contradictorios: la conciencia de enfermedad favorece la adherencia al tratamiento pero puede implicar un estigma más reforzado asociado al inicio de un proceso específico de pérdida de oportunidades y marginación.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1. – Salud Mental en el Uruguay, PNSM y Proyecto de Ley,** **Derechos y Garantías.**

En nuestro país el Plan Nacional de Salud Mental, aprobado en el año 1986 a partir de la apertura democrática fue promovido por un amplio movimiento desde múltiples sectores de la población organizada (grupos de familiares de personas con trastornos mentales, Universidad de la República (UDELAR), sociedades científicas y gremiales). De éste surgen la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) y el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM). El organismo rector el Ministerio de Salud Pública (MSP) del cuál provienen los lineamientos programáticos, trabaja conjuntamente con la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata creada en 1948, para dar un cuerpo de normas para el bien de los enfermos mentales. A partir de 1996 la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE - MSP) desplegó un plan de desarrollo nacional a través de los Centros de Salud y Equipos de Salud Mental (ESM).

En el año 2005 se crea la Coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP responsable de operativizar el Plan. Se plantean desarrollos coordinados y acciones en conjunto con el resto del sistema, considerándose que el PNSM transversaliza a todos los programas. La salud mental es uno de los componentes de la salud integral de las personas, dentro del cambio de modelo resultan imprescindibles las acciones en Salud Mental.

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

La atención de personas con trastornos mentales, pone énfasis en la rehabilitación, superando el modelo tradicional discriminatorio, cautelar y asilológico, procurando un nuevo modelo, evitando el hospitalismo<sup>10</sup>, integrándolo a su medio. Un cambio en el modelo de atención como el que plantea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) implica comprender que la enfermedad no es solo un fenómeno individual y está directamente vinculada al entorno familiar y social.

Este Programa Nacional se establece en la necesidad de implementar un nuevo enfoque de la Salud Mental de la población y un cambio cualitativo en la atención de las personas con patologías psiquiátricas, se plantea como objetivo general la atención de los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención y rehabilitación, vinculado a esto último,

*“los programas de rehabilitación tienen como objetivo dotar a los pacientes de las habilidades y las competencias psicosociales para interactuar de forma autónoma en sociedad.”* (Saavedra. F 2010:122) y recuperación la cual plantea que para *“acercarse a la salud mental desde la perspectiva de la recuperación supone*

---

<sup>10</sup> “Hospitalismo” según Spitz 1945 o “institucionalismo psiquiátrico” y hace referencia a *“aquellas conductas que manifiestan los individuos a partir de la permanencia continuada en las instituciones, caracterizado por la apatía, falta de iniciativa, pérdida de interés, sumisión, falta de expresión de sentimientos, incapacidad para planificar, deterioro de los hábitos personales, pérdida de la individualidad, y aceptación resignada de la realidad”* (Spitz, apud Amico, C 2004).

Como expresa Foucault en su texto clásico sobre la locura: *“el enfermo se ve afectado por el espectáculo deprimente de un hospital al que todos consideran como el templo de la muerte”*. *“La melancolía del espectáculo que lo rodea, las contaminaciones diversas, el alejamiento de todo, agrava el sufrimiento del paciente y terminan por suscitar enfermedades que no se encontrarían espontáneamente en la naturaleza, porque parecen creaciones propias del hospital. La situación del hombre hospitalizado comporta enfermedades particulares, una especie de “hospitalismo” anterior a su definición. En efecto, ninguna enfermedad del hospital es pura, el hospital es creador de enfermedad”*. (Foucault, M. 1993 apud Amico, C 2004)

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

*privilegiar el concepto de healing (sanar) frente al de cure  
(curar) ” (Jacobson, Greenley, apud Saavedra.F 2010: 124).*

La “recuperación” no requiere de la vuelta al estado de salud y funcionamiento anterior a la enfermedad. El proceso de recuperación implica la construcción de la identidad, integrando la enfermedad de forma tal que amerite que otros componentes de aquélla no sólo se desarrollen, si es posible, la misma experiencia de la enfermedad adquiera algún sentido y pueda conectarse con otros componentes identitarios. La percepción del propio control, es otro componente esencial de la recuperación. (Saavedra, F. 2010)

Un modelo asistencial centrado en la comunidad e integrado en el sistema sanitario general, que rompa radicalmente con la marginación del enfermo mental, en mayor o menor grado que en el actual modelo centrado en “Hospitales Psiquiátricos” el cual cubren la atención únicamente en base a la utilización de psicofármacos.

Las acciones en Salud Mental estarían dirigidas a programas de rehabilitación, intervención a nivel familiar, grupal, individual, visitas domiciliarias; seguimiento de pacientes y programas, apoyo a la reinserción familiar y social.

Se buscará desalentar la hospitalización psiquiátrica innecesaria o la prolongación de la misma. Asimismo, se desarrollarán aquellas formas de atención que mantengan al paciente en su lugar de residencia y en contacto con sus vínculos más significativos.

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

En el proceso de rehabilitación mental el PNSM plantea que es imprescindible trabajar con el enfermo, su familia y la comunidad, este proceso está dividido en distintas etapas: el ingreso<sup>11</sup>, la etapa intermedia<sup>12</sup>, el egreso<sup>13</sup> y su seguimiento<sup>14</sup>.

Para que el proceso de rehabilitación tenga impacto en la salud colectiva de la población, es necesario que cuando el paciente egrese del Centro se efectúe el seguimiento en la resocialización ayudándolo a la integración barrial o laboral a la cual pertenece.

Mejorar las vidas de la personas con trastornos mentales obliga al diseño de políticas, planes y programas que permitan, a su vez, mejorar los servicios. Para implementar dichas políticas y planes, se necesitan leyes que sitúen a las políticas y planes en el contexto de estándares de derechos humanos y buenas prácticas aceptadas internacionalmente. *“La legislación que protege a los ciudadanos vulnerables (incluyendo a las personas con trastornos mentales) es el reflejo de una sociedad que respeta y se preocupa por su gente.”* (OMS, 2006:1)

El propósito fundamental de la legislación en salud mental es el de proteger, promover y mejorar la salud mental de la población; promover el acceso a la atención en salud mental, asegurar los cuidados y tratamientos adecuados y oportunos, y

---

<sup>11</sup> En esta etapa se apoya, orienta y aclara las expectativas del paciente y su familia, posibilita discernir y ajustarse desde el comienzo a su realidad; una vez que el paciente y su familia entienden por qué y para qué concurren a la institución, surge el deseo de encontrar como solucionar sus dificultades. (PNSM, 1986)

<sup>12</sup> Etapa de pleno proceso de modificaciones; las interacciones paciente-tarea, paciente-técnico, paciente-grupo, en las situaciones a resolver posibilitan un cúmulo de experiencias. En el trabajo con las familias estas modificaciones éstas inciden y alteran la comunicación familiar que se encontraba distorsionada. Se brindará a la familia un espacio donde plantear sus dificultades y esclarecer situaciones vinculadas a los cambios logrados por el paciente. (PNSM, 1986)

<sup>13</sup> Llega al egreso luego de haber superado en la medida de sus posibilidades las dificultades que lo inhibían de un ejercicio más autónomo de sí mismo y sus capacidades. Momento en el que se lleva a la práctica lo que hasta ahora era una mera expectativa y visualizarla e través de un proyecto concreto (estudiar, trabajar, etc), esto incrementa y reactualiza en él ansiedades y temores, ligados a la separación del centro y su reinserción a la sociedad. (PNSM, 1986)

<sup>14</sup> Es la afirmación y mantenimiento de los logros alcanzados en el proceso de rehabilitación. (PNSM, 1986)

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

promover y proteger los derechos de las personas con trastornos mentales. *“Las personas con trastornos mentales son, o pueden ser, particularmente vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos”* (OMS, 2006:1).

Las violaciones de derechos humanos y la denegación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a las personas que sufren de trastornos mentales son comunes, tanto en ámbitos institucionales como en la comunidad.

El objeto del actual documento del MSP sobre los aportes para los contenidos de la nueva Ley de Salud Mental (2015) es:

*“garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a todos los habitantes de la República Oriental del Uruguay mediante la promoción de la salud y la prevención de los trastornos mentales; garantizar la atención integral en salud mental en el ámbito del Sistema Nacional Integrado de Salud y según sus principios, desde un modelo comunitario, organizado en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones; promover la articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, las familias y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario; promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con trastornos mentales,*

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

*el acceso a la vivienda, salud, educación, capacitación laboral, seguridad social, y todo lo necesario para su más amplia promoción y desarrollo individual y social” (MSP, Aportes para la Ley en Salud Mental, 2015: 3-4)*

Es necesaria la adopción de medidas de acción positiva para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales. El Estado reconocería a las personas con trastornos mentales los siguientes derechos:

*“A ser tratadas con el respeto debido a la dignidad de cualquier ser humano, especialmente en su libertad de decisión respecto a su vida y su salud, debiéndose tomar en consideración sus vínculos familiares y sociales, durante el proceso de atención. A tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento, a través del acceso de la persona y de sus familiares a información completa y clara inherente a su salud y a los procedimientos terapéuticos, incluyendo las alternativas para su atención, así como a cambiar en cualquier momento de profesional y/o de equipo tratante. A recibir la mejor terapéutica disponible, basada en fundamentos científicos ajustada a principios éticos y sociales, a través de tratamiento personalizado y atención integral en ambiente apto, con el debido resguardo de su intimidad. A la aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente, menos invasiva y que menos limite sus libertades. Derecho a ser percibida/o y atendida/o desde su singularidad.- Se enfatizará la*



*recuperación y mantenimiento de la identidad y pertenencia de la persona usuaria, su genealogía y su historia. A tales efectos se proporcionarán herramientas para la búsqueda y desarrollo de todas las potencialidades que le permitan mayor autonomía, independencia y autogestión personal en la vida cotidiana, respetando la heterogeneidad, la singularidad y los antecedentes culturales. A la adopción de medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía. A acceder a una efectiva rehabilitación, reinserción familiar, laboral y comunitaria. La promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico, por ende, el Estado uruguayo garantizará la implementación de los medios adecuados para el acceso al mismo. A ser percibido y atendido desde su singularidad. Se enfatizará la recuperación y mantenimiento de la identidad y pertenencia de la persona usuaria, su genealogía y su historia. A no ser estigmatizado. A ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante” (MSP, Aportes para la Ley en Salud Mental, 2015:5-6)*

El presente documento del MSP en relación a los aportes para el contenido de la Ley de Salud Mental en el Uruguay (2015), garantiza la implementación de un Sistema de Salud Mental incluido al SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud), poniendo especial énfasis en promoción y en prevención, desde el inicio de la vida y en todos los

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

ciclos del desarrollo humano, la atención en Salud Mental en el SNIS, estará orientada por los principios rectores, con eje en las personas con problemas de salud mental y sus familias.

La prevención de los trastornos mentales “tiene como objeto reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, y el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad”. (Mrazek & Haggerty, 1994, *apud* OMS 2004:17).

En relación a lo expuesto hasta el momento, y como se dijo anteriormente la enfermedad no es solamente un fenómeno individual sino que también está vinculada al entorno familiar y social.

El trabajo con las familias y desde ellas como a continuación se desarrollará, es fundamental en los procesos de rehabilitación ya que al brindarles el conocimiento y la información necesaria para comprender a la persona con patología en el ámbito cotidiano ayuda notablemente a proporcionar un ambiente más estable con menos situaciones de estrés.

## **2.2 La familia: el impacto de la enfermedad, su importancia en el proceso de rehabilitación y la intervención desde el Trabajo Social.**

En este segundo subcapítulo se profundizará en como impacta la enfermedad en el seno de la familia, el trabajo con ellos y desde ellos en los procesos de

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

rehabilitación psicosocial, ya que es uno de los pilares que se toman en cuenta desde la perspectiva de derechos. Esta es considerada el más importante de todos los grupos sociales, en la que existe una cierta variación en la estructura y funciones de los distintos tipos de familias, ésta

*“constituye la pauta básica o matriz para el desarrollo de la experiencia de “el estar con los otros”, y de “la capacidad para ser con el otro”.* (Becerra, M. R; Kennel, L. B 2008:39)

El cambio y las transformaciones<sup>15</sup> en la familia son contemplados como una readaptación continua de las nuevas circunstancias y situaciones sociales que la rodean. Según plantea Reyes, R. (2007) *“En la actualidad se entiende por familia, toda convivencia bajo el mismo techo con ánimo de permanencia y ámbito de privacidad, sin considerar sexo, edades o existencia de parentesco legal, con lo cual el concepto de familia no solo se separa del matrimonio (...) sino que se desconecta de algo que ha sido la base del fundamento de la institución familiar en todas las culturas hasta la fecha conocida: la heterosexualidad”.* (Reyes, R 2007, apud Reja, Cuenca, L. 2011:13)

En el seno familiar siguen existiendo funciones de afecto, de seguridad, educadora, asistencial, de manifestación de sentimientos de amor, socializadora, transmisora de normas y valores, protectora de todos sus miembros y cuidadora. En relación a eso la distribución de roles para el desempeño de las funciones mencionadas que cumple la familia sigue marcada por la condición de género donde las mujeres

---

<sup>15</sup> Entre los cambios y transformaciones se pueden destacar, la incorporación de la mujer al mercado laboral, reducción en el número de hijos, retraso en la maternidad, divorcio que da lugar a familias monoparentales o familias reconstituidas, matrimonio homosexual, entre otras. (Cuenca, L 2011)

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

continúan ocupando el rol de cuidado de las personas dependientes, en este caso la del miembro con una enfermedad mental. (Reja, Cuenca, L. 2011)

Frente al impacto de la enfermedad mental en el seno de la familia existe una tendencia en las mismas al aislamiento social apartándose de amigos y de otros familiares, en relación a los preconceptos existentes en la sociedad contra los enfermos mentales y el poco conocimiento sobre la enfermedad mental, donde se observa con más nitidez en aquel familiar que es directamente responsable del cuidado del enfermo mental. (Melman *apud* Amico, C 2005).

Según el planteamiento de Miguel Fernández,

*“La enfermedad puede considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro, el nacimiento del primer hijo, etc; el desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella”.* (Fernández, M. 2004:251)

Por lo que es importante considerar el grado de autonomía del enfermo frente a la familia, la conducta de los integrantes del núcleo familiar, entre ellos y también con el paciente o la persona que tiene la patología. (Becerra, M. R; Kennel, L. B 2008)

Retomando a Fernández, M. (2004) este plantea respuestas de las familias frente al diagnóstico de la enfermedad mental; primero surge

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

“La negación”, síntoma que aparece desde el inicio de la enfermedad a partir del diagnóstico.

“La ira”, se ve representada en diferentes formas, tanto por parte del paciente hacia la familia como a la inversa. La familia en esta etapa culpa al enfermo por lo que hizo o dejó de hacer, tornándose hostil. En la familia, el cuidador y especialmente en el paciente, los miedos siempre están presentes. La continua tensión emocional por este motivo no permite que la familia funcione de manera natural; la angustia de no proveer los cuidados pertinentes, genera mucho estrés especialmente para el cuidador.

“Aislamiento y abandono”, durante el proceso de enfermedad, la familia busca aislarse para poder manejarla de la mejor manera posible, por lo que limita sus relaciones sociales al cuidado del enfermo. Por otra parte, la reorganización disfuncional de la familia para atender al paciente genera que el cuidado y atención que generalmente se daba al resto de los miembros (hijos, pareja) se vea afectado.

“Conflicto de roles y límites”, cuando la familia no negocia adecuadamente los nuevos roles que deberán asumirse durante esta nueva etapa en la vida familiar, existen dificultades de rigidez, o simplemente no existen límites bien establecidos, podrá hacerse visible a través de las luchas internas por el poder, la falta de respeto, culpa, chantaje, pérdida de la jerarquía, alianzas entre los miembros, coaliciones, etcétera.

“Conflictos de pareja”, en algunas familias ocurre que el paciente, la enfermedad y el tratamiento son utilizados por los padres para agredirse mutuamente y que el resultado sea la dificultad e ineficiencia para tomar decisiones y llevar a cabo las acciones necesarias para el tratamiento.

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

Siguiendo con lo expuesto por Fernández, M. (2004) Existen otros factores que intervienen en el impacto familiar de la enfermedad, como son:

Etapa del ciclo vital. Debe investigarse el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, no es lo mismo que aparezca la enfermedad en una familia que no ha enfrentado crisis familiares y que no ha puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos.

Flexibilidad o rigidez de roles familiares. La enfermedad crónica, supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. En el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. El paciente enfermo juega un papel central que le posibilita para que haga alianzas o coaliciones en contra de uno o varios miembros de la familia, lo que genera mayor estrés y un aumento en el grado de disfunción familiar, que además se sustenta en el manejo de culpas, resentimientos y temores. De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar. Lo que procede es flexibilizar las interacciones, de tal suerte que cada uno de sus miembros pueda responder a su nuevo rol sin afectar de manera importante los límites establecidos hasta el momento de la aparición de la enfermedad.

Cultura familiar, resulta difícil hablar del impacto de la enfermedad en las familias sin considerar un aspecto tan fundamental como es la cultura familiar. Este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

en la evolución y desenlace de una enfermedad. Debemos buscar cuál es la interpretación que la familia hace de este proceso, ya que eso permite no sólo gozar de la confianza del grupo, sino además considerar sus costumbres y creencias para abordar la enfermedad de la manera más adecuada.

Nivel socioeconómico. No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. La familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, consultas, transporte, etc.

Al centrar la mirada en la familia será imprescindible no sólo eliminar toda visión o interpretación de culpabilización de ésta por los problemas evidenciados por uno o más de sus miembros, sino que mirar a la familia no como parte del problema sino como parte de la solución. (Alday, M. A et allí 2001)

En relación a estos factores influyentes con el impacto de la enfermedad mental en el seno familiar es fundamental la intervención profesional y en este sentido podemos plantear que:

*“La intervención del trabajador social se orientará a que las personas involucradas tomen conciencia de la necesidad de producir modificaciones que los saque de las situación en la que se encuentran, para lograr un cambio posible que mejore la calidad de vida (...)” (Alday, M. A et allí 2001:105)*

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

A partir de lo expuesto podemos decir que el trabajo social con familias es un proceso de acompañamiento promocional y educativo, el cual prosigue como desarrollo en las personas aun después de alejadas del contacto con el trabajador social.

*“Es promocional ya que promueve y pone en movimiento diferentes capacidades y potencias personales, así como aspectos valiosos del ser humano, (...) es también educativo ya que permite a las personas a incorporar conocimientos y experiencias que los conducen a modificar sus actitudes y conductas (...)”.* (Calvo, L 2009:20).

La socio-terapia en el trabajo social con familias es una forma de abordaje profesional, preventiva, educativa y asistencial que tiende a la rehabilitación y a la inserción social de las personas y en la que trabaja con la concepción de “trabajo en red”, por lo que el “*socio- terapeuta es*

*“quien cuida de lo social” es el personal que acompaña a las personas en su desarrollo humano en la búsqueda de su bienestar y opera en contextos sociales (...)”* (Calvo, L 2009:20)

Es elemental, que la intervención del Trabajador Social junto a la familia, contribuya a transformar esa realidad y propicie en aquella la posibilidad de superar las dificultades vividas en la convivencia con la persona que padece un trastorno mental, organizando con ellos el tiempo de cuidado, a través de servicios diarios de atención psicosocial; el trabajo integrado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se articulan en estos cuadros con personas con trastornos mentales, nos provee como



Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

trabajadores sociales una gran herramienta terapéutica: la de trabajar con grupos familiares y la red social. Así se logra integrar al paciente, con su familia y su soporte social. (Amico, C 2005).

En el proceso de rehabilitación mental la participación<sup>16</sup> de la familia es imprescindible, como también el trabajo con el enfermo y la comunidad.

En este sentido

*“comprensión y aceptación de la familia para con el enfermo mental recuperado, como persona capaz de incorporarse a la sociedad lo cual constituye la base fundamental para que la comunidad también lo acepte (...)”.* (Becerra, M. R; Kennel, L. B 2008:103)

Se trabaja con la familia analizando y comprendiendo la problemática socio-familiar que pudiera estar contribuyendo a la patología, también generando instancias donde se orientará a los diferentes miembros para que logren alcanzar una convivencia más amena y armónica con mayor equilibrio, se considera pertinente que la familia haya acompañado al enfermo en su evolución para poder lograr una acomodación a nivel familiar. (Becerra, M. R; Kennel, L. B 2008)

En este sentido el trabajo interdisciplinar es fundamental por lo que,

---

<sup>16</sup> Desde la perspectiva de Coraggio, J. L. (1989). la participación, básicamente y tomando el término en su uso normal, está hablando de “tomar algo”. Participar es “(...) tomar parte de algo o en algo. ¿En qué? En procesos, en acciones, en decisiones colectivas” (Coraggio, J. L. 1989:1). Por ejemplo: tomar parte en la información, en la conversación, en el intercambio de opiniones, en decisiones y en la defensa misma.

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

*“(...) hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada. No es una suma de saberes, ni un conglomerado de actuaciones de un grupo. Esta forma de trabajo supone una apertura recíproca, una comunicación entre los distintos campos, donde no caben los totalitarismos ni las imposiciones, pero tampoco los reduccionismos que limiten la propia complejidad de cualquier campo científico (...)” (López, García, R 2004:278)*

Es un trabajo complejo, pero en Salud Mental es básico; en el proceso de rehabilitación de personas con patologías psiquiátricas se considera necesario y pertinente un equipo multidisciplinario<sup>17</sup> conformados por distintas disciplinas, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, médicos, *“donde desarrollen su trabajo en forma integrada, es decir, que cada área científica sea un complemento, y dé origen a estrategias<sup>18</sup> conjuntas de intervención (...)” (Calvo, L 2009:21).*

---

<sup>17</sup> *“La multidisciplinariedad en salud mental hace referencia a una problemática que afecta a diferentes disciplinas, como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la política sanitaria, etc., y como tal ha de ser abordada. Necesita por tanto que los distintos profesionales reflejen los diversos aspectos que operan en la realidad que se aborda(...)” (López,García, R 2004:278)*

<sup>18</sup> *“A busca de estratégias superpostas visa a abrir as possibilidades de uma articulação de nível de ação. (...) Esta combinação de estratégias implica, evidentemente um plano estratégico institucional complexo para reforçar as alianças com o cliente, estabelecer os níveis e ritmos das intervenções, os recursos e as oportunidades de usá-los, o envolvimento de diferentes setores institucionais, da sociedade, da família. Uma intervenção estratégica consiste fundamentalmente na tomada de iniciativas de acordo com a dinâmica das forcas e atores em presença ou em confronto” (De Paula Faleiros, V. 1999:78-79)*

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

El trabajo en conjunto es fundamental para poder construir entre todos tanto técnicos como el entorno socio-familiar una mirada integradora de la persona con patología, trabajar desde sus potencialidades, capacidades y recursos existentes para que de esa manera, se puedan pensar nuevas alternativas y diseñar estrategias de intervención, promoviendo acciones desde una perspectiva crítica y reflexiva de su cotidianidad naturalizada y legitimada por los mismos.

## REFLEXIONES FINALES

En la elaboración del presente documento de monografía final como se anticipó en la introducción se realizó una investigación de tipo bibliográfica sobre la temática en cuestión, el control del “cuerpo” como eje de poder en los distintos modelos de atención que han ido modificándose y avanzando en el tratamiento de personas con patologías psiquiátricas.

Con respecto al control del “cuerpo” como eje de poder, se expone en el capítulo I, todo el proceso de medicalización y “normalización” que fue experimentando la sociedad en el cual el “loco” no escapa y es tratado, moldeado y controlado en el aún vigente modelo asilar-manicomial ya que la persona no logra ser funcional al “deber ser” en una sociedad capitalista donde la hegemonía dominante que va variando según el momento histórico, pauta las normas a ser cumplidas y el que no se adecúa a las mismas queda “fuera” por lo que la exclusión está significativamente presente en relación a las personas con patologías psiquiátricas.

Es en ese contexto que la sociedad les va negando poder reinsertarse y participar como sujetos plenos de derecho. Se puede percibir con lo expuesto que todo ese proceso doloroso por el cual transitan, de no sentirse parte, por no poder cumplir con los parámetros preestablecidos de lo que es ser “normal” la persona con trastorno psíquico sufre la estigmatización de la mirada del “otro” o de un “nosotros”.

*Dueños de mí? o Dueño de mí?*  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación*  
*Psicosocial*

---

Construcciones sociales según el momento histórico, terminologías que se transforman en constituyentes de lo social como son salud/enfermedad; normal/anormal, formas de clasificación y demarcación por lo que la sociedad en su conjunto queda atrapada en un diagrama de poder del cual es difícil escapar y que a lo largo de la historia se fueron excluyendo a todos los sujetos “inadaptados”.

En el segundo capítulo se expone el proceso que ha sufrido el tratamiento de la salud mental en nuestro país; el modelo asilar- manicomial el cual centra su atención en base únicamente a psicofármacos sigue existiendo; arraigado a ello la vulneración de los derechos de los ciudadanos que padecen una patología, mutilando todo vínculo tanto con la familia como con el afuera, llevando a la exclusión social y por ende a la estigmatización.

Este modelo sufre cambios y estos se visualizan en la implementación del Programa Nacional de Salud Mental con importantes avances vinculados a la Rehabilitación Psicosocial en el que la persona junto a su familia pueden obtener una atención en base a información y contención sobre la patología y como poder enfrentar de la mejor manera el impacto de la enfermedad en el seno familiar.

Vinculado a eso el trabajo multidisciplinario en la rehabilitación es esencial ya que de esa manera se construye una mirada integral de la persona en conjunto con su entorno socio-familiar y delinear estrategias de intervención más adecuadas a sus necesidades y demandas.

Sin duda en este lento proceso se ha avanzado en materia de rehabilitación, el trabajo con personas con patologías psíquicas y con sus familias ha sido beneficioso y

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

alentador en el cambio de hábitos y en lo que puede condicionar la enfermedad, en relación a la pérdida de vínculos y redes sociales tanto de la persona con patología como de su familia.

El rol del Trabajador Social es fundamental en los procesos de rehabilitación ya que a nivel de la intervención se puede lograr ir modificando situaciones naturalizadas a nivel cotidiano y de esa manera adquirir una mejor calidad de vida entre todos los integrantes de la familia. La comprensión de lo que ocurre y el porqué de determinados comportamientos es primordial en el proceso de rehabilitación por lo que minimizar las situaciones de estrés ayudan a estabilizar las relaciones vinculares.

El actual Proyecto de Ley del año 2015 formulado desde una perspectiva de derechos, "supone" cambios significativos para un tratamiento más integrador y menos discriminador en el cual se garantizarían los derechos; pero a raíz de esto último las preguntas que me hago al finalizar este proceso y dejo como reflexión son...

¿Es necesario crear una Ley, para que a nivel de Estado se garanticen y se respeten esos derechos vulnerados que son inherentes a la persona humana?

¿Luego de aprobada la Ley de Salud Mental cambiará el tratamiento hacia las personas con patologías en relación a la estigmatización social instaurada y legitimada por no cumplir con el "deber ser" esperado?

¿Será necesaria la implementación de la Ley para modificar el accionar social, en relación a la exclusión de las personas con patologías negándole la participación como ciudadanos plenos de derechos?

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

O trascendiendo la Ley... ¿No será un tema de sensibilización a nivel de sociedad y/o de los equipos a cargo de la rehabilitación que están en esa cotidianidad con las personas con trastornos psíquicos?...

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

**BIBLIOGRAFIA:**

- Alday, M.A; De Batti, N; Nicolini, G (2001). *“El Trabajo Social en el Servicio de Justicia”*. Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina
- Amico, C. (2005). *“La Institucionalización de la Locura”* Ed. Espacio Editorial. Argentina.
- Barrán, J.P. (1993). *“Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos”*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.
- Becerra, R.M; Kennel, B.L (2008). *“Elementos básicos para el Trabajo Social en Salud Mental”* Ed. Espacio. Buenos Aires. Argentina.
- Calvo, L (2009). *“Familia, Resiliencia y Red Social”*. Ed. Espacio. Buenos Aires Argentina.
- De Paula Faleiros, V. (1999). *“Estratégias em serviço social”*. Segunda edición Ed. Cortez. San Paulo. Brasil.
- Fernández, B. (2009). *“Complejidad social y Salud Mental”* Ed. CSIC- Universidad de la Republica. Montevideo, Uruguay.
- Fernández, M. Á. (2004). *“El impacto de la enfermedad en la familia”*. Revista Facultad de Medicina UNAM Vol.47 No.6 p. 251-254, Noviembre-Diciembre.
- Foucault, M. (1992) *“La verdad y las formas jurídicas”* GEDISA, Serie CLADE-MA, 3ª edición. Barcelona.
- Foucault, M. (1993). *“La historia de la locura de la época clásica”* Tomo I. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- Foucault, M. (1996) *“La vida de los hombres infames”*. Ed. Altamira La Plata, Argentina.
- Foucault. M. (1998). *“Genealogía del Racismo”* Caronte Ensayos. Ed. Altamira. Argentina.
- Foucault, M. (2007). *“El Poder Psiquiátrico”*. Primera reimpresión, Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.



Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

- Goffman, E. (1961). *"Internados"*: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu editores. Bs As. Argentina.
- Goffman, E. (2006) *"Estigma: La identidad deteriorada"* Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- Guber, R. (2007). *"Identidad social villera"*. Una introducción a la antropología social y cultural. Buenos Aires.
- López, Marcelino et al. (2008). *"La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental"*. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. vol. XXVIII, n.º 101. p 43-83. Madrid.
- Marx, C y Engels, F. (1974). *"La ideología Alemana"*. Ed. Grijalbo S.A. Barcelona. España
- Miguez. M. N (2009). *"La Construcción Social de La Discapacidad"*. Ed. Trilce Ediciones. Montevideo Uruguay.
- Moffatt, A. (1988). *"Psicoterapia del Oprimido"* Ideología y técnica de la psiquiatría popular. Ed. Hvmánitas. Bs As. Argentina.
- Murillo, S. (1996) *"El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno"*. Ed. Eudeba. Buenos Aires. Argentina.
- Rebellato, J. L. (1998). *"La Globalización y su impacto educativo- cultural"*. El nuevo horizonte posible. Revista multiversidad Franciscana de América Latina N\*8, Montevideo, Uruguay. Disponible en internet [http://letras-uruguay.espaciolatino.com/rebellato/globalizacion\\_y\\_su\\_impacto.htm](http://letras-uruguay.espaciolatino.com/rebellato/globalizacion_y_su_impacto.htm)
- Rejas, Cuenca, M\* L. (2011). *"Familia y Esquizofrenia"*: 24hs al día, 365 días del año. Taller digital. Universidad de Alicante. España.
- Rozas, M. (1998). *"Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social"* Ed. Espacio. Buenos Aires.

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

- Romano, M et allí. (1999) “El Servicio Social como espacio de construcción de subjetividades”. Margen, Revista Electrónica de Servicio Social. Edición N\*15 disponible en internet <http://www.margen.org/suscri/numero15.html>
- Saavedra Macías, F. (2010) “Como encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos graves” Dpto de Psicología Experimental. Universidad de Sevilla. España.
- Scribano, A. (2007) “Mapeando Interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones” Ed. Jorge Sarmiento
- Vallejos, I – Kipen E. (2009) “Discapacidad e ideología de la normalidad” Ed. Noveduc

Fuentes de internet:

- Amico, C. (2004). Desmanicomialización, “Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental”. Edición N\* 35. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales edición electrónica, disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html#sdfootnote8sym>.  
Accesado julio de 2016
- García López, R. (2004). “Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? Cuadernos de Trabajo Social Vol. 17 pág 273-287. Servicios de Salud de Collado Villalba. Madrid, disponible en: <file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/8463-8544-1-PB.PDF>.  
Accesado julio de 2016.
- Ley de Salud Mental de la Republica Oriental del Uruguay (2015). Declárese de interés Nacional las actividades orientadas a la Promoción, Prevención, Atención, Rehabilitación y reinserción social en rehabilitación. Sí a la atención, no a la exclusión, Montevideo, disponible en: [http://www.bps.gub.uy/bps/file/8128/1/ley\\_de\\_salud\\_mental\\_3\\_primeros\\_capitulos.pdf](http://www.bps.gub.uy/bps/file/8128/1/ley_de_salud_mental_3_primeros_capitulos.pdf). Accesado julio de 2016.

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---

- Ministerio de Salud Pública: Aportes para los contenidos de una Ley de Salud Mental de Uruguay. Dirección General de Salud Área Programática para la Atención en Salud Mental. Montevideo, disponible en:  
[http://www.psicologos.org.uy/documentos15/150721\\_Aportes-para-los-contenidos-de-una-Ley-de-Salud-Mental-MSP.pdf](http://www.psicologos.org.uy/documentos15/150721_Aportes-para-los-contenidos-de-una-Ley-de-Salud-Mental-MSP.pdf)  
Accesado julio de 2016
- Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud (2011). Departamento de programación estratégica en salud, áreas de ciclo de vida. Programa Nacional de Salud Mental. Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Integrado de Salud. Montevideo, disponible en:  
[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20OSalud%20Mental\\_0.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20OSalud%20Mental_0.pdf). Accesado julio 2016.
- Plan Nacional de Salud Mental, (1986). Montevideo, disponible en:  
<http://www.msp.gub.uy/programa/plan-de-salud-mental-setiembre-1986>.  
Accesado julio de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (2004). “*Prevención de los Trastornos Mentales*”. *Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Disponible en:  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf). Accesado julio de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (2006). “*Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*”. Sí a la atención, no a la exclusión. Disponible en:  
[http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf) . Accesado agosto 2016.

Dueños de mí? o Dueño de mí?  
*Modelos que " institucionalizan la locura " vs Modelos de Rehabilitación  
Psicosocial*

---