



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



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

**Locura y género: la participación de las mujeres en los
Centros de Rehabilitación Psicosocial de Montevideo**

Cinthia Collazo Stargiotti
Tutor: Celmira Bentura

2023

A mi hermana, y por supuesto, a mi mamá.

Celebrar este logro sin ella es, sobre todo, injusto, cuando fue quien depositó la motivación, el amor y el soporte. En cambio, es una alegría saberla parte de este proceso que culmina en la primera, y no la última, en su familia que sostiene un título universitario. Un sueño enterrado que hoy florece en esta generación, la de sus hijas y sus sobrinas.

Aunque torpe e inexperto sobre como acompañar a una hija adulta en este proceso, le doy gracias a mi padre por sus palabras de aliento.

Gracias a mis amigas, redes afectivas y militantes que acompañan con sus saberes a este proceso inacabado del conocer, y que me enseñan miles de formas para hacerlo con más amor y también con digna rabia.

Especial agradecimiento a los usuarios y usuarias del Centro Psicosocial de Pando. Gracias por brindarme un espacio, sabiduría, apañe e inmenso conocimiento.

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
Sobre la participación actual de las mujeres en los Centros Psicosociales	5
Objetivo general y objetivos específicos	6
Justificación	7
Líneas hipotéticas	7
Capítulo 1: Explorar sobre el género	9
1.1 Apuntes iniciales sobre la categoría género	9
Capítulo 2: Un esbozo historizante de la locura pensando en clave de género	12
2.1 La loca, la bruja	12
2.2 El poder disciplinario	14
2.3 Creación de sujetos disciplinados	16
Capítulo 3: Sobre Uruguay. Algunos apuntes sobre la reforma psiquiátrica	18
3.1 Del asilo al manicomio	18
3.2 Proceso de medicalización	20
3.3 La reforma psiquiátrica	23
Capítulo 4: El modelo de Rehabilitación Psicosocial	25
4.1 El devenir en la Rehabilitación Psicosocial	25
1.2 Objetivos de la Rehabilitación Psicosocial	27
Capítulo 5: La prescindibilidad de las mujeres	30
5.1 Las mujeres como pacientes psiquiátricas	30
5.2 El uso del tiempo	32
5.3 Roles de género	34
A modo de reflexión final	37
Bibliografía	40

RESUMEN

El presente documento se inscribe en la formalidad requerida para la obtención del título de grado en la Licenciatura en Trabajo Social, realizada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

Aquí se exhiben los resultados de un trabajo monográfico de análisis bibliográfico, movido por la curiosidad ante la diferencia numérica en la participación de las mujeres y varones en el Centro Psicosocial de Pando. Dicho acercamiento al Centro se refiere a la formación en el área de la Salud Mental, posibilitado por el curso del Proyecto Integral: Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional, en los años 2018 y 2019. Durante los años de inserción ha llamado mi atención la baja adhesión de las mujeres al modelo de rehabilitación psicosocial. Eventualmente, este es un fenómeno que se reitera en la mayoría de los Centros Psicosociales del área metropolitana.

Al poco tiempo de estar en el Centro realizando una inserción para lo que serían dos años como practicante, llamaba profundamente mi atención la poca cantidad de mujeres en los grupos, al igual que la rotación de las usuarias, cada día conocía a una mujer nueva. Las historias eran muy similares, ausencias por actividades en sus hogares que no podían ser pospuestas, insostenibilidad en el tiempo por tratarse de que eran madres y tenían una responsabilidad para con sus hijos, entre otros patrones que se pueden describir como similares o repetitivos entre ellas. Esto no sucedía de igual forma con los varones, quienes eran mayoría y al mismo tiempo sostenían su asistencia.

En el correr de la monografía presentaré los hallazgos bibliográficos que me permitieron comprender una cierta historicidad de la gestión de la locura vinculada al género. Basándome en los datos constituidos en las experiencias vividas como estudiante, y en la evidencia empírica que presentaré sobre la participación de mujeres y varones en los Centros Psicosociales. Utilizaré unas líneas hipotéticas que buscan describir el fenómeno de la baja adhesión de las mujeres al modelo de atención actual, para ello desarrollaré sobre los

dispositivos de control de la locura, los Centros de Rehabilitación Psicosocial actuales, y sobre el género como variable decisiva.

Palabras clave: género - locura - rehabilitación psicosocial

INTRODUCCIÓN

Sobre la participación actual de las mujeres en los Centros Psicosociales

En el año 2018 iniciaba la práctica profesional en la que estuve inserta, que duraría unos dos años aproximadamente. Los datos de participación de mujeres y varones, que en ese momento eran puramente intuitivos parecían ser muy desiguales. En el correr de la elaboración de este trabajo, fueron recabados datos empíricos sobre la participación de las mujeres y los varones en algunos Centros Psicosociales, sobre todo, del área metropolitana de nuestro país.

Si bien no todos los centros contestaron o podían brindar la información con exactitud, fueron consultados una cantidad de cinco centros, la mayoría donde se realizan las prácticas pre-profesionales de la carrera. Cuatro contaban con la información precisa, y uno de ellos no, pero es curioso como ese único centro, el Centro Diurno de Sayago, si bien no enviaron la evidencia concreta de la participación femenina/masculina, cuenta con diversos proyectos de trabajo con la comunidad específicos para mujeres y vecinas del barrio donde están insertos. Señalan en el correo enviado como contestación a la consulta, su interés y compromiso en el camino del área de género e inclusión social.

Por otro lado, los otros centros consultados brindan la siguiente información de participación: En el Centro Sur Palermo, ubicado en el Barrio Sur cuenta con un 38% de mujeres y un 62% de varones. En el centro Dr. Alberto Martínez Visca del Prado 28% son mujeres, y un 72% son varones. El Centro Montevideo, ubicado en Bella Vista, cuenta con un 45% de mujeres y 55% de varones. Y finalmente, el Centro Psicosocial de Pando, el único centro consultado fuera de Montevideo, en el departamento de Canelones; dónde asisten una cantidad de 44% de mujeres y un 56% de varones.

Como puede observarse, en los centros consultados, la participación masculina es mayor a la femenina en todos ellos. Algunos en menor medida, como el Centro de Montevideo, donde solo se observa una diferencia de 7 usuarios, y otros dónde la brecha es más amplia, como el caso de los otros tres

establecimientos que dieron sus cifras. La brecha existente no deja de sorprender en los Centros de Pando, Montevideo y Martínez Visca.

Objetivo general y objetivos específicos

Como se ha destacado anteriormente, el objetivo general parte por analizar las posibles causas de una menor participación de las mujeres en los Centros Psicosociales de Montevideo. Los objetivos específicos que acompañan este cometido son, en primer lugar, realizar un recorrido histórico sobre la locura, con énfasis en su tratamiento en nuestro país, hasta llegar al modelo de rehabilitación que nos convoca (el modelo psicosocial). Seguidamente para dilucidar las nociones en torno al concepto de género, poner en la mira a la variable como decisiva a la hora de acceder con efectividad al tratamiento psicosocial. Y finalmente, exponer los modelos actuales de atención en Salud Mental, explorando cómo éstos se comportan frente a las necesidades de las mujeres.

Guiando la presente investigación, se plantea una pregunta global: ¿Qué fenómenos podrían explicar la menor participación de las mujeres, frente a los varones, en los Centros Psicosociales de Montevideo?

Adicionalmente, se incluyen una serie de preguntas abriendo la posibilidad de un análisis más profundo. La menor participación: ¿Responde a fenómenos que se dan dentro de las instituciones Psicosociales, a las situaciones particulares de las mujeres, o a desigualdades estructurales del género?, ¿Qué implica que una parte de la población no acceda al tratamiento que necesita?, ¿Cuáles han sido los cambios en la atención de las personas con TMSP?, ¿Cómo ha afectado este cambio a las mujeres?, ¿Cómo es la atención actual en los Centros Psicosociales?

Considerando los objetivos planteados se propone, como se ha dicho anteriormente, un trabajo de carácter monográfico de análisis bibliográfico. Los textos seleccionados para su revisión y análisis se tratan de investigaciones o ensayos que han pasado por un proceso de selección documental, respondiendo

a las necesidades para contrastar las líneas hipotéticas propuestas. Como guía principal se encuentra la comprensión e interpretación sobre la conducta de desafiliación por parte de las mujeres en los Centros Psicosociales. La exploración teórica es guiada por la problematización de este dato de desafiliación, con la finalidad de dar una respuesta no concluyente, pero sí que aporte al conocimiento en lo que refiere al género y su comportamiento en los Centros de Rehabilitación Psicosocial.

Justificación

El desarrollo de los estudios de género en Uruguay, al igual que el proceso de desinstitucionalización del tratamiento de la salud mental, nos hablan de una necesidad de profundización en ambas temáticas. Es así este esbozo por trazar una interseccionalidad entre la locura y el género, que nos permita explicar la desvinculación de las mujeres con TMSP a los tratamientos actuales de Rehabilitación Psicosocial.

Así como también se destaca la relevancia del Trabajo Social como un área incipiente en el campo de la Salud Mental. Nuestro trabajo profesional se configura en un desafío, no solo en el momento de la intervención con y para los sujetos, sino en el horizonte ético político de forjar la equidad entre los mismos. Es por ello fundamental aunar reflexiones que aporten a dilucidar las problemáticas con las que se encuentran las mujeres a la hora de acceder a una atención en Salud Mental de calidad.

Líneas hipotéticas

Una de las posibles hipótesis de por qué se produce la desvinculación de las mujeres en los Centros Psicosociales se relaciona con el rol asignado socialmente a las mujeres, fundamentalmente en la división del trabajo y en las tareas de cuidado. La realización femenina, socialmente impuesta juega un papel fundamental en los ideales de la identidad de las mujeres, quienes más allá de buscar su supervivencia a través del trabajo de producción y

reproducción, buscan satisfacer estas necesidades identitarias, lo que la sociedad pide de ellas. La desvinculación, en este caso, se asocia a la necesidad de las mujeres al cumplimiento de estas tareas asignadas por su rol, imposibilitando en su cotidianidad la asistencia a un centro diurno, de forma diaria.

Otra línea hipotética, en adición, lleva a enunciar la no preparación que tienen los Centros para recibir personas con estas características, jefas de hogar, mujeres responsables de la crianza de sus hijos/as, el cuidado de personas en situación de dependencia, o encargadas del mantenimiento de su hogar. La propuesta no se adapta a estas situaciones que atraviesan el ser mujer en la actualidad. De todas formas, para poder constatar esta hipótesis sería necesario un trabajo de campo de mayor profundidad, por lo tanto, no me centraré puntualmente en ella, ya que son conocidas las limitantes.

Por último, en este trabajo intentaré demostrar cómo se entrelazan los roles de género, la familia como institución y los Centros de Rehabilitación, como lugares de disciplinamiento para los cuerpos socialmente asignados como femeninos.

Capítulo 1: Explorar sobre el género

Mientras todas hacían fuerza por el nacimiento, yo pedía por dentro que el tiempo se detuviera. Pero los niños ya venían deslizándose por el pasillo de la vida, y la apropiación de la cultura sobre ellos era inevitable. Deseara yo lo que deseara, la cultura lo podía todo.
Camila Sosa Villada, Las malas

1.1 Apuntes iniciales sobre la categoría género

Comienzo desarrollando sobre la categoría de género, especialmente en la medicina y las ciencias sociales, con la finalidad de darle un marco teórico a las aportaciones siguientes de este trabajo.

En 1970, de la mano del sexólogo neozelandés radicado en Estados Unidos, John Money, aparece acuñado el término *género* en relación con lo femenino y lo masculino en el ámbito de la normatividad médica. La psiquiatra argentina, Silvia Di Segni (2013) desarrolla que el médico se hizo de fama por sus estudios sobre niños intersexuales, niños que no se podían definir ni como machos ni como hembras. Eran para la sociedad una incomodidad del sistema binario Hombre/Mujer, y debían ser tratados a edades muy tempranas mediante cirugía. Según Gerard Coll-Planas (2009), el médico especializado en sexología consideraba que el género, concepto que él mismo extrapoló de la teoría lingüística, era logrado, tanto de forma masculina como femenina mediante “un proceso de aprendizaje semiótico, similar al de la adquisición del lenguaje” (p.88). Debido a eso, instaba a operar a los bebés intersexuales antes de los dos años, ya que los consideraba una “tabla rasa a la cual se le impondría la identidad de género deseada, acorde a sus genitales acomodados por el bisturí, sin problemas” (Di Segni, 2013, p.239).

El término fue rápidamente captado por el movimiento feminista y las Ciencias Sociales. Fue entonces utilizado por la filósofa francesa Simone De Beauvoir para demarcar la artificialidad de lo femenino, en su obra *El Segundo Sexo* (1949). Su ya conocida frase “la mujer no nace, se hace” sintetiza la primera noción de la categoría de *género* como una construcción cultural, más que un hecho preestablecido por la biología o la naturaleza. Lo forman una serie

de significados, expectativas y descripciones, que hacen a la condición femenina diferenciarse de lo masculino. La autora propone que “La relación de los dos sexos no es la de dos electricidades, la de dos polos: el hombre representa a la vez el positivo y el neutro, hasta el punto de que en francés se dice «los hombres» para designar a los seres humanos (...) La mujer aparece como el negativo, ya que toda determinación le es imputada como limitación, sin reciprocidad. (...) «La mujer es mujer en virtud de cierta falta de cualidades -decía Aristóteles -. Y debemos considerar el carácter de las mujeres como adolecente de una imperfección natural.» Y, a continuación, Santo Tomás decreta que la mujer es un «hombre fallido», un ser «ocasional». Eso es lo que simboliza la historia del Génesis, donde Eva aparece como extraída, según frase de Bossuet, de un «hueso supernumerario» de Adán. La Humanidad es macho, y el hombre define a la mujer no en sí misma, sino con relación a él; no la considera como un ser autónomo. (...) la mujer es lo inesencial frente a lo esencial. Él es el Sujeto, él es lo Absoluto; ella es lo Otro.” (1949, p.4)

La historiadora Joan Scott subraya que el término *género* como herramienta conceptual se desarrolló “primeramente entre las feministas americanas que deseaban insistir en la cualidad fundamental social de las distinciones basadas en el sexo. La palabra denotaba rechazo al determinismo biológico implícito en el empleo de términos tales como «sexo» o «diferencia sexual»” (1996, p.2). Es en esta segunda ola del feminismo cuando se comienzan a desnaturalizar las cualidades y los roles asignados a los géneros. Se da importancia al construccionismo social y propicia el análisis de lo que se dio a llamar el sistema sexo/género, que en la sociedad occidental atribuye según características biológicas una serie de roles y expectativas a las personas según su genitalidad, construyendo jerarquías de poder.

Se puede decir, a modo de síntesis, en palabras de Teresa de Laurentis, que el género no es el sexo, un estado natural, sino que es una representación social en términos de una relación social particular que preexiste al individuo “Esta estructura conceptual es lo que las científicas sociales feministas han designado el sistema sexo-género. (1989, p.11)

Es gracias a estos roles preestablecidos que se da la asociación de lo femenino con el cuidado, la protección, un rol intrínsecamente maternal, de la domesticidad en la órbita privada, utilizado para controlar la disposición de sus actividades y su tiempo en favor a un sistema que necesita su fuerza de trabajo para la reproducirse. Según Adrienne Rich (1980) Ninguno de los consejos de los expertos ha sido ni precisamente científico ni orientado hacia las mujeres, han reflejado las necesidades masculinas, fantasías masculinas sobre la mujer e interés masculino en controlar a las mujeres -particularmente en materia de sexualidad y maternidad- junto con los requisitos del capitalismo industrial” (Rich, 1980, p.19). Veremos más adelante, que tanto los dispositivos de control de género, como también los de la locura acompañan a estos requisitos para el desarrollo del capitalismo.

Capítulo 2: Un esbozo historizante de la locura pensando en clave de género

Estoy en mi propia mente. Estoy encerrada en la casa equivocada.
Anne Sexton, Live or die

2.1 La loca, la bruja

Pensar en el tratamiento histórico de la locura con un enfoque de género implica, entre otras cosas, la búsqueda de esas pistas que marcan una diferencia entre las mujeres y los varones en el logro del diagnóstico, en la gestión de la locura, en sus formas de «curación». Antes de desembocar en los Centros Psicosociales, el tratamiento de la enfermedad mental ha implicado una suerte de aciertos y errores humanos que es preciso narrar, con la finalidad de comprender los puntos de contacto y las bifurcaciones de las variables que convocan a este trabajo, o sea entre las mujeres y sus homólogos varones. Para explorar en ello, comenzaré realizando un recorrido sociohistórico del tratamiento de la locura, buscando enfocarme en el territorio uruguayo y en el rol que ha jugado la variable género en esta historia.

En el ejercicio de remontarnos al inicio de las concepciones de la locura, partiré desde una óptica Foucaultiana. Es necesario ir hacia las navegaciones, los exilios forzados con la ilusión de que el insensato merodee indefinidamente fuera del terreno firme, con la finalidad social del extravío, y también del ritual eclesiástico (Foucault, 1999). La entrada en escena del leproso, ya advenida la época clásica, deja la herencia del encierro y la exclusión. En palabras del mismo Foucault:

“La locura ha dejado de ser, en los confines del mundo, del hombre y de la muerte, una figura escatológica; se ha disipado la noche en la cual nacían las formas de lo imposible. El olvido cae sobre ese mundo que surcaba la libre esclavitud de su nave: ya no irá de un más acá del mundo a un más allá, en su tránsito extraño, no será ya nunca ese límite absoluto y fugitivo. Ahora ha atracado entre las cosas y la gente. Retenida y mantenida, ya no es barca, sino hospital” (1999, p.71)

Aparece el confinamiento como una creación institucional propia del siglo XVII, instalada la locura como un entorpecimiento al curso de la razón, el encierro se desarrolla como una medida económica y una precaución social. Es un “acontecimiento decisivo: el momento en que la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo” (ibidem, p. 124) La experiencia que se tiene de la locura es mediada por la aparición de una nueva sensibilidad, a favor de la importancia del trabajo y los valores éticos que le son asignados.

La psicoterapeuta y docente Phyllis Chesler, en su libro *Mujeres y locura* (2019), menciona al manicomio como una institución patriarcal dónde se identifica a la estructura social de la familia burguesa, reconstruida simbólicamente en el psiquiátrico. La escritora nombra a intelectuales que, como Michel Foucault, identifican al modelo asilar con una naturaleza patriarcal, tales como Thomas Szasz, Erving Goffman y Thomas Scheff. Nos dice que “Ya en el siglo XVI los maridos encerraban a sus mujeres, y las hacían callar, en manicomios (y también en torreones de la realeza). En el siglo XVII, en el primer psiquiátrico de Francia, el *Salpêtrière*, se reservaron pabellones especiales para las prostitutas, las mujeres embarazadas, las pobres y las jóvenes” (Chesler, 2019, p. 141) Tenemos aquí una muestra del disciplinamiento ejercido hacia las consideradas «degradaciones del espíritu» identificadas en las mujeres, sobre todo en aquellas que se encontraban por fuera de la institución familia. “La familia, con sus exigencias, se convierte en uno de los criterios esenciales de la razón; y es ella, antes que nada, la que exige y obtiene el internamiento” (Foucault, 1999, p. 142)

Thomas Szasz, en *La fabricación de la locura* (1979) compara a los psiquiatras modernos con cazadores de brujas de la Inquisición. Nos dice que la bruja, al igual que el paciente psiquiátrico involuntario, “es abocada a un papel desgradado y desviado en contra de su voluntad; es sometida a determinados procedimientos diagnósticos para establecer si es una bruja o no; y finalmente se le arrebatada la libertad y, a menudo, la vida, supuestamente por su propio bien” (Chesler, 2019, p. 233) Chesler describe como Szasz desarrolla esta idea sobre los cazadores de brujas, afanados por las fantasías y las actividades sexuales

de sus víctimas. Para el autor este fue el primer mecanismo de ostracismo social y segregación, la terapia de choque, la hidroterapia, las agresiones físicas, todas ellas fueron convertidas en técnicas psiquiátricas. Sumándose luego las camisas de fuerza, el aislamiento, la neurocirugía y la violencia física sistemática, hoy sustituidas, según el autor, por los antidepresivos, los tranquilizantes y la terapia de choque. (Ibidem) Chesler agrega:

“Las pacientes psiquiátricas del siglo XX no son quemadas en la hoguera ni sometidas a la «ordalía del agua», en la cual la «inocencia» de una bruja quedaba probada si esta se ahogaba. Muchas pacientes psiquiátricas son agredidas física y sexualmente; su capacidad para obtener ingresos (en calidad de esposas o de cualquier otro modo) se ve más seriamente mermada que la de un delincuente preso; sus propiedades y su dinero pasan a manos de los maridos o de los descendientes cuando las declaran «dementes incompetentes»; como las brujas, sufren humillación pública y se les obliga a confesar sus pecados sexuales y de cualquier otra índole” (Ibidem, p. 238)

2.2 El poder disciplinario

Retomando el pensamiento Foucaultiano sobre el asilo, en su libro *Historia de la locura en la época clásica* (1999), el filósofo nos dice que es en nuestra cultura donde la sexualidad ha sido integrada a un sistema de coacción, siendo así que las diferencias entre lo normal y lo anormal, cómo de la salud y la enfermedad, son signadas también por la sexualidad. Sobre la prostitución y el desenfreno, es en Francia donde se recluta toda la gente que pulula en estas situaciones, en los hospitales generales. «Como lo explica Delamare, en su *Tratado de la Policía*, hacía falta un remedio potente para librar al público de esta corrupción, y no fue posible encontrar uno mejor, ni más rápido, ni más seguro, que una casa disciplinaria para encerrarlos y hacerles vivir allí bajo una disciplina proporcionada a su sexo, a su edad, a su falta» (p.142) El internamiento tiene la finalidad de mantener un orden de la estructura familiar que vale a la vez de norma de la razón. La ausencia de cuidados médicos en las instalaciones expresa a la vista que el Hospital General se encuentra en la misma situación que una cárcel.

En sus clases del Colège de France registradas en “*El poder psiquiátrico* (2005), el autor hace especial referencia a lo que llamó microfísica del poder,

referida a un poder no basado necesariamente en la violencia física, sino que compone una especie de relaciones de poder propias de la práctica psiquiátrica. En estas mismas clases el autor introduce una idea sobre los Dispositivos disciplinarios que resulta interesante para el presente trabajo. De las comunidades religiosas y de todo aparato de encierro de la época clásica, heredamos el primer tipo de poder disciplinario de los cuerpos individuales. Luego aparecen los aparatos que ya no tienen un apoyo religioso, a fines del siglo XVII y en el siglo XVIII, como el ejército, el cual se afanaba en el reclutar fuerza de trabajo inútil en un momento donde era preciso maximizar la utilización posible de los individuos, extendiendo al máximo al mercado de trabajo, pero también asegurándose una reserva de desocupados que permitiera la baja de los salarios. Aquí entra la disciplina como la describe el autor “son técnicas de distribución de los cuerpos, los individuos, los tiempos, las fuerzas de trabajo” (Foucault, 2005, p. 95) Es en este momento dónde introduce la idea del panóptico de Bentham para graficar esa distribución del poder, las estructuras institucionales donde lo primordial es ser controlado mediante la visión panóptica y la individualización máxima de los cuerpos. “El poder, por consiguiente, está completamente desindividualizado” (ibidem, p. 100), no tiene cuerpo ni individualidad.

Introduzco aquí una idea que me gustaría desarrollar, que es la concepción de la familia como institución bisagra dónde distintos sistemas disciplinarios se enganchan entre sí. “Es el intercambiador, la confluencia que asegura el paso de un sistema disciplinario a otro. La mejor prueba es que, cuando un individuo es rechazado de un sistema disciplinario por anormal, ¿dónde lo envían? A su familia” (ibidem, p. 105) Sin embargo, hay una posibilidad de rechazo al individuo, de falla, es aquí donde aparece el estado como garante de una trama disciplinaria, pero aun así se utiliza a la familia como referencia. Es en esta organización de los sustitutos de la familia, que el autor identifica a la «función psi» (es decir la función psiquiátrica, psicopatológica, psicosociológica, psicocriminológica, psicoanalítica, etc.) Esta función nace del lado de la psiquiatría, a principios del siglo XIX, del otro lado de la familia. Cuando un individuo escapa de la familia, es internado en el hospital psiquiátrico. Allí la

psiquiatría se presenta, según Foucault como empresa institucional de disciplina que permite refamiliarizar al individuo (ibidem, p. 110) Identifico un punto interesante en esta lógica del pensamiento, si pensamos en algunos encierros arbitrarios. La historia se encuentran algunos ejemplos de mujeres encerradas por presentar desviaciones en su comportamiento femenino, tratadas por supuestas enfermedades mentales; ellas también son encerradas y ocultadas en el seno de sus familias, en el ámbito privado, doblegadas a esta disciplina del trabajo doméstico y la crianza.

Ejemplificando lo anterior, en el Uruguay del siglo XIX, vemos una serie de casos de internación en la institución manicomial; casualmente, o no, de mujeres. En 1878, “por orden de S.E el Sr. ministro de Gobierno”, se envió al asilo “a la mujer Manuela Nuñez, destinada por un año en calidad de sirvienta por incorregible y criminal, con expresa recomendación de no permitirle hablar con ninguna persona de las que se encuentran en el Establecimiento” (Duffau, 2019, p. 43) Nuevamente, en el mismo año, se documenta otra familia que intercede a través del ministro de gobierno, para dar internación a Concepción Muñoz, sin ningún tipo de diagnóstico ni aval facultativo, únicamente por disposición de un ministro, igual que el primer caso. Otra vez en el mismo año, fue internada María Boutdon «por vía de corrección», o sea por indisciplina, sin un acompañamiento, como en otras situaciones, de una ficha médica.

Estos casos son significativos en la medida que presenciamos al poder disciplinario, la ausencia de recomendaciones médicas o diagnósticos es clave, vemos a un poder político que intercede en las detenciones médicas sin consultar a calificantes científicos, o en este caso a las religiosas que administraban el asilo.

2.3 Creación de sujetos disciplinados

La contribución de otro de los autores que critica la formación de los asilos mentales es la de Erving Goffman (1984), aportando el término de “Instituciones Totales”, estas son definidas como “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 formalmente.” (p13). Cada individuo abandona una subjetividad propia y se ve sometido a una rutina homogénea, en un lugar específico, compartiendo las mismas normas, y una supervisión.

Los procesos de medicalización y su impacto en las sociedades, la creación de instituciones totales y la vigilancia que se ejerce en ellas son fenómenos sumamente llamativos, ya que, si bien se deben tener en cuenta las peculiaridades de cada contexto y región, han sucedido a escala mundial y le han generado a la medicina poder monopólico y gran autonomía. El conjunto de estos dos elementos son parte de un proceso social construido.

Estos procesos fueron acompañados de las ideas predominantes de la modernidad, de la constitución del Estado, de la inmigración interna, lo cual generó un gran crecimiento urbano y una naciente división de clases; identificándose estancieros, comerciantes y la clase popular. Otro factor de gran implicancia en este proceso fue la incipiente inserción de nuestro país en el modo de producción capitalista, lo que implicó sujetos disciplinados y morales para hacer uso de su fuerza de trabajo. “Las clases sociales privilegiadas buscaron cuidar sus intereses a cualquier precio; fue entonces que por primera vez se ejerció el poder en todo el territorio, promoviendo cambios tanto en la producción como en la organización social, creándose así las condiciones indispensables para sostener el proyecto modernizador.” (Techera, Apud, Borges; 2009:54).

Es así que se abre el siguiente capítulo del trabajo, para ofrecer un resumen de lo sucedido en nuestro país, en cuanto se trata de procesos estatales en el tratamiento de la locura.

Capítulo 3: Sobre Uruguay. Algunos apuntes sobre la reforma psiquiátrica

3.1 Del asilo al manicomio

En este apartado repasaré el proceso de institucionalización del tratamiento de las enfermedades mentales en el Uruguay, un paso del asilo al manicomio, que culmina con la reforma psiquiátrica y un modelo de atención comunitario de la salud mental. El proceso consta de varias etapas en nuestro país, muchas de ellas acompañando movimientos mundiales, descubrimientos y avances científicos.

En su libro *Historia de la locura en Uruguay (1860-1911)* Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental, Nicolas Duffau realiza un minucioso recorrido histórico de los fenómenos concernientes a la locura en nuestro territorio, con el objetivo de estudiar el inicio, el desarrollo y las transformaciones institucionales y científicas de la psiquiatría en nuestro país.

Comienza por el paso del asilo al manicomio, relatando el advenimiento del modelo manicomial, los primeros intereses por el tratamiento de la locura. Nos dice que según diversos cronistas del siglo XVIII y de la primera mitad del siglo XIX, los locos podían ser reclusos en los calabozos del cabildo de Montevideo, junto con personas procesadas por diversos delitos, mientras que las mujeres eran enviadas a las celdas del convento San Francisco, cuando se trataba de familias pudientes de la ciudad, donde su tratamiento consistía en la asistencia a los ceremoniales religiosos para combatir la presencia demoníaca en sus almas. Es en 1788 que comienza a funcionar el primer hospicio de la ciudad, el hospital de caridad, y en 1817 se incorporan dos fincas linderas que se utilizan como enfermería femenina y loquería. Desde 1821 a 1826 se registran nada más y nada menos que, de 3130 enfermos, unos 11 con alguna patología psiquiátrica. Número que va en aras de aumento, en 1851 no pasaban de 40 enfermos, y en el 1858 (siguiente dato en cronología) se trataba de 16 hombres y 24 mujeres internadas. Es en este momento cuando se abre en el hospital el Departamento de Dementes. También se decide crear un asilo exclusivo de alienados, arrendando una quinta perteneciente al rico comerciante Miguel Vilardebó.

En ese momento el único tratamiento para la locura era la reclusión forzada. Esto en consonancia con una tecnología de poder que data de la mitad del siglo XVIII, según Foucault, llamada biopolítica¹ Esta tecnología controla los procesos de natalidad, longevidad, mortalidad, y los procesos de enfermedad, discapacidad, u otras anomalías como fuera del campo de la actividad o capacidad. La solución a estas anormalidades son la muerte, la cárcel o la exclusión. La locura era un símbolo de vergüenza en las familias, mayormente en las de clase media y alta. El tratamiento para las mujeres constaba especialmente de la reclusión en colegios religiosos o conventos. En su libro, Duffau ilustra los devenires de la laicidad de la asistencia pública en este aspecto, en 1858 se produce por decisión de la comisión de caridad y beneficencia pública el arribo de las hermanas de caridad desde Génova, para mantenerse a cargo del cuidado de enfermos de la sección femenina del hospital de caridad, y de la parte femenina de los dementes. Incluso se inaugura en 1880 el manicomio nacional, con la administración interna confiada a 25 hermanas de la caridad. Es hasta la segunda mitad de la década del ochenta del siglo XIX, que las religiosas fueron desplazadas “en forma paralela a la consolidación de otros espacios de represión y control social, las religiosas fueron desplazadas de la conducción y administración de la casa de salud en favor a una administración científica y sobre todo laica” (Duffau, 2019 p.61) El poder va pasando de la autoridad religiosa a la autoridad médica.

En 1860 se inauguró el primer Asilo de Dementes, un nosocomio mixto, que constaba de 25 a 28 enfermos. Según el autor, Uruguay se ponía a tono con la reforma iniciada en 1838 en Francia, gracias a los aportes de Jean-Étienne Dominique Esquirol, impulsor de una ley que obligaba al Estado a asistir a los enfermos mentales. El número de internos crece desde aquí de forma imponente, hacia el doble de internos para el 1874. Según Duffau:

“Podríamos pensar que, desde esa fecha, el aumento de las personas enviadas al asilo se vinculó al endurecimiento de deberes punitivos del Estado,

¹ La biopolítica, según el autor, es una forma de gobierno que utiliza a los Estados para gestionar los procesos biológicos de la población. Ejerciendo así el poder sobre los individuos de forma solapada, con tecnologías, prácticas, racionalidades y estrategias para ejercer el poder en la vida cotidiana de los individuos.

situación que se agudizó luego del golpe de Estado que nombró al coronel Lorenzo Latorre como presidente provisorio y que contó con el apoyo de comerciantes, banqueros y, sobre todo, terratenientes, quienes exigieron el respeto irrestricto a la propiedad privada en el medio rural. Por tanto, el asilo-manicomio también fue utilizado como una alternativa para la reclusión carcelaria” (2019, p33)

No tardaron en llegar las críticas de algunos funcionarios del hospital por tratarse no tanto de un uso disciplinario del hospital de dementes, tal como fue planteado en los idearios de Foucault, sino por el peligro que esto suponía para los demás internos y la amenaza del hacinamiento.

Vemos que en el año 1911 el estado del hospital Vilardebó era deplorable, contaba con una capacidad higiénica para 600 personas, pero recibía a 1502 pacientes, faltando 453 camas. En 1913, la sección masculina del hospital contaba con 4 salas de observación, 32 cuartos y 28 salas dormitorio con un total de 750 camas; mientras que la parte femenina disponía de 3 salas de observación, 12 cuartos y 34 dormitorios con 567 camas (Duffau, 2019).

3.2 Proceso de medicalización

Es imposible obviar el proceso de medicalización del Uruguay, ya que es parte fundamental de la institucionalización de los tratamientos de la enfermedad mental. A fines del siglo XIX y principios del XX en Uruguay comienza a darse un proceso de secularización, signado por lo que Barrán llamó una medicalización de la sociedad. Según Mitjavila (1998) este proceso está conectado con lo que Foucault denomina biopolítica, con la necesidad del Estado de ejercer un control sobre los individuos, utilizando a la medicina como una estrategia biopolítica de control sobre los cuerpos individuales. Para Menéndez (1985) en Mitjavila (1998) este proceso se trata de la expansión de parámetros ideológicos y técnicos utilizados por la medicina, al ámbito social, abarcando áreas de la vida cotidiana, que anteriormente se consideraban ajenos a su dominio. La autora nombra actividades como el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas como factores de riesgo que comienzan a ser controlados por la medicina moderna. Nos dice que para que alguna cosa pueda

ser medicalizada es necesario que pueda clasificarse, evaluarse en términos de normalidad versus anormalidad, a partir de fundamentos científicos, más específicamente de la medicina. Como plantea Freidson (1978) “El conocimiento de la Medicina sobre la enfermedad y su tratamiento está considerado como autorizado y definitivo.” (p.23) y el avance de la ciencia médica en este sentido no es excepción en Uruguay.

Crawford (1980) atribuye dos acepciones al concepto de medicalización, según Mitjavila (1998) “La primera se refiere a la creciente intervención de la medicina sobre un amplio sector de lo que se suele denominar «conductas socialmente desviadas», las cuales eran exclusivamente, en el pasado, objeto de abordaje por parte de otras esferas institucionales como, por ejemplo, el derecho y la religión” (p.6) e ilustra con un ejemplo de la mano de Freidson, quién escribe que anteriormente lo que era considerado crimen, locura, degeneración, pecado e inclusive pobreza, hoy en día es considerado enfermedad. El profesionalismo de la salud se creó para legitimar la intervención de la medicina en la demarcación de lo que conforma a la conducta adecuada ante la desviación, y a ella acompaña la política social.

Sobre la segunda acepción, Crawford observa a la ampliación del espectro de problemas sociales que son entendidos bajo el paradigma de la salud versus enfermedad. Por ejemplo, el ocio, la alimentación y el trabajo se vuelven ámbitos de revisión de la medicina, la vida cotidiana se enfrenta a las nuevas normativas del saber médico en la modernidad.

Sobre nuestro país, Barrán (1993) apunta:

“Entre 1900 y 1930 la sociedad uruguaya, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó. Esa medicalización sucedió en tres niveles, los cuales no tuvieron la misma profundidad ni ocurrieron con el mismo ritmo histórico: el nivel de la atención, o sea el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad; el nivel de la conversión de la salud como uno de los valores supremos de la sociedad –y hasta, a veces, el único valor–, cambió en la mentalidad colectiva que en parte antecedió a la medicalización; y el nivel de la asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico” (p.53)

Elizabeth Ortega habla, en un artículo que recoge sus estudios de maestría y doctorado, titulado “La medicalización de la asistencia en Uruguay a principios del siglo XX”, sobre un punto que nos es interesante para el análisis. Nos dice que, a través de la consolidación del Estado, se afianzan los mecanismos de asistencia, en parte gracias a estos cambios en la esfera del saber médico producidos a finales del siglo XIX. Esta nueva institucionalidad se aseguró de inspeccionar por ejemplo el progreso de las enfermedades infecciosas, focalizándose en la familia, y sobre todo en el rol de la «madre» como agente privilegiado en el afianzamiento de los valores de la higiene moderna. Vemos que el rol femenino fue fundamental para acercar los valores de la nueva medicina a las familias uruguayas, a través de su trabajo y desvelo por la salud en los términos modernos, de sus hogares.

Continuando con el recorrido histórico, nos remontamos a la Comisión de Caridad y Asistencia Pública, con Scosería como nuevo presidente, se designó a varios de sus colegas de tendencia liberal al frente de instituciones hospitalarias. En este momento, Claudio Williman era el presidente del país, quién creó una comisión compuesta por médicos, legisladores y funcionarios estatales, que promulgó el proyecto de ley de la Asistencia Pública. La finalidad principal era quitar el aspecto humillante de la caridad, quizá en un atisbo de sentar unas bases más científicas para la misma, acompañando la medicalización de la sociedad. Este período fue propicio para el surgimiento de diversas denuncias sobre la precaria condición de los alienados, como el hacinamiento, la negación de la psicoterapia, o la no separación según tipos de enfermedad mental de los internos (Duffau, 2019)

La cantidad de internos del nosocomio aumentó para el comienzo del siglo XX, contando con más de 1550 internos. A mediados del siglo XX Uruguay contaba con una de las tasas de internación más altas a nivel mundial. (Techera, Apud, Borges, 2009).

Según Duffau esto se debería al avance de la psiquiatría como campo médico, la cual fue ganando legitimidad. Esta transformación también se debe a

la eliminación del poder religioso al mando del manicomio, y a la construcción de ese campo médico (la psiquiatría) con reglas específicas. “Los médicos tenían una clara función moralizante para toda la sociedad. Su tarea salía de los muros del manicomio, pero, antes de eso, debieron crear un campo de especialización” (Duffau, 2019, p.74) Esta función moralizante aparece gracias al poder que les da el proceso de medicalización, otorgándoles legitimidad en el señalamiento hacia los valores considerados más importantes en materia de higiene, en ese momento del país. En consonancia con este proceso en el año 1876 se crea la Facultad de Medicina; en 1908 la Cátedra de Psiquiatría y en 1923 la Sociedad de Psiquiatría, (Casarotti:2007).

3.3 La reforma psiquiátrica

En 1986 se desarrolla el Plan Nacional de Salud Mental. Se registra anteriormente, como una especie de antecedente o una contribución a su desarrollo, una humanización de los tratamientos, una mejora en los tratamientos psicofarmacológicos, la creación de la Red de Salud mental y una descentralización de los servicios. Castillo, Villar y Dogmanas (2011)

En la Sociedad del Olvido (Techera, Apud y Borges; 2009) vemos que ya en el año 1953 Barindelli y Tobler introdujeron la laborterapia en el país, más específicamente en el hospital Vilardebó. Apostando a la reintegración al medio social, o comunidad (p. 57) Posteriormente se concretan talleres, por ejemplo, de pintura, costura, o música, entre otros. Pioneros en lo que hoy se replicaría en los Centros Psicosociales actuales.

Sobre el nuevo Plan de Salud Mental, estos mismos autores señalan que sus objetivos eran “Por un lado reestructurar los servicios apuntando a un sistema basado fundamentalmente en los servicios comunitarios –con el consiguiente cierre de los manicomios– e integrados a un sistema general de cuidado de la salud” (p. 93) Se buscaba también fomentar la prevención y la rehabilitación, y la creación de unidades de salud mental en hospitales generales. El plan fue ambicioso y no llegó a concretarse, en parte por la falta de un calendario de ejecución y también por la falta de presupuesto. (Ibidem)

De todas formas, este fue un empuje para las transformaciones siguientes en materia de Salud Mental. Es aquí cuando comienzan a gestarse los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Se fundan diferentes instituciones de asistencia pública como el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (en 1972, a cargo del Patronato del Psicópata), el Centro Diurno del Hospital Vilardebó, o el Centro Sayago.

Capítulo 4: El modelo de Rehabilitación Psicosocial

4.1 El devenir en la Rehabilitación Psicosocial

Como se mencionaba anteriormente, luego de la reapertura democrática de nuestro país, se crea el Plan Nacional de Salud Mental, en 1986. Este nuevo plan tenía entre sus objetivos la creación de centros de rehabilitación en todo el país (De León, 2013, p.19).

En la década de los 90, se produce la Declaración de Caracas, la cual marca un giro en la atención psiquiátrica, esta busca enfocarse en los modelos de carácter más comunitarios, reforzando las redes locales. El primer nivel de atención en salud mental se vuelve fundamental. Este cambio de paradigma buscó amparar a las personas con enfermedades mentales dándoles la garantía del cumplimiento de sus Derechos Humanos. Esta declaración funcionó como un catalizador para el cambio de paradigma del tratamiento de la salud mental en el Uruguay, como ejemplo tenemos la creación del Plan de Desarrollo Nacional (1996) a través de los Centros de Salud y la creación de los Equipos Comunitarios de Salud Mental.

Este trabajo se acrecienta cuando en el 2005 se crea la Coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP. La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, en el año 2008, declara una nueva concepción de la Salud Mental, incorporando también nuevas prestaciones. Se reconoce que “el concepto de salud mental es inseparable del concepto de salud integral” (MSP, 2011, p. 3)². La enfermedad mental no es ya concebida como un fenómeno individual, sino que se vincula con el ámbito familiar y social, teniendo en cuenta que estas externalidades pueden actuar como agravantes o como protectoras. También se declara a la Salud mental como un derecho humano fundamental. (MSP, 2011)

² MSP, 2011. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>

Comienza así a desarrollarse una nueva forma de intervenir, sobre todo a través de los Centros de Rehabilitación Psicosocial, con equipos interdisciplinarios, incorporando otras disciplinas más allá de la psiquiatría, como la psicología, el trabajo social, la nutrición o la enfermería. Se comienzan los trabajos en red, con la comunidad y la familia del sujeto afectado.

En 1972 se crea el Centro de Rehabilitación Psíquica, un centro pionero en este nuevo paradigma, actualmente lleva el nombre de Dr. Martínez Visca, y fue uno de los encuestados para la realización de este trabajo. Allí se trabaja en la rehabilitación psicosocial de usuarios con enfermedades mentales severas, persistentes y crónicas. Se trabaja con un equipo interdisciplinario. (Techera; Apud; Borges, 2009). En segundo lugar, el Centro Sayago, creado en el año 2000 es otro de los dispositivos no asilares que responden a este nuevo paradigma de intervención. Este centro también cuenta con un equipo interdisciplinario y trabaja "(...) sobre el funcionamiento social, la autonomía, la comunicación, la expresión y la motivación. Dispone de talleres de música, de plástica, de literatura, de pintura y de jardinería. También existen otros talleres en los que se trabaja sobre cuestiones más prácticas, relativas al autocuidado, a la higiene, al manejo en la calle y a la organización para realizar actividades." (Techera; Apud; Borges; 2009, p. 97). Otros Centros que trabajan con esta modalidad son el Centro Psicosocial Sur Palermo, el Centro Montevideo, el Centro Psicosocial de Pando y el Centro Diurno del Hospital Vilardebó; entre otros centros públicos y privados a lo largo del país.

De modo que hoy en día, conviven con el modelo asilar, estos intentos de desinstitutionalización, cambios en la política institucional y en los dispositivos asistenciales. Como último avance en el ámbito legislativo, se promulgó en el 2017 la nueva Ley de Salud Mental³, la cual entre sus objetivos plantea, el cierre paulatino de las estructuras asilares y monovalentes, a cambio de estructuras alternativas. "Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial" (Art.37)

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

1.2 Objetivos de la Rehabilitación Psicosocial

La rehabilitación psicosocial puede ser comprendida, según Gisbert Aguilar como “un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y de manejo de los síntomas, se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de esquizofrenia, así como de otras enfermedades mentales graves y crónicas. (2003, p. 38) El foco se pone en el sujeto como parte de una comunidad, se lo motiva a asumir la responsabilidad de su vida, de su tratamiento, y a actuar en esa comunidad tan activamente como sea posible. Esto ayudaría a desenvolverse con la mayor independencia y autonomía posible en ese entorno social. Claro que el trabajo también debe realizarse desde las instituciones hacia el afuera, con esa comunidad, no solo con el sujeto interesado.

La descentralización de los servicios asistenciales en salud mental es otro de los puntos cruciales, intentando incluir el modelo comunitario a los espacios sociales que coexisten con el sujeto. Creando “una estrategia de atención basada fundamentalmente en centros de salud comunitarios establecidos en los barrios, donde las personas puedan recurrir en cualquier momento y recibir asistencia, orientación y tratamiento (De León, 2013, p. 30).

Otro aspecto fundamental de la rehabilitación psicosocial es el trabajo bajo una articulación interdisciplinaria. Para Alicia Stolkiner, “La interdisciplina supone el reconocimiento de la incompletud de todo saber disciplinar, de su parcialidad, y, a la vez, introduce la cuestión de lo contingente del saber” (2012, p.231) Se despliegan en las intervenciones un abanico de estrategias y técnicas que proceden de diversas disciplinas, desplazando el conocimiento positivista y monopólico de la psiquiatría como única posibilidad del saber. Por ejemplo, una intervención psicológica en grupos terapéuticos, técnicas desde el trabajo social comunitario o familiar, estrategias de inclusión a través de talleres de diversas disciplinas, entre otras, dependiendo de cada persona tratada y los recursos disponibles en la institución y su comunidad.

Interesa en este punto incluir unas ciertas apreciaciones en cuanto a la rehabilitación psicosocial que permitan aunar esfuerzos en el debate de esta. Por ejemplo, Amarante (2016) plantea que es necesario superar la visión reduccionista del proceso a una mera reestructuración de los servicios, planteando la necesidad de que estos tienen que ser radicalmente transformados, y los manicomios deben ser superados. “Pero esta transformación no debe ser el objetivo en sí, sino una consecuencia de los principios y estrategias que la preceden” (p. 35)

Mitjavila y Bentura (s/f), en su artículo “Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya”, aportan sobre los Centros de Rehabilitación, que “Estos centros no tienen una propuesta progresiva que finalice con la recuperación de las personas de funciones socialmente valoradas” (p.7), los talleres que ofrecen pueden incluir talleres de plástica, música, cocina, entre otros, actividades que las familias de los usuarios y usuarias consideran los “mantienen ocupados”. O, en algunos casos son los únicos espacios donde reciben un alimento. (p.7)

Por otro lado, las autoras hablan del trabajo como una de las dimensiones fundamentales para pensar la integración en la cultura actual. Una dimensión que no está abierta para personas usuarias de Centros Psicosociales, por lo tanto, luego de que las mismas realicen un proceso que le habilita a un egreso, se ven en la posición de continuar en ámbitos institucionales que son destinados para “pacientes psiquiátricos” o, permanecen en las instituciones, justamente por la falta de opciones. (p.8) Las autoras se cuestionan, si esta no es otra forma de encierro de la locura, ya que “La participación en el mercado laboral significaría un espacio de integración real, la imposibilidad de esta los deja solo con la opción de transitar por circuitos que están solo destinados a ellos y donde solo interactúan con “pacientes psiquiátricos” (p.8) Así, se genera una nueva “subjetividad marginal”, donde el paciente/usuario queda incapacitado socialmente por no poder incluirse en ningún “espacio socialmente valorado” (p.9)

Por último, Mitjavila y Bentura plantean, que el proceso uruguayo se trata de una desmanicomialización forzosa, por la falta recursos comunitarios que permitan “sostener” a los usuarios “liberados” de las instituciones mentales. (p.5) Sobre este proceso forzoso, las autoras lo sitúan históricamente en un período de ajuste estructural en América Latina, movido por el “Consenso de Washington”. Aquí se puede ver en el repliegue del estado y sus políticas sociales. También actúan sobre estas transformaciones los cambios en la familia, al reducirse los servicios estatales, algunas responsabilidades que eran cubiertas por el estado ahora recaen en la órbita de la familia. Las tareas de cuidado por ejemplo recaen fuertemente en las mujeres. (p. 5)

Sobre la participación femenina, el tema que vertebra al presente trabajo, nos dicen qué, concurren a los Centros de Rehabilitación mayoritariamente varones, integrándose en menor grado las mujeres. Para las autoras esto se da “posiblemente en función de una mayor integración al espacio doméstico, en tanto espacio considerado como “lugar natural” de las mujeres de acuerdo a los estereotipos de género. Por su parte, los varones deben salir del hogar y encuentran su lugar de inclusión más frecuentemente en la esfera pública” (p. 7) En el siguiente capítulo se hondará sobre esta división sexual del trabajo, así como también sobre los roles de género que marcan esta diferencia.

Capítulo 5: La imprescindibilidad de las mujeres

Ojalá nadie me hubiera dicho que estoy loca. Entonces no lo estaría
Kate Millett, Viaje al manicomio

5.1 Las mujeres como pacientes psiquiátricas

Como vemos al inicio de este trabajo, en todos los Centros Psicosociales consultados, la mayoría de los pacientes en rehabilitación son varones mientras que en menor proporción se encuentra la participación femenina. Mientras, la mayoría de los estudios sugieren que el número de diagnósticos de TMSD son menores en varones que en mujeres. Además, proponen que las mujeres presentan un mejor funcionamiento premórbido, existiendo una mayor gravedad en los síntomas negativos en los hombres (Usall, 2003)

Sin embargo, la autora ya mencionada, Phyllis Chesler (2019), nos explica que es común una inclinación por los profesionales contemporáneos considerar de forma irreflexiva que lo que les ocurre a los hombres es por alguna razón más importante que lo que les sucede a las mujeres. Sobre las estadísticas anteriores, nos dice

“El fantasma de la prescindibilidad y de la “condición marginal” de la mujer está presente en casi todas las páginas de las revistas de psiquiatría y psicología, aunque el tema del artículo sea la enfermedad de la mujer. El número de “virtudes” (masculinas) que se esperan de las mujeres es más reducido: no es ni siquiera catastrófico, ni sorprendente, que no manifiesten ninguna, aunque su ausencia, por un lado, se menosprecie socialmente y, por otro, se diagnostique desde el punto de vista de neurosis o psicosis” (p. 108)

La autora nos habla de un estándar masculino de salud mental, que responde a necesidades patriarcales, donde las mujeres son diagnosticadas a partir de aceptar o no el rol femenino. Nos dice que no es sorprendente el número de informes donde las mujeres son mayormente diagnosticadas, por ejemplo, en una mayor proporción de presentar “neurosis” o “psicosis”. Diagnósticos donde no se tiene en cuenta la nacionalidad, el estado civil, la edad, la raza o la clase social de la paciente. (Chesler, 2019)

La OMS relaciona a los factores como la exposición a la violencia de género o incluso los roles asignados al género como parte del problema al presentarse síntomas graves de enfermedad mental. También, la organización estima que la tasa de prevalencia, a lo largo de la vida, de violencia contra la mujer, oscila entre el 16% y el 50% y que una de cada cinco mujeres sufre una violación o un intento de violación. No es extraño pensar en que todos los tipos de violencia hacia las mujeres tengan que ver con la cantidad de diagnósticos realizados. “En el año 2000, Elizabeth A. Klonoff, Hope Landrine y Robin Campbell concluyeron que las mujeres tenían más síntomas depresivos, de ansiedad y somáticos que los hombres porque ellas “han experimentado un factor de estrés nocivo que los hombres no han sufrido: el trato sexista” (Chesler, 2019, p 254)

Está demostrado que la mujer como paciente psiquiátrica mantiene un patrón de internamientos hospitalarios frecuentes y recurrentes, también por períodos más prolongados que los varones. Incluso, con el mismo diagnóstico psiquiátrico, ellas son internadas durante más tiempo y tienen una expectativa de vida menor. (Chesler, 2019)

Si pensamos en los siguientes términos, en cuanto a los factores de edad, entre los 20 y los 34 se dan los años más “fecundos” de las mujeres. Las responsabilidades de crianza que les han sido asignadas, junto con su aspecto juvenil y sexualmente “activo”, las mantienen en el circuito de instituciones patriarcales externas, como son el matrimonio y la psicoterapia privada. (Chesler, 2019) Algo así sostiene la tesis del presente trabajo, la existencia de estas instituciones y los roles de género, mantienen una mayor desafiliación de la rehabilitación a las mujeres, más que a los varones que no están obligados a cumplir con las obligaciones familiares con la misma rigidez que las mujeres. Entre los 35 y los 44 años, se dan las cifras más contundentes de internamientos psiquiátricos. Según Chesler (2019):

Sucedía algo igual con los hombres, pero aun así en esta horquilla de edad la cifra de hombres en hospitalización psiquiátrica seguía siendo significativamente menor que en mujeres. Las mujeres blancas y/o ricas de los hospitales privados y las mujeres negras y/o pobres de los psiquiátricos públicos reaccionan ante la sobrecarga de trabajo y también, paradójicamente, ante las

primeras señales de “precsindibilidad” sexual y maternal. Los hospitales les proporcionan terapia preventiva (mediante píldoras, tratamientos de choque y humillación) para que protesten lo menos posible al respecto de estas cuestiones. Si persisten en su empeño de “deprimirse” por ello, o reaccionan con “hostilidad”, les esperarán prolongados o repetidos periodos de reclusión en hospitales públicos o privados. Los psiquiátricos estatales y comarcales funcionan como vertedero final para mujeres “mayores”. (p.259)

Si bien esta información se basa en cifras de Estados Unidos, son datos que nos aportan a la reflexión del presente trabajo. La clave de la desafiliación de la rehabilitación psicosocial podría llegar a encontrarse en esa imprescindible del trabajo femenino, el cual es gratuito y forma parte de su subjetividad como cuerpo socializado de manera femenina. Vemos que, de forma global, la producción se estructura a través de un salto tecnológico, pero ninguno de estos saltos se da en la esfera del trabajo doméstico, a pesar del incremento masivo de mujeres con trabajos fuera del hogar, no se reduce el trabajo socialmente necesario para la reproducción de la fuerza de trabajo, en términos marxistas⁴. (Federici, 2013)

5.2 El uso del tiempo

En nuestro país, según la Encuesta del Uso del Tiempo (2013), indicaría que el aporte de las mujeres al trabajo doméstico y de cuidados en la actualidad sobrepasa con creces el trabajo dedicado por los varones a estas mismas áreas. El trabajo de cuidados es, según Amaia Pérez Orosco es “el conjunto de actividades que permiten regenerar día a día el bienestar físico y emocional de la gente” (Orosco, 2013).

Los resultados obtenidos muestran que la mitad del trabajo que se realiza en Uruguay para el año 2013 corresponde al trabajo no remunerado (50,1%), y éste mismo no se distribuye equitativamente entre varones y mujeres. En 2013, dos tercios del tiempo de trabajo de las mujeres es dedicado al trabajo no

⁴ Para Marx, la fuerza de trabajo es definida como “el conjunto de las facultades físicas y mentales que existen en la corporeidad, en la personalidad viva de un ser humano y que él pone en movimiento cuando produce valores de uso de cualquier índole” (1991, p. 203). Por la reproducción de esta fuerza se entiende a las actividades que son necesarias para que se mantenga con vida, por ejemplo, los cuidados básicos, la alimentación, el descanso.

remunerado (64,6%) y el tercio restante al remunerado (35,4%). En el caso de los varones, estas proporciones se invierten, es decir, un tercio del tiempo se dedica al trabajo no remunerado (31,9%) y dos tercios al trabajo remunerado (68,1%).

Para el año 2013 las mujeres realizan más de la mitad de la carga global de trabajo, dedicando el doble de horas aproximadamente, que los varones, al trabajo no remunerado. En tanto, los varones realizan un promedio de diez horas semanales más que las mujeres, indicando una mayor carga de trabajo remunerado.

En el área de las tareas que componen al trabajo doméstico se observa una división sexual del trabajo muy importante. Las mujeres realizan la mayoría de las tareas de limpieza, cuidado de la casa y la ropa- Y los varones por su parte, participan mayormente en actividades de mantenimiento o cría de animales y cultivo para consumo del hogar.

Sobre el área de cuidados, la encuesta demuestra que poco más de 1 de cada 3 mujeres (35,1%) declara realizar actividades de cuidado de personas dependientes. Mientras que esto solo ocurre para 1 de cada 4 hombres. La mayor parte de estas tareas refiere al cuidado de los niños. Las mayores brechas de género se registran en el cuidado de las infancias, la carga de trabajo de las mujeres aumenta a medida que disminuyen los ingresos de las personas, y junto con las tareas de cuidados a personas dependientes, la participación de las mujeres es significativamente mayor que la de los varones. Sobre la brecha de género en los hogares con menos ingresos, entre los resultados se observa que “Mientras que la tasa de participación de las mujeres que residen en hogares pertenecientes al primer quintil de ingresos es de 60,0%, en aquellas del quinto quintil este valor desciende a 12,5%. Las brechas de género, por su parte, aumentan a medida que disminuyen los ingresos de las personas” (EUT, 2013)

En forma de síntesis, los resultados indicarían que las mujeres tienen una carga de trabajo no remunerado que duplica las horas que dedican sus homólogos varones. Si bien estos últimos trabajan de forma remunerada más

horas que las mujeres, ellas tienen una carga global de trabajo semanal significativamente mayor si se incorporan las horas de trabajo no remunerado. Es importante destacar que dos tercios del trabajo de las mujeres es trabajo no remunerado, mientras que entre los varones solamente lo es un tercio de su trabajo. Sobre el trabajo de cuidados, se indica que las mujeres participan con mayor medida que los varones en las tareas concernientes a esta área. Por lo tanto, es notoriamente visible en estas áreas, la deuda en las relaciones de género.

Rosa María Rosales Nava, en el libro “Trabajo, salud y sexualidad, las cargas de trabajo laborales y reproductivas en la salud de las mujeres” (2002) nos aporta en lo concerniente a este locus del conocimiento. Sobre las esferas privada y pública, dice

“La sociedad liberal asume la tarea siguiendo la línea de la demarcación de las esferas públicas y privadas reguladas por el estado y, es en dicha reorganización, donde se originan una serie de mecanismos que fungirán de mediadores entre ambos espacios. Más específicamente, se trata de fomentar la aparente autonomía mutua de las esferas productiva y familiar, a la vez que desarrolla la gestión de la población mediante políticas sociales” (p.17)

Por ejemplo, a finales del siglo XIX se crea una valoración en torno a la reproducción biológica y social de las mujeres, que aún prevalece. Para la autora, se sostiene a través de la despolitización de esa esfera reproductiva. Como consecuencia el trabajo reproductivo es un deber, una responsabilidad de las mujeres, circunscrito a una labor de humanidad carente de valoración social. Las mujeres “han de asumirse como madres esposas antes que trabajadoras y ciudadanas” (p.32)

5.3 Roles de género

Tradicionalmente, el mandato doméstico en las mujeres pacientes psiquiátricas puede haber constituido un baluarte en la llamada rehabilitación. Desde las antiguas formas de laborterapia, hasta la inserción en la familia como una forma de incorporación o inclusión en la estructura social.

La idea de salud mental se forma a partir de una “idea de”, una serie de valores que, relacionados entre sí, funcionan como un concepto de salud. “A la mujer se le ha asignado el papel de débil, pasiva, dulce, desprotegida, propensa al sacrificio. Sin embargo, lejos de decirle que éstos son valores socialmente estimulados, se le ha hecho creer que “forman parte de su naturaleza, y corresponden, por tanto, a una idea de salud mental” (Carrillo, 1990, p. 8) Los roles de género, juegan un papel importantísimo en la evaluación de la salud, “Las conferencias de Basaglia plantean un asunto fundamental: la situación femenina entraña la supresión de muchas posibilidades humanas; la “salud mental” propuesta a las mujeres es ruta a su destrucción” (Tuñón, 1990, p. 15).

Vemos como ejemplo de estos roles de género socialmente asignados, como vía a la rehabilitación o inclusión, un fragmento del libro de Phyllis Chesler, analizando el caso de una paciente psiquiátrica: “uno de los psiquiatras de Ellen West pensó que ella estaba mejorando porque: mientras en verano era repugnantemente fea, desde entonces se había vuelto cada vez más femenina y era casi bonita”

Por otro lado, en los efectos del trabajo no remunerado y esa vara tan alta a la que tienen que aspirar las mujeres, la exigencia puede virar en contra de la salud mental. Como se explica en el artículo “Fem-inismo y salud mental: discursos de politización del malestar en los inicios de la prensa feminista latinoamericana”:

“Con respecto a los efectos del trabajo no remunerado, la enfermedad mental podría ser vista como el producto de elementos vinculados al rol de género y al ejercicio de una doble jornada laboral: El papel social que desempeña la mujer en la sociedad actual, especialmente en los países latinoamericanos, en donde además de ser madre, trabaja y se hace cargo del hogar, la ha hecho más vulnerable ante las enfermedades mentales, como la depresión (...). (López García, 1997, 28)

Tenemos entonces, dos líneas completamente dispares sobre los roles de género, en el sentido de que pueden considerarse una medición socialmente establecida para definir a la salud mental. En tanto los cuerpos socializados

como mujeres sigan los preceptos que las configuran como mujeres, tendrán menos posibilidades de ser juzgadas como locas. Pero, por otro lado, son esos mismos atributos o valores los que tienen un efecto iatrogénico sobre la salud mental.

A modo de reflexión final

A lo largo de este trabajo he intentado echar luz sobre un problema que llamaba mi atención durante el período de mis prácticas pre-profesionales: la baja asistencia de mujeres a los Centros Psicosociales con los cuales trabajábamos en clase, especialmente en el Centro Psicosocial de Pando. Allí trabajé de cerca con dos situaciones, dos mujeres de edades muy diferentes, pero con problemáticas similares. Es ahí donde comenzó a gestarse intento por comprender esas problemáticas de la manera más amplia posible.

Comencé por buscar la comprobación empírica de las cifras que de forma intuitiva rondaban por mi cabeza. Todos los Centros consultados indican que la mayoría de sus usuarios son varones, y presentan una menor participación de mujeres en sus actividades diarias. Esto puede verse en la introducción del documento.

Luego tracé los objetivos y las líneas hipotéticas que guiarían la pesquisa. Si bien este es un tema amplio, logré demostrar a través de la bibliografía elegida que el fenómeno se relaciona en parte al rol asignado socialmente a las mujeres, la división sexual del trabajo, la explotación del género femenino en las tareas de cuidado. Para ello desarrollé, en primer lugar, un análisis del género como variable biológica, que pasa posteriormente a convertirse en una variable de las ciencias sociales. Describí brevemente su historia para comprender los capítulos siguientes del trabajo. En segundo lugar, utilicé las encuestas disponibles sobre el uso del tiempo en nuestro país, para comprobar la sobrecarga que recae sobre los hombros de las mujeres en el trabajo doméstico.

Por otro lado, me enfoqué en realizar un recorrido histórico de la locura pensando en clave de género, ósea, en el tratamiento y las concepciones de la locura sobre los cuerpos socialmente contruidos como femeninos, con el objetivo de comprender mejor a las pacientes psiquiátricas de hoy en día, un tema que desarrollé con mayor detalle en el último capítulo del trabajo. Con esto busqué también ilustrar el pasaje de las concepciones de la locura en el género femenino, hasta nuestros días en nuestro país. Encontré que los roles de género

tenían mucho que ver en las condicionantes de salud mental de las mujeres, a la vez que condicionaban su tratamiento en caso de ser diagnosticadas con dolencias mentales.

En forma paralela a la descripción histórica de la locura, busqué enfocarme en el territorio uruguayo, en cómo se deviene en el tratamiento de la locura en los Centros Psicosociales del país, los cuales responden a la concepción de rehabilitación psicosocial. Aquí encontré que es central el rol del trabajo en la rehabilitación, y lo relacioné con el trabajo doméstico que realizan las mujeres dentro de sus hogares.

Propongo, como han propuesto otros autores y autoras, problematizar las formas en que se incluye en la esfera del trabajo a los sujetos, así como superar la noción de rehabilitación, como cura, a través del trabajo productivo. Me pregunto por la noción de inclusión social a través del trabajo doméstico, el cual no es un trabajo socialmente valorado, pensando en las mujeres que dejan de asistir a los Centros Psicosociales por tener que encargarse de la reproducción de sus familias, ¿Es el trabajo doméstico considerado como normalizador por los equipos de los Centros?, ¿Cuántos recursos se tiene desde los Centros para poder asegurar un buen tratamiento teniendo en cuenta estas limitantes que nos impone el género?

Por último, insto a pensar a los dispositivos de control que desarrolla el patriarcado en alianza con el sistema capitalista actual, pensando a las formas de normalizar a los sujetos, al disciplinamiento de los cuerpos femeninos que en ausencia del estado que brinde sistemas de protección y proporción de bienestar, se ven explotados en el núcleo familiar.

Es por ello por lo que considero necesarias dos propuestas. En primer lugar, quiero recalcar que pensar en clave de género es sumamente importante en el quehacer cotidiano de la profesión. Sobre el tema específico de este trabajo, considero importante tener en cuenta lo planteado para pensar no solo en la intervención en dispositivos de tratamiento de la salud mental, sino también en un primer nivel de atención a la salud, la prevención. Forma parte de nuestro

trabajo visibilizar injusticias, opresiones estructurales que se manifiestan de forma cotidiana en los desafíos que impone la contemporaneidad en la reproducción de las vidas de las mujeres y las familias. Considero sumamente importante pensar una práctica profesional que mire la sociedad sin ignorar las desigualdades de género. Esto es clave para un mejor entendimiento de los problemas sociales y su eventual intervención.

Y como segundo y último punto, propongo trabajar con más redes de protección como la comunidad, las redes afectivas de la amistad o la vecindad. Espacios alternativos a la familia que podemos potenciar de forma paralela a la institucionalidad, para mitigar las formas de explotación que sufren las mujeres cuando son obligadas a cumplir trabajo doméstico no remunerado, sobre todo cuando deben, como forma de estrategia de supervivencia, dejar de lado la atención a su salud mental.

Bibliografía

- Amarante, P. (2016) Salud mental y atención psicosocial. Salud mental colectiva, 7. Editorial Grupo 5, Madrid.
- Barrán José Pedro, et al. (1993). "La medicalización de la sociedad." Ed. Nordan Comunidad. Montevideo, Uruguay.
- Bentura, Celmira; Mitjavila, Myriam. (2012). "Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya." Montevideo, Uruguay.
- Carrillo, A. (1990) Mujer y salud mental: las rebeldes, las soñadoras y otras locas. fem (14)87, Ciudad de México.
- Casarotti, Humberto (2007). "Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay." Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 71 N° 2 Montevideo, Uruguay. Disponible en: <http://www.spu.org.uy>
- Chesler, P. (2019). Mujeres y Locura. Editorial Continta Me Tienes, Madrid.
- De Beauvoir, S. (1949). El segundo sexo. Los hechos y los mitos. [En línea] Recuperado el 5 de octubre de:
<http://users.dsic.upv.es/~pperis/EI%20segundo%20sexo.pdf>
- De Lauretis, T. (1989). "La tecnología del género". [En línea] Recuperado el 26 de setiembre de 2013 de:
<http://www.caladona.org/grups/uploads/2012/01/teconologias-del-genero-teresade-lauretis.pdf>
- De León, Nelson (coord.). (2013). "Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental." Colección Artículo 2. UDELAR-CSIC. Ed. Psicolibros. Montevideo, Uruguay.
- Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. Psicología, Conocimiento y Sociedad 4,83"96. Disponible en <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>
- Di Segni, S. (2013). Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Duffau, N. (2019). Historia de la locura en Uruguay (1860-1911) Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental. CSIC, Udelar. Montevideo, Uruguay.
- Encuesta del Uso del Tiempo (2013). Uruguay. Disponible en:
<https://www.ine.gub.uy/documents/10181/340523/Uso+del+Tiempo+y+Trabajo+No+Remunerado+2013/5c21b33e-ddde-41cd-a638-4d73e3f75a8d>

Federici, S. (2013). La revolución feminista inacabada. Mujeres, reproducción social y lucha por lo común. México, Capulli.

Foucault, M. (1999). Historia de la locura en la época clásica, tomo I. Brevarios, Fondo de Cultura Económica. México.

_____ (2005). El poder psiquiátrico. Curso en el Colège de France /1973-1974). Fondo de Cultura Económica. México.

Gisbert Aguilar, C. Coord. (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Recuperado de:
http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf

Goffman, E. (1984). "Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales." Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.

Guzman, G. (2019). Fem-inismo y salud mental: discursos de politización del malestar en los inicios de la prensa feminista latinoamericana. Disponible en:
<file:///C:/Users/colla/Downloads/maitgarc,+167-179.pdf>

Ley 19529. (2017). Ley de salud mental. Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>. Montevideo: Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay

Marx, C. (1991). *El Capital*. Tomo I. Vol I, II y III. México: Siglo XXI.

Mitjavila, Myriam. (1998). "El saber médico y la medicalización del espacio social." Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Documento de trabajo N°33. Montevideo.

MSP, 2011. Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud. Disponible en:
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>

Ortega, E. El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Montevideo: Trilce, 2008.

Pérez, A. (2013). Cuidado, resbala, Colectivo la mirada Invertida, Madrid.

Rich, A. (1980) Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. DUODA Revista d'Estudis Feministes núm 10-1996. Disponible en:
<http://www.mpisano.cl/psn/wp-content/uploads/2014/08/Heterosexualidad-obligatoria-y-existencia-lesbiana-Adrienne-Rich-1980.pdf>

Rosales Nava, R. (2002). Trabajo, salud y sexualidad, las cargas de trabajo laborales y reproductivas en la salud de las mujeres. Editorial Icaria, Barcelona.
Tuñón, J. (1990). Mujer, locura y sociedad. fem (14)87, Ciudad de México.

Scott, J. (1988). "Igualdad versus diferencia: los usos de la teoría postestructuralista" en *Feminist Studies*. Volumen 14. Número 1. [En línea] Recuperado el 30 de setiembre de 2013 de:
<http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/iguald1012.pdf>

Stolkiner, A. (2017). "El enfoque interdisciplinario en el campo de la Salud". En *GSMC: Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. EI – UdelaR. Montevideo: Psicolibros, pp. 185-206.

Szasz Th. (1979). *The manufacture of madness: a comparative study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Harper and Row.

Techera, Andrés; Apud, Ismael; Borges, Cristina. (2009) "La sociedad del olvido: un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay." CSIC. Montevideo.

Usall, J. (2003) Diferencias de género en la esquizofrenia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. Disponible en: https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART13402/diferencias_de_genero_en_esquizofrenia.pdf