Universidad de la República

Facultad de Psicología

Vulnerabilidad social y calidad de la atención en el proceso de recuperación de usuarios de la sala 8 bis del Hospital Vilardebó

Trabajo Final de Grado - Articulación teórico-clínica

Andrés Cardarello Compiani C.I.: 5.129.210-7

Tutor: Profesor Titular Mag. Luis Giménez

Revisora: Profesora Adjunta Doc. Cecilia Baroni

Montevideo, Julio de 2025

Agradecimientos

A mis viejos, por su amor infatigable.

A mis hermanas, por ser mis mayores ejemplos.

A mis amigos y a Belu, por su incondicionalidad.

A los practicantes y residentes, en especial a Cari y Bry, por su compañía y amistad.

A los funcionarios del Hospital Vilardebó y los del Centro Diurno, en especial a Moni, por sus brazos abiertos y por tener siempre pronto el café.

A la Universidad y sus docentes, por las oportunidades y los aprendizajes.

Y, principalmente, a todos los usuarios del Vilardebó, por sus vidas.

Índice

Resumen....3
Introducción....4
Capítulo 1 - Marco teórico....5
1. La recuperación en salud mental....6
1.1. Un cambio de paradigma....6
1.2. El pasaje de la rehabilitación a la recuperación....8
2. Vulnerabilidades sociales y salud mental....10
2.1. Aproximación histórica de la pobreza y la locura....10
2.2. Las desigualdades sociales....12
2.3. El fenómeno de la Puerta Giratoria en Uruguay....14
2.4. Determinantes sociales de la Salud Mental....15
2.5. Interseccionalidad y decolonialismo....16
2.6. Los obstáculos para el desarrollo de la salud mental....18
3. La calidad de la atención....20
3.1. La perspectiva de la OMS....20
3.2. La ley N° 19.529....22
3.3. La interdisciplina según Stolkiner....24
Capítulo 2 - Articulación teórico-clínica....26
Presentación de los casos y análisis....26
4. Los casos de Renato y Aníbal....28
4.1. Las (in)diferencias....28
4.2. Un análisis desde los determinantes sociales de la salud....29
4.3. Participación en los grupos terapéuticos de sala y el Centro Diurno....31
4.4. Los encuentros con los técnicos....32
5. Encierro: el caso de Ciro....34
5.1. Un acercamiento a su situación....34
5.2. El control de los locos pobres....35
5.3. El alta médica y la casa de medio camino....36
6. El caso de Yahir....39
6.1. Aproximación al caso....39
6.2. Gegenübertragung....40
6.3. El lugar de la interdisciplina....42
Reflexiones finales....44
Referencias....46

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado, en modalidad de articulación teórico-clínica, analiza críticamente la relación entre vulnerabilidad social de los usuarios, calidad de la atención hospitalaria y recuperación durante la internación y tras el alta. El estudio se basa en la experiencia del Programa de Practicantes y Residentes de Psicología (Facultad de Psicología, UdelaR) en convenio con la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), desarrollada en la sala 8 Bis y el Centro Diurno del Hospital Vilardebó (Montevideo) entre febrero de 2024 y enero de 2025. A partir de entrevistas, talleres y actividades con usuarios, complementadas con la revisión de historias clínicas, se identifican las interacciones entre vulnerabilidades sociales, atención recibida y evolución terapéutica. El primer capítulo presenta el marco teórico sobre recuperación en salud mental y su vínculo con los determinantes sociales, la vulnerabilidad socioeconómica, la interseccionalidad, la desinstitucionalización, los derechos humanos y la calidad del cuidado. El segundo capítulo articula dichas bases con el análisis de casos clínicos de la sala 8 Bis, visibilizando cómo la precariedad socioeconómica y las prácticas asistenciales inciden en los procesos de rehabilitación. Los hallazgos muestran que la pobreza y exclusión condicionan las trayectorias de recuperación, mientras que la calidad de la atención, en particular la implementación de enfoques interdisciplinarios y basados en derechos humanos, resulta decisiva para favorecerlas. Sobre el final, se propone la necesidad de transformar las prácticas de salud mental hacia modelos más éticos, inclusivos y orientados a la recuperación integral de las personas usuarias.

Palabras clave: recuperación, vulnerabilidad social, calidad de la atención, internación psiquiátrica, Hospital Vilardebó

“El más cuerdo es el más delirante”
Charly García

“¿Han desaparecido todas las luciérnagas
o bien sobreviven a pesar de todo?”
Georges Didi-Huberman

Introducción

El presente Trabajo Final de Grado corresponde a la modalidad de articulación teórico-clínica, y se basa en una experiencia desarrollada en el marco del Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud de la Facultad de Psicología, en convenio con la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

En este trabajo se propone describir y analizar de manera crítica la relación entre tres variables centrales en el abordaje de los procesos de internación en salud mental: la vulnerabilidad social de los usuarios, la calidad de la atención brindada en el hospital y la recuperación observada tanto durante el período de internación como en la etapa posterior al alta.

El análisis se desarrollará a partir de la experiencia en la sala 8 Bis y el trabajo en el Centro Diurno del Hospital Vilardebó, en los cuales, junto con los diferentes técnicos, residentes y practicantes, se llevaron a cabo entrevistas, talleres y distintas actividades con diversos usuarios durante el período comprendido entre el 1ro. de febrero del 2024 y el 31 de enero del 2025. Los registros escritos de estas actividades, junto con las historias clínicas constituyen el insumo principal para el estudio, permitiendo identificar de qué manera estas tres variables interactúan y se condicionan mutuamente a lo largo del proceso de internación y externación.

A lo largo de esta experiencia, fueron tomando forma preguntas que guían este trabajo: ¿qué variables inciden en los procesos de recuperación de las personas usuarias del Hospital Vilardebó durante la internación y tras el alta?, ¿qué transformaciones en el sistema de salud pública favorecerían mejores trayectorias de recuperación?, ¿qué lugar ocupamos quienes trabajamos en salud en ese proceso?

De este modo, se desprende que el objetivo central de este trabajo será el de presentar, describir y analizar de qué manera se relacionan la vulnerabilidad social de los usuarios, la calidad de la atención brindada y la evolución terapéutica durante y después de

la internación, a partir del análisis de entrevistas y actividades realizadas en la sala 8 Bis y en el Centro Diurno del Hospital Vilardebó en el período 2024-2025.

Como objetivos específicos, se propone identificar aspectos vinculados a la situación de pobreza que inciden en la experiencia de internación y externación de los usuarios de la sala 8 Bis. También se busca describir las características de la atención brindada en el Hospital Vilardebó. A su vez, se intentará reconstruir, a partir de los relatos recogidos, trayectorias terapéuticas que permitan visibilizar cómo interactúan la pobreza, la atención recibida y la evolución clínica y subjetiva durante y luego de la internación. Por otro lado, se procurará ejemplificar, mediante fragmentos de entrevistas, los modos en que estas tres variables se entrelazan y afectan el proceso de atención en salud mental.

El presente trabajo consta de dos capítulos. El primero de ellos es el marco teórico, en el cual se hace un recorrido por diferentes concepciones y aportes de diversos autores que darán lugar a la problematización de los conceptos de vulnerabilidades sociales, atención y recuperación.

En el segundo capítulo se realizará la articulación teórica-clínica, donde se busca poner en juego la experiencia clínica vivida durante el practicantado en el Hospital Vilardebó a través de diferentes casos con los marcos teóricos abordados en el primer capítulo.

Por último, se realiza un análisis final y se reflexiona acerca de la manera en que las vulnerabilidades sociales y la atención afectan la recuperación de los usuarios a partir de las experiencias relatadas.

Capítulo 1 - Marco teórico

El análisis de los procesos de atención en salud mental exige considerar no solamente las variables clínicas, sino también los contextos sociales, institucionales y estructurales que inciden en la evolución de las personas diagnosticadas con trastornos mentales.

En este sentido, en el presente marco teórico se propone abordar los conceptos fundamentales que permiten comprender cómo se entrelazan la vulnerabilidad social de los usuarios, la calidad de la atención recibida y la posibilidad de una recuperación significativa durante y después de la internación.

Para ello, se tomarán como ejes articuladores las nociones de recuperación en salud mental, interseccionalidad, determinantes sociales de la salud, pobreza y exclusión, así como los debates en torno a la desinstitucionalización, los derechos humanos y la calidad de los cuidados.

El enfoque de recuperación, desarrollado por autores como Shepherd y Deegan, se toma como eje articulador, en diálogo con los determinantes sociales de la salud, la calidad de la atención, la interseccionalidad, los derechos humanos y los marcos ético-políticos contemporáneos.

A su vez, se incorporan aportes fundamentales de autores como Franco Basaglia, Frantz Fanon y Kimberlé Crenshaw, cuyas perspectivas permiten problematizar el cruce entre locura, pobreza, colonialidad y exclusión.

También se incluyen documentos normativos y orientadores como la Ley de Salud Mental uruguaya N° 19.529, informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Relator Especial de Naciones Unidas sobre salud mental entre los años 2014 y 2020, Dainius Püras, que contribuyen a delinear un horizonte de derechos para las personas con sufrimiento psíquico, a la vez que denuncian los principales obstáculos para un buen desarrollo de la salud mental.

Este marco no busca ofrecer un recorte homogéneo o acabado, sino más bien habilitar una lectura compleja y situada, que permita tensionar las prácticas clínicas y pensar la atención en salud mental desde un enfoque ético, crítico y transformador.

1. La recuperación en salud mental

1.1. Un cambio de paradigma

Durante mucho tiempo, la noción de recuperación en el ámbito de la salud mental fue prácticamente inexistente dentro del discurso clínico tradicional (Shepherd et al., 2008). La posibilidad de “recuperarse” rara vez era planteada por los propios profesionales o incluso considerada como un horizonte realista por quienes atravesaban experiencias de sufrimiento psíquico severo.

Sin embargo, a partir de los años 80 y 90, comenzó a gestarse un giro profundo en esta visión, impulsado por el movimiento de *consumers/survivors*[1] que reivindicaba el derecho a la autodeterminación, la autoayuda y el empoderamiento de las personas diagnosticadas. Este movimiento no sólo desafiaba la autoridad del saber experto y el modelo biomédico dominante, sino que recuperaba principios de los movimientos por los Derechos Civiles de décadas anteriores y experiencias comunitarias como Alcohólicos Anónimos, donde el concepto de estar "en recuperación" ocupaba un lugar central.

Este cambio de paradigma se vio respaldado por una creciente producción de evidencia empírica que contradecía las creencias más arraigadas sobre el curso inevitablemente crónico e irreversible de trastornos como la esquizofrenia (Shepherd et al., 2008).

Estudios de seguimiento a largo plazo comenzaron a demostrar que una proporción significativa de personas diagnosticadas con psicosis lograban grados diversos de recuperación (desde mejoras sintomáticas hasta una reintegración plena en sus vidas personales, sociales y laborales). Esta constatación habilitó nuevas formas de entender la salud mental severa, no como una condena irreversible, sino como una experiencia que, aunque compleja, podría ser resignificada y superada en diferentes niveles.

Asimismo, las ideas de recuperación no surgen espontáneamente, sino que dialogan con tradiciones previas en la historia de la atención en salud mental (Shepherd et al., 2008).

Conceptos como el *tratamiento moral* practicado en los primeros asilos humanistas, o la experiencia de las comunidades terapéuticas surgidas después de la Segunda Guerra Mundial, ya promovían abordajes centrados en el trato digno, el apoyo entre pares y la participación activa de las personas en su proceso de mejora. En el contexto británico, la recuperación se entrelaza también con la tradición de la rehabilitación psiquiátrica, impulsada por referentes como Douglas Bennett, que ponían el foco en los resultados sociales antes que en los puramente clínicos.

[1] El término "consumer/survivor" (usuario/sobreviviente), se refiere a personas que han tenido experiencia con el sistema de salud mental (consumidores de servicios) y/o han vivido situaciones consideradas abusivas o coercitivas dentro del mismo (sobrevivientes). Surgió históricamente como parte de un movimiento activista que busca reequilibrar la relación de poder en salud mental, dando voz y protagonismo a quienes han vivido esos procesos (International Mental Health Collaborating Network [IMHC], s/f).

1.2. El pasaje de la rehabilitación a la recuperación

Actualmente, la rehabilitación se encuentra en un proceso de redefinición para integrar los principios de la recuperación (Shepherd et al., 2008).

Este nuevo enfoque valora especialmente lo que las personas pueden hacer, subraya la importancia de mantener la esperanza y de sostener expectativas elevadas y promueve activamente la autoayuda como forma de empoderamiento. La recuperación no sólo redefine el objetivo de la intervención en salud mental, sino que constituye un marco conceptual alternativo, centrado en la subjetividad, la dignidad y el proyecto vital de las personas.

De esta manera, la recuperación en salud mental puede entenderse como un proceso único, profundamente personal, que implica un cambio en las actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Más allá de la mera remisión de los síntomas, se trata de encontrar una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y sentido, incluso a pesar de las limitaciones impuestas por la enfermedad (Shepherd et al., 2008).

Como sucede con los problemas de salud física, las personas deben reconciliarse con el trauma que implica la aparición de los síntomas, integrando esa experiencia dentro de una nueva identidad personal. Preguntas como: “¿Qué me ha pasado?”, “¿Qué significa esto?”, o “¿Por qué me ha ocurrido?” emergen con fuerza, especialmente durante la juventud, etapa en la que el sentido de identidad aún se encuentra en proceso de formación (Shepherd et al., 2008).

Continuando con esta línea, como sugiere Deegan (1988), el buen proceso de evolución de las personas con trastornos psiquiátricos no consiste en “ser rehabilitadas” como si fueran objetos a reparar, sino en vivir un proceso interno de reconstrucción del sentido de sí mismos y de propósito, tanto dentro como más allá de los límites impuestos por la enfermedad.

Mientras que la rehabilitación alude a los servicios, tecnologías y apoyos que facilitan el aprendizaje de nuevos modos de adaptación al entorno (*polo del mundo*), la recuperación remite a la experiencia subjetiva de aceptar el desafío de la discapacidad y transformarlo en un motor de acción (*polo del yo*).

Como menciona García (2024) en su Trabajo Final de Grado, la recuperación no concibe a la persona como un receptor pasivo de los tratamientos, sino como el eje central

del proceso, con capacidad de decidir y atravesar su propia experiencia. La resignificación de dicho proceso favorece una nueva mirada y la construcción de un sentido personal que permite integrarlo de manera saludable en la vida cotidiana. Reconocer la autonomía de las personas con problemas de salud mental implica ofrecerles la confianza y el respaldo necesarios para la toma de decisiones que resultan fundamentales en su camino de recuperación.

En efecto, no basta con ofrecer los programas más avanzados; la persona debe levantarse cada mañana, ganarle al cansancio inducido por la medicación, llenarse de valor para tomar un ómnibus lleno y afrontar el miedo al fracaso en las situaciones de su día a día. Sólo a través de ese ejercicio cotidiano de valentía y compromiso, es decir, mediante la recuperación, el sujeto se convierte en participante activo de su propio proyecto de rehabilitación.

No se trata de un estado final ni de una “cura” definitiva, sino de un paradigma en el que la aceptación profunda de las propias limitaciones abre paso a nuevas posibilidades de ser y de hacer.

Además, la recuperación implica la transición de la angustia (un dolor circular, estéril y carente de futuro) al sufrimiento auténtico, aquel que, pese al dolor, se vive con paz interior porque indica un tránsito hacia un porvenir renovado. En última instancia, la recuperación es un proceso no lineal, un modo de vida que admite retrocesos, replanteos y nuevos comienzos, y que sólo florece en la medida en que cada paso, por pequeño que sea, se sostiene en la confianza de que hacer conduce inexorablemente a ser.

Para finalizar este apartado, me gustaría decir entonces que los servicios de salud mental orientados hacia la recuperación difieren sustancialmente de los modelos tradicionales centrados en el tratamiento y la cura. Mientras que estos últimos priorizan el alivio sintomático y la prevención de recaídas, este enfoque reconoce la importancia de la mejora clínica, pero la subordina a un objetivo más amplio: la calidad de vida definida por la propia persona. Así, el bienestar subjetivo, la autodeterminación y la posibilidad de llevar una vida con sentido se constituyen en ejes fundamentales del acompañamiento terapéutico (Shepherd et al., 2008).

2. Vulnerabilidades sociales y salud mental

2.1. Aproximación histórica de la pobreza y la locura

Comprender la relación entre pobreza y locura implica analizar el momento histórico en que ambas categorías comienzan a ser problematizadas por las instituciones. Ya en la antigüedad, algunas figuras filosóficas desafiaban las normas sociales a través del rechazo voluntario a la riqueza. El caso de Diógenes de Sinope, quien convirtió la pobreza extrema en una forma de virtud y protesta contra la artificialidad de los valores sociales; permite identificar un momento donde el desapego material no era sinónimo de exclusión patológica, sino de sabiduría alternativa (Rousseaux, 2016).

Sin embargo, con el avance del cristianismo en la Edad Media, la pobreza adquiere una connotación distinta, vinculada al castigo divino. En este contexto, la figura del loco pobre aparece como un sujeto que deambula entre lo sagrado y lo peligroso, y comienzan a surgir instituciones que buscan contener más que tratar a quienes se desviaban de la norma. Así, hospitales o casas de reclusión comienzan a funcionar como mecanismos de aislamiento más que de cuidado (Rousseaux, 2016).

Durante los siglos XVII y XVIII, en el marco del racionalismo y la consolidación del Estado moderno, se profundiza la asociación entre desorden social y marginalidad. Locos, pobres, huérfanos y otros considerados “improductivos” fueron agrupados en los mismos espacios de reclusión, como hospitales generales y casas de trabajo. El encierro se justifica no desde la medicina sino desde la necesidad política de ordenar el cuerpo social. En este contexto, el loco comienza a ser equiparado al pobre por su incapacidad para integrarse al modelo económico-productivo dominante (Rousseaux, 2016).

Hacia finales del siglo XVIII, en el marco de la Ilustración, comienza a gestarse una transformación en las formas de concebir y abordar la locura. Surge entonces el denominado *tratamiento moral,* una propuesta que buscaba reemplazar el trato violento y degradante hacia las personas con padecimiento psíquico por formas de intervención más humanas, basadas en la razón, la paciencia y la contención afectiva. Esta nueva orientación representó un giro respecto a las prácticas dominantes hasta ese momento, en las que predominaban el aislamiento extremo, la coerción física y la exclusión social (Trent, s.f.).

En Francia, el médico Philippe Pinel fue una de las figuras centrales de este enfoque. En el hospital Bicêtre de París, promovió un trato más digno hacia los internados, cuestionando el uso de cadenas, castigos y maltratos. En lugar de ello, proponía la

amabilidad, el diálogo, los paseos, la recreación y la escucha como ejes del cuidado. Casi al mismo tiempo, en Inglaterra, William Tuke fundó el York Retreat, una institución que rechazaba los métodos médicos tradicionales y ofrecía a las personas con sufrimiento psíquico un ambiente tranquilo, en contacto con la naturaleza, donde pudieran realizar tareas livianas, leer y conversar en un entorno reducido y personalizado (Trent, s.f.).

Estas experiencias, especialmente influyentes en el contexto europeo, sentaron las bases de una reforma del trato hacia la locura que también encontró eco en otras regiones como Estados Unidos, aunque con características propias. Allí, figuras como Benjamin Rush y Dorothea Dix impulsaron reformas inspiradas en el tratamiento moral, promoviendo la creación de hospitales más humanos, amplios y ventilados, con jardines y estructuras pensadas para favorecer la tranquilidad. No obstante, el desarrollo institucional en ese país respondió a dinámicas específicas vinculadas a la industrialización y al crecimiento demográfico (Trent, s.f.).

Durante la segunda mitad del siglo XIX, el impulso inicial del tratamiento moral comenzó a perder fuerza. Las crecientes demandas asistenciales, derivadas del aumento de la población urbana y del proceso de institucionalización masiva, terminaron por desbordar el ideal de atención individualizada. Las pequeñas casas de cuidado fueron reemplazadas por grandes hospitales psiquiátricos, donde la lógica del control, la administración y la eficiencia pasó a imponerse sobre la atención personalizada. El sujeto de cuidado fue progresivamente desdibujado frente a una estructura que privilegiaba el orden, la vigilancia y el mantenimiento de los establecimientos por sobre la dimensión terapéutica (Trent, s.f.).

Años después, en el contexto posterior a la Primera Guerra Mundial, aparece la figura de Francesc Tosquelles, quien tuvo aportes que impulsaron una profunda transformación en la manera de concebir y organizar la atención en salud mental. Su experiencia en el hospital de Saint-Alban, atravesada por las condiciones de escasez y precariedad propias de la Francia ocupada, dio origen a una práctica psiquiátrica basada en la participación activa de los pacientes, la horizontalidad en las decisiones clínicas y la articulación comunitaria del cuidado. Desde allí, contribuyó a la consolidación de la psicoterapia institucional y de la psiquiatría de Sector, enfoques que propusieron una alternativa radical al modelo asilar, al entender que la transformación de la institución era condición para la recuperación subjetiva. Frente al encierro y la segregación, propuso una psiquiatría territorial, extensiva, atravesada por el análisis institucional y por una dimensión política que nunca disoció de su práctica clínica. Sus ideas influenciaron directamente los procesos de reforma en Europa, especialmente en Francia, y siguen siendo una referencia

imprescindible para pensar modelos comunitarios, democráticos y humanizadores en salud mental (Desviat, 2022).

Tras la Segunda Guerra Mundial, emerge una crítica más estructural desde dentro de la propia psiquiatría. Algunos profesionales, dentro del movimiento de la antipsiquiatría, comienzan a cuestionar el rol de las instituciones en la perpetuación del estigma y la exclusión. Uno de los referentes de este cambio fue Franco Basaglia, quien, sin identificarse como antipsiquiatra, impulsó una transformación profunda del modelo manicomial en Italia. Para Basaglia, la pobreza no era solo un contexto de la locura, sino también una de sus causas y consecuencias. El encierro y el estigma no solo se producían en el hospital, sino que continuaban en la exclusión social (Rousseaux, 2016).

En las décadas siguientes, muchos países adoptaron políticas de desinstitucionalización. Sin embargo, el cierre de instituciones no siempre vino acompañado de estrategias efectivas de inclusión. Al mismo tiempo, el paradigma biomédico se consolidó socialmente, promoviendo la idea de que los trastornos mentales tienen una base genética o neurobiológica. Esto dio lugar a nuevas formas de exclusión, en las que las personas con sufrimiento psíquico, sin acceso a los tratamientos adecuados o sin redes de apoyo, continúan orbitando en los márgenes de la sociedad, como sujetos improductivos o peligrosos, tal como ocurría en siglos anteriores (Rousseaux, 2016).

En la actualidad, diversos estudios demuestran la relación existente entre las personas con enfermedades mentales y la pobreza. En su artículo científico, Burns (2015) muestra ejemplos de investigaciones que evidencian que la desigualdad de ingresos está asociada con un mayor riesgo de trastornos mentales, incluidos los trastornos comunes, la depresión, el suicidio, el consumo de cannabis y alcohol y la esquizofrenia.

Otros autores señalan que, si bien es plausible interpretar las relaciones transversales en el contexto de la pobreza como un factor de riesgo para los trastornos mentales, la causalidad inversa también debe considerarse, ya que se sabe que dichos trastornos generan discapacidad y aumentan los costos de atención médica (Patel y Kleinman, 2003).

2.2. Las desigualdades sociales

Diversos estudios han demostrado que las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen inciden directamente en su salud mental. A continuación se presentan algunos de los trabajos más relevantes que dan cuenta de esta afirmación.

En el estudio de Wilkinson y Pickett (2009) se pone de manifiesto que no es la pobreza absoluta sino la desigualdad de ingresos (la dispersión entre las rentas más altas y más bajas) lo que explica la mayoría de los problemas sociales, de salud y de percepción de bienestar en una sociedad. En las sociedades desiguales, la confianza interpersonal se erosiona: la gente se agrupa por similitudes y marca diferencias con quienes considera "otros", fomentando la desconfianza y el aislamiento.

Esta afirmación se ve reforzada por la constatación de que, pese a los avances materiales y al desarrollo económico alcanzado en muchas sociedades contemporáneas, se experimenta una creciente disminución de la calidad de vida. Como se señala en distintos análisis sociales que presentaremos a continuación, el éxito económico no se traduce automáticamente en bienestar colectivo; por el contrario, el contraste entre el desarrollo material y el empobrecimiento de los vínculos humanos genera sufrimientos personales, sociales y ambientales.

Por otro lado, en contextos marcados por la desigualdad, las personas se ven empujadas a competir individualmente por su supervivencia, lo que incrementa los niveles de estrés, ansiedad y fragmentación social. El bienestar se convierte en una meta individual más que en una construcción colectiva, desvinculada de las redes humanas de apoyo que antes ofrecían contención y sentido de pertenencia.

Según la Asociación Nacional para la Salud Mental del Reino Unido (Rowe, 2007), la salud mental se construye a través de la aceptación y el apoyo mutuo; su deterioro se manifiesta en la falta de autocuidado y el miedo al rechazo. Por otro lado, autores como Robert Frank asocian la ansiedad social al esfuerzo constante por mantener un estatus competitivo, y señalan que los medios de comunicación refuerzan este efecto al ofrecer comparaciones sociales permanentes que derivan en temor al fracaso (Frank, 1999).

En este contexto, el Informe Mundial de Drogas de la ONU documenta cómo, en sociedades con alta desigualdad, el consumo de sustancias se utiliza a modo de automedicación para mitigar la ansiedad (United Nations Office on Drugs and Crime, 2007)

Al mismo tiempo, investigaciones como la de Robert Putnam (2000) muestran que hemos pasado de una comunidad cohesionada, donde los vínculos sociales eran el centro de la vida colectiva, a una agregación de individuos aislados que compiten por recursos y estatus. Esta transformación alimenta el individualismo extremo y genera intensos niveles de estrés y ansiedad, al obligar a cada persona a sostenerse prácticamente en solitario .

Ya en 1992, un estudio en el British Medical Journal reveló que la mortalidad y los indicadores de salud dependen más de cómo se distribuye la riqueza que de su volumen total: en sociedades con distribución más equitativa, la esperanza de vida y la salud general son superiores (Wilkinson, 1992).

Por otro lado, también se observa una relación consistente entre la desigualdad de ingresos y múltiples indicadores de salud en países desarrollados (Wilkinson y Pickett, 2009). Esta asociación no se explica únicamente por factores individuales, como el consumo de tabaco entre las personas con menores ingresos, sino que responde a determinantes psicosociales más profundos, vinculados a la posición que cada individuo ocupa en la estructura social. Incluso cuando se consideran ingresos personales similares, las sociedades más desiguales tienden a presentar peores resultados en términos de salud.

Así lo demuestran los aumentos en la esperanza de vida registrados en el Reino Unido tras las guerras mundiales, o en Japón luego de procesos de redistribución social promovidos tras la Segunda Guerra Mundial, en contraste con el marcado descenso de la expectativa de vida en Rusia tras la transición al modelo de mercado.

Estos procesos refuerzan la hipótesis de una relación causal entre desigualdad y salud, cuya vía probable se encuentra en los efectos biológicos del estrés crónico generado por la inseguridad, la comparación social y la falta de cohesión. En este sentido, las sociedades más desiguales tienden a ser, también, las más enfermas.

En definitiva, como mencionan los trabajos anteriores, entendemos que la desigualdad profundiza las distinciones de estatus, refuerza la competencia individual, erosiona la confianza interpersonal, incrementa la ansiedad y la violencia, y acaba traduciéndose en menor salud, mayor estrés y una calidad de vida más baja. Contrariamente, las sociedades con distribución más equitativa viven mejor y disfrutan de un bienestar más estable y colectivo.

2.3. El fenómeno de la *Puerta Giratoria*[2] en Uruguay

En un estudio descriptivo realizado en el Hospital Vilardebó (Pezzani, 2017) se analizaron las características principales de los pacientes con reingresos frecuentes (PRF) durante los años 2013 y 2014. En términos sociodemográficos, se observó que los PRF suelen ser personas solteras, desempleadas y con bajo nivel educativo, lo que refleja una

[2] El denominado fenómeno de *puerta giratoria* hace referencia a la recurrencia de hospitalizaciones en un corto período de tiempo, situación que ha recibido especial atención en el campo de la salud mental.

situación de alta vulnerabilidad y dependencia tanto económica como social. En relación con el contexto de convivencia, la mayoría reside con sus familias; sin embargo, estas fueron descritas en gran parte de los casos como poco continentes o con dificultades para sostener el cuidado, lo que se vincula a situaciones de desamparo y aislamiento social que merecen un análisis más profundo.

Desde el punto de vista diagnóstico, los PRF se distribuyeron de manera equilibrada en tres grandes grupos: trastornos de la personalidad (especialmente límite y antisocial), esquizofrenia y trastorno bipolar. En comparación con los demás pacientes hospitalizados en el mismo período, se evidenció una sobrerrepresentación de los trastornos afectivos y de los trastornos de la personalidad, mientras que en la población no-PRF predominaron los cuadros psicóticos.

En cuanto a los motivos de ingreso, las alteraciones de conducta fueron las más frecuentes, en especial la heteroagresividad. Este tipo de manifestaciones tiende a generar un alto nivel de desgaste en el entorno familiar y social, lo que puede contribuir a la repetición de los ingresos. Asimismo, se destacó la presencia de consumo de sustancias psicoactivas y antecedentes de intentos de autoeliminación.

Como sostiene la autora, la problemática de los reingresos frecuentes pone de manifiesto la falta de dispositivos específicos dentro del Sistema Nacional de Salud capaces de brindar una atención adecuada y sostenida a esta población. En este sentido, constituye un desafío relevante para el proceso de reforma de la atención en salud mental que atraviesa Uruguay.

2.4. Determinantes sociales de la Salud Mental

Como se ha venido desarrollando, las desigualdades sociales afectan de forma directa tanto la salud física como la salud mental de las personas. En este apartado se profundiza específicamente en los determinantes sociales que inciden en el bienestar de los individuos.

La OMS (2011) define a los determinantes sociales de la salud (DSS) como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, junto con el conglomerado de fuerzas y sistemas más amplios que moldean esas condiciones cotidianas de vida.

En su marco conceptual, la OMS y la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) establecen una distinción entre determinantes sociales estructurales e

intermedios. Los estructurales hacen referencia al contexto político, económico y social en el que se organiza la sociedad, y que determina cómo se distribuyen el poder, los recursos y las oportunidades de manera desigual entre distintos grupos, según dimensiones como la clase social, el género o la pertenencia étnico-racial. Por su parte, los determinantes intermedios serían aquellos más próximos a la realidad cotidiana de las personas: condiciones de empleo y trabajo, las condiciones de vivienda, el transporte, las condiciones psicosociales, etc.

Desde un enfoque de determinantes sociales, la salud mental no puede entenderse únicamente como una cuestión individual o biomédica, sino como el resultado de múltiples factores estructurales e intermedios que interactúan a lo largo del curso de vida. Según la OMS (2014), los trastornos mentales comunes, como la depresión y la ansiedad, se distribuyen de forma desigual en función de variables como el nivel educativo, los ingresos, la calidad de la vivienda, el empleo, la presencia de redes sociales de apoyo o el acceso a servicios básicos.

Estas diferencias se manifiestan como inequidades evitables e injustas, cuya persistencia refleja fallas en la organización social y política. A su vez, se plantea una relación bidireccional entre salud mental y pobreza: las personas en situación de vulnerabilidad tienen mayor riesgo de padecer trastornos mentales, y estos, a su vez, profundizan las condiciones de exclusión al dificultar la inserción laboral, educativa y social.

2.5. Interseccionalidad y decolonialismo

Independientemente de lo planteado anteriormente, es importante poder entender a los distintos determinantes sociales de la salud como diferentes dimensiones dentro de un entramado de líneas que se encuentran y que influyen en la experiencia de marginación y exclusión de las personas. En este sentido, el concepto de interseccionalidad propuesto por Kimberlé Crenshaw (1989), señala que las experiencias de opresión no pueden entenderse de forma aislada (como si fueran exclusivamente de clase, de género o de raza) sino que deben abordarse en su superposición concreta.

En ese sentido, la internación psiquiátrica representa un espacio donde se cruzan múltiples vectores de desigualdad, entre los que destacan la condición socioeconómica y el diagnóstico de trastorno mental. Como advierte Crenshaw en relación a las mujeres negras cuyas vivencias quedaban invisibilizadas por los marcos jurídicos y políticos dominantes, podríamos afirmar que las personas pobres con padecimiento mental son también

invisibilizadas en tanto que sus derechos fundamentales son frecuentemente vulnerados dentro del sistema de salud mental.

Tal como lo sugiere la pregunta de qué sucede cuando a la pobreza y a la racialización se les suma la condición de género, es necesario incorporar este eje para comprender cómo opera una forma específica de exclusión ligada al diagnóstico de locura. Ésta, más allá de su definición clínica, funciona como un marcador social que deslegitima la voz del sujeto, lo ubica como potencialmente peligroso o incapaz, y lo expone a mecanismos de control más intensos.

Continuando ahora con otras posturas decolonialistas, la obra de Frantz Fanon ofrece una mirada crítica sobre los efectos del colonialismo en la salud mental y cuestiona profundamente el rol de la psiquiatría en contextos de dominación.

El autor denuncia que la práctica psiquiátrica europea en las colonias actuaba menos como instrumento de cura y más bien como mecanismo de control social. Bajo el régimen colonial, el “loco nativo” se definía por criterios raciales y políticos antes que clínicos, para deslegitimar cualquier forma de resistencia; sin embargo, esa misma etiqueta de “locura insurgente” podía volverse contra el colonizador al servir de acto de autoafirmación que quiebra la psique impuesta (Laubscher, L., Hook, D., y Desai, M. U., 2022).

Por otro lado, la violencia simbólica y física del colonialismo fragmenta al sujeto, generando un “dualismo colonial” en el que el colonizado existe entre la cultura impuesta y la propia, sin poder reconciliarlas. Esa pérdida de sentido de pertenencia (la anomia cultural) desemboca en angustia, depresión crónica y en los casos más extremos, en psicosis.

Para Fanon, la violencia contra el colonizador tiene también una dimensión terapéutica y catártica: rompe con la humillación interiorizada y permite la emergencia de un yo nuevo, libre de servidumbres históricas. Esta purga no es sólo individual, sino profundamente colectiva, pues la acción política conjunta forja una comunidad de cura-liberación (Laubscher, L., Hook, D., y Desai, M. U., 2022).

Al presentar sus observaciones sobre los hospitales psiquiátricos en Argelia, Fanon describe cómo las jerarquías coloniales se reproducen en su interior, con personal europeo en la dirección y pacientes nativos tratados con desprecio. Propone reemplazar esa institución aislada por una psiquiatría comunitaria que integre saberes locales y la participación de familiares y líderes sociales en el proceso terapéutico.

Más allá de la práctica clínica, Fanon ataca la epistemología occidental de la psiquiatría: las categorías diagnósticas universales invisibilizan otras formas de sufrimiento y de sanación. Aboga por una desobediencia epistémica que desplace el eurocentrismo y genere un diálogo interdisciplinar con narrativas no occidentales (Laubscher, L., Hook, D., y Desai, M. U., 2022).

2.6. Los obstáculos para el desarrollo de la salud mental

Dejando de lado por un momento las posturas decolonialistas, me gustaría ahora poder centrarme en presentar ciertos retos que se muestran a escala global en referencia al desarrollo de la salud mental, que mucho tienen que ver con las desigualdades sociales.

En este sentido, estos desafíos obstaculizan el cumplimiento efectivo del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los retos no sólo derivan de limitaciones en los recursos o en el acceso a servicios, sino que también están profundamente vinculados a paradigmas biomédicos dominantes, prácticas coercitivas, relaciones asimétricas de poder y a una escasa consideración de los determinantes sociales.

En relación a lo anteriormente mencionado, en el Informe del Relator Especial sobre la Salud Mental, Dainius Pūras, sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/HRC/35/21), que fue presentado el 28 de marzo de 2017 ante el Consejo de Derechos Humanos, en el marco de su mandato de Procedimientos Especiales, y discutido durante la 35.ª sesión, la salud mental se plantea como una prioridad mundial. Se denuncian las frecuentes violaciones de derechos humanos en los sistemas de atención (sobre todo contra personas con discapacidades psicosociales, cognitivas o intelectuales) y se propone abandonar el modelo biomédico-coercitivo en favor de enfoques basados en los derechos humanos, la autonomía y la participación activa de las propias personas usuarias (Pūras, 2017).

Siguiendo con el desarrollo de este punto, a continuación, se analizarán los principales factores que configuran ciertos obstáculos para el desarrollo de la salud a nivel global.

Uno de los principales es el dominio del modelo biomédico en la concepción y abordaje de los problemas de salud mental. Este paradigma sostiene que los trastornos mentales tienen causas biológicas y, en consecuencia, que su tratamiento debe centrarse fundamentalmente en intervenciones farmacológicas.

Esta hegemonía, impulsada históricamente por sectores de la psiquiatría tradicional y la industria farmacéutica, no ha logrado reducir significativamente la carga mundial de los trastornos mentales. La expansión de este modelo ha promovido la medicalización excesiva de la vida cotidiana, patologizando experiencias humanas normales como el duelo, el sufrimiento o el estrés. Además, ha consolidado el uso de prácticas coercitivas como las internaciones forzadas y la medicación involuntaria, justificadas en nombre de la protección pero que, en muchos casos, representan graves vulneraciones de los derechos humanos.

Otro obstáculo descrito por el autor es la asimetría de poder existente entre profesionales de la salud mental y usuarios de los servicios. El informe pone de relieve cómo la asimetría de poder en los servicios de salud mental afecta profundamente a las personas usuarias. Este desequilibrio se manifiesta principalmente en la relación paternalista entre profesionales y pacientes, donde las decisiones sobre el tratamiento se toman sin consultar ni considerar de manera significativa las opiniones o deseos de los usuarios.

La imposición de tratamientos, como la medicación involuntaria o las internaciones sin consentimiento, son ejemplos de cómo la coerción se justifica en nombre de la protección, cuando en realidad vulnera los derechos humanos y la autonomía de la persona. Este modelo autoritario no sólo limita la participación activa de los pacientes, sino que también genera desconfianza hacia el sistema de salud, lo que puede obstaculizar la recuperación.

A nivel estructural, la falta de inclusión de los usuarios en las decisiones sobre su tratamiento perpetúa la estigmatización y el aislamiento social. En este contexto, el informe subraya que las intervenciones basadas en la autonomía y el respeto por la voz de los pacientes son más efectivas, ya que promueven un proceso de recuperación más humano y centrado en los derechos.

Otro obstáculo importante es la escasa inversión en estrategias de prevención y promoción de la salud mental. Los recursos siguen orientándose principalmente a intervenciones clínicas y farmacológicas, en detrimento de enfoques comunitarios, psicosociales y educativos que podrían tener un impacto más amplio y sostenible.

El informe también subraya el impacto de los determinantes sociales de la salud mental, como la pobreza, la discriminación, el desempleo, la violencia y la exclusión social. Estos factores estructurales no solo generan sufrimiento psíquico, sino que además son frecuentemente ignorados en las respuestas estatales, que tienden a centrarse en intervenciones individuales (Pūras, 2017).

Finalmente, se destaca la falta de participación significativa de las personas usuarias en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas de salud mental. Esta ausencia consolida prácticas autoritarias y dificulta la construcción de sistemas de atención basados en el respeto a la autonomía, la inclusión y la promoción de derechos. Esto puede vincularse con lo que Basaglia expresó en su momento respecto a la situación de las personas internadas, en particular al referirse a las condiciones de pobreza que atravesaban. El mismo señalaba que al abordar la pobreza de las personas internadas, su posición se transformaba: dejaban de ser etiquetados simplemente como "locos" para convertirse en individuos con quienes se podía establecer una relación significativa.

Tanto él como su equipo comprendieron que la primera necesidad de un paciente no es únicamente curarse de la enfermedad, sino también satisfacer otras demandas fundamentales: establecer una relación humana auténtica con el profesional que lo atiende, obtener respuestas concretas a sus inquietudes existenciales, disponer de recursos económicos y contar con el apoyo de una familia, elementos que, paradójicamente, también son requeridos por quienes ejercen la medicina (Basaglia, 2000/2008).

En síntesis, los principales obstáculos en el ámbito de la salud mental no son inevitables, sino resultado de decisiones políticas, económicas y marcos culturales que han privilegiado enfoques biomédicos restrictivos, ignorado los determinantes sociales, mantenido relaciones asimétricas de poder y perpetuado prácticas que violan los derechos humanos. Transformar este escenario requiere un cambio estructural hacia modelos de atención basados en la promoción, prevención, autonomía y respeto de los derechos fundamentales.

3. La calidad de la atención

3.1. La perspectiva de la OMS

Según lo planteado por la OMS (2012) en su publicación *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social,* a escala global, los servicios de salud mental han sido cuestionados por brindar atenciones que, lejos de promover procesos de recuperación y autonomía, reproducen prácticas que vulneran derechos fundamentales.

Personas con trastornos mentales, discapacidades psicosociales o problemas relacionados con el uso de sustancias enfrentan, muchas veces, condiciones de atención que resultan inadecuadas, despersonalizadas o incluso perjudiciales para su salud. No sólo

se observa una débil implementación de prácticas clínicas basadas en evidencia, sino también una tendencia a tratar a las personas como objetos de control o tutela, sin tener en cuenta sus deseos, decisiones o dignidad (OMS, 2012).

Estas situaciones están estrechamente vinculadas a concepciones erróneas y estigmatizantes que perciben a quienes padecen trastornos mentales como peligrosos, incapaces o dependientes permanentes de asistencia. Como consecuencia, las personas quedan expuestas a la exclusión, a la segregación social y, en ocasiones, a condiciones de institucionalización prolongada, donde se registran situaciones de maltrato, medicalización excesiva y ausencia de propuestas terapéuticas significativas (OMS, 2012).

Frente a esta realidad, organismos internacionales como la ya mencionada Organización Mundial de la Salud han planteado la necesidad urgente de transformar los servicios de salud mental. Para ello, proponen mecanismos de evaluación y mejora de la calidad que garanticen el respeto por los derechos humanos, el desarrollo de entornos comunitarios inclusivos y la participación activa de las personas usuarias en sus procesos de atención. Así, la calidad asistencial no puede ser pensada únicamente en términos técnicos, sino que debe estar inseparablemente ligada al trato digno, la libertad, la inclusión social y el derecho a decidir sobre la propia vida (OMS, 2012).

En la Región de las Américas, según lo relatado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) en su *Informe de la Comisión de Alto Nivel de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud y COVID-19: Una nueva agenda para la salud mental en las Américas*, las afecciones de salud mental representan una de las principales causas de discapacidad, carga de enfermedad y mortalidad.

Trastornos como la depresión, la ansiedad, el consumo problemático de alcohol y el suicidio afectan a una proporción significativa de la población, mientras que el acceso al tratamiento continúa siendo sumamente limitado: se estima que cerca del 82% de las personas con trastornos mentales graves no reciben atención adecuada.

A esta situación crítica se suman factores estructurales como el escaso financiamiento, la centralización de los servicios en instituciones de larga estancia, la persistencia del estigma y la discriminación, y la atención desigual que reciben determinados grupos poblacionales, especialmente quienes viven en situación de pobreza, pueblos indígenas, afrodescendientes, personas LGBTQ+, migrantes, mujeres y personas con discapacidad.

La pandemia de COVID-19 profundizó este escenario, al generar un aumento sostenido en los factores de riesgo psicosocial como el desempleo, la inseguridad económica, el aislamiento, el duelo, el trauma y las barreras de acceso a la atención. Esto produjo un incremento notable en los casos de depresión y ansiedad, afectando de forma desproporcionada a grupos ya vulnerables. Además, se observaron importantes alteraciones en los servicios de salud mental, con una interrupción masiva durante los primeros años de la pandemia y una recuperación parcial hacia 2023.

Frente a esta situación, la OPS promovió la conformación de una Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19, la cual elaboró el informe mencionado. Este documento propone una serie de recomendaciones urgentes orientadas a transformar la atención en salud mental desde un enfoque comunitario, de derechos humanos, equidad e interculturalidad.

Entre sus lineamientos centrales se destaca la necesidad de jerarquizar la salud mental en las agendas nacionales y regionales, integrarla de manera transversal en todas las políticas públicas, aumentar y reorientar el financiamiento hacia servicios comunitarios, y garantizar el respeto por los derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico. A su vez, se plantea la importancia de promover la salud mental a lo largo de todo el ciclo vital, mejorar las estrategias de prevención del suicidio, abordar las desigualdades de género y las formas estructurales de racismo, y fortalecer la producción de datos e investigación para orientar la toma de decisiones.

Estas recomendaciones, que han sido aceptadas por la dirección de la OPS, no pretenden ser un modelo único, sino una guía adaptable a los distintos contextos nacionales. Apuntan a avanzar hacia una reforma integral y sostenida de los sistemas de salud mental en la región, que logre superar el modelo institucionalizante y promueva el bienestar desde la comunidad, el reconocimiento de la diversidad y el protagonismo de las personas usuarias de los servicios.

3.2. La ley N° 19.529

Hablar de calidad de la atención implica referirse a un conjunto de principios, derechos y orientaciones que guían el modo en que las personas con sufrimiento psíquico deben ser recibidas, tratadas y acompañadas en su proceso de recuperación.

En Uruguay, estos lineamientos están establecidos de manera explícita en la Ley de Salud Mental N° 19.529 (2017), que constituye el marco legal vigente y propone una transformación profunda en el modelo de atención.

La ley parte de una concepción integral de la salud mental, entendiéndola como un estado de bienestar vinculado a la capacidad de la persona para afrontar las tensiones de la vida, desarrollarse y participar activamente en su comunidad. Este enfoque se sustenta en una perspectiva de derechos humanos, que reconoce que el bienestar psíquico no puede separarse de los determinantes históricos, culturales, económicos y sociales que inciden en la vida de las personas (art. 2).

En relación directa con la calidad de la atención, el artículo 3 establece principios rectores que deben orientar toda intervención en salud mental: el reconocimiento de la persona en su integralidad (biológica, psicológica, social y cultural), la dignidad humana, la promoción de la salud, la accesibilidad, la equidad, la continuidad, la sustentabilidad y la calidad del proceso asistencial. Se destaca aquí la necesidad de enfoques interdisciplinarios, respetuosos de la bioética, centrados en lo que la persona puede hacer y no en sus déficits.

Asimismo, se establece que el estado mental de la persona es modificable (art. 3, literal H), una afirmación clave que se opone a visiones irreversibles o crónicas del sufrimiento psíquico, y que invita a pensar la atención como un proceso orientado a la autodeterminación, la autonomía y la inclusión social.

En esa misma línea, el artículo 6 consagra un amplio conjunto de derechos para las personas usuarias de los servicios de salud mental, que incluyen ser tratadas con dignidad, desde su singularidad y con pleno respeto por su diversidad cultural, ideológica y de género. También se destaca el derecho a la información clara, a participar activamente en las decisiones sobre su tratamiento, a contar con alternativas terapéuticas menos restrictivas y a mantener los vínculos afectivos durante la atención.

Dicha ley también introduce importantes restricciones en relación con prácticas que históricamente han vulnerado los derechos de las personas diagnosticadas con trastornos mentales. El artículo 5 prohíbe cualquier tipo de diagnóstico basado exclusivamente en factores sociales, ideológicos, culturales o históricos de tratamiento, reafirmando el principio de no discriminación.

A su vez, el artículo 24 establece que la hospitalización debe ser una medida de último recurso, con fines estrictamente terapéuticos, y por el menor tiempo posible. La permanencia en internación no puede ser justificada por carencias sociales o habitacionales, y se promueve el mantenimiento de los lazos afectivos durante dicho proceso.

En cuanto a los dispositivos de rehabilitación, la ley sostiene que deben orientarse a mejorar la calidad de vida, promover la autonomía y favorecer la inclusión educativa, laboral, social y cultural de las personas (art. 21). De este modo, se articula un concepto de atención de calidad que no se limita al tratamiento clínico, sino que se proyecta hacia la vida cotidiana de las personas, sus relaciones, sus posibilidades de participación y su acceso a derechos fundamentales como la educación, la vivienda o el trabajo.

En este sentido, el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (PNSM) surge como una respuesta necesaria para dar cumplimiento efectivo a esta ley, apuntando a fortalecer y operacionalizar la calidad de la atención en los servicios de salud mental.

El PNSM profundiza el compromiso con un modelo comunitario interdisciplinario e intersectorial, adaptado a las diversas necesidades y ciclos vitales de las personas, y que privilegia la atención en el primer nivel de salud con mecanismos claros de articulación entre los diferentes dispositivos y niveles de complejidad (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2020).

Este modelo promueve la implementación de un “Proceso Asistencial Integrado”, centrado en la persona usuaria, que busca mejorar no solo la salud clínica sino también el grado de satisfacción con la atención recibida. Además, propone la elaboración de planes de tratamiento individualizados realizados en forma interdisciplinaria y diseñados con la persona, garantizando así la continuidad, integralidad y accesibilidad de la atención a lo largo de todo el ciclo vital.

De esta manera, la calidad de la atención en salud mental se entiende como un proceso dinámico y colaborativo, que incluye no sólo la dimensión sanitaria, sino también la social, cultural y comunitaria, alineándose con los principios rectores y derechos establecidos por la Ley 19.529.

3.3. La interdisciplina según Stolkiner

En este marco, el enfoque interdisciplinario adquiere un papel central en la transformación de los servicios de salud mental. La implementación de planes de tratamiento individualizados, el énfasis en la atención centrada en la persona y la articulación entre niveles de atención que promueve el PNSM, solo pueden sostenerse a partir de un trabajo colaborativo entre múltiples saberes y disciplinas.

Lejos de ser un aspecto meramente operativo, la interdisciplina constituye una dimensión estructural del modelo comunitario, que requiere ser comprendida en su complejidad epistemológica, metodológica y subjetiva (Stolkiner, 1999).

Desde un primer nivel epistemológico, la interdisciplina implica un cuestionamiento a la idea de causalidad lineal y a la fragmentación de los fenómenos complejos. Según Stolkiner (1999), los campos disciplinares no deben entenderse como reflejo directo de distintos objetos reales, sino como construcciones históricamente determinadas que delimitan sus propios objetos y métodos. Incluso dentro de cada disciplina existen disputas internas que impiden considerarlas como unidades homogéneas. Esta perspectiva obliga a pensar el conocimiento no como algo dado, sino como una construcción situada, marcada por tensiones y relaciones de poder.

En un segundo nivel, de carácter metodológico, el trabajo interdisciplinario exige una planificación cuidadosa que permita generar condiciones reales para el encuentro entre saberes. Stolkiner (1999) sostiene que no basta con reunir profesionales de distintas disciplinas; la interdisciplina requiere la construcción conceptual común del problema, así como una clara delimitación de los distintos niveles de análisis y de las formas en que estos se articulan. Para ello, es necesario institucionalizar dispositivos que favorezcan la interacción (como reuniones clínicas, ateneos o espacios de planificación compartida) y reconocer estas instancias como parte del trabajo profesional, no como actividades accesorias.

Además, la autora propone un tercer nivel de análisis, vinculado a lo subjetivo y lo grupal. Las disciplinas son portadas por sujetos concretos, que las reproducen, las transforman y a su vez son atravesados por ellas. Desde esta perspectiva, los equipos interdisciplinarios deben ser pensados también como grupos humanos en los que se juegan aspectos afectivos, identitarios y de poder. Participar en un equipo de estas características implica, entre otras cosas, renunciar a la idea de que el saber propio es suficiente para comprender y transformar la realidad (Stolkiner, 1999). Es, por tanto, una práctica que exige apertura, humildad y disposición al diálogo.

Por último, Stolkiner (1999) subraya la importancia de incorporar saberes no estrictamente disciplinares, especialmente en experiencias comunitarias. El conocimiento situado de los usuarios, las familias y los referentes territoriales aporta elementos fundamentales para comprender los contextos de vida y enriquecer las intervenciones. Desatender estos saberes implica sostener una perspectiva tecnocrática que tiende a excluir formas de comprensión no legitimadas por las instituciones académicas o profesionales.

En definitiva, pensar desde la interdisciplina supone un posicionamiento crítico respecto a las formas tradicionales de producir conocimiento e intervenir en el campo de la salud mental. Implica reconocer la complejidad de los fenómenos, valorar los saberes diversos y generar prácticas más integradoras, colaborativas y sensibles a los contextos sociales e históricos.

Capítulo 2 - Articulación teórico-clínica

> Para la persona que, con motivo o sin él, se cree mentalmente desequilibrada, el ingreso a un hospital psiquiátrico resulta a veces un alivio en parte quizá por la transformación repentina de la estructura de su situación social básica; en vez de ser un sospechoso que trata de seguir desempeñando su rol, puede convertirse en alguien de quién se sospecha abiertamente, pero en su fuero íntimo sabe que no es tan sospechoso como parece. En otros casos la hospitalización puede empeorar las cosas para el paciente que se interna por su voluntad propia al confirmarse mediante la situación objetiva lo que hasta entonces sólo había sido asunto de la experiencia interna del yo (Goffman, 1961/2001, p. 138).

En esta sección se busca poner en diálogo la experiencia clínica vivida durante el practicantado con los marcos teóricos abordados en el trabajo. A través del análisis de experiencias clínicas seleccionadas, se procura problematizar y vincular las condiciones de atención, las vulnerabilidades sociales de los usuarios y la evolución terapéutica de los mismos.

Lejos de una mirada meramente descriptiva, el análisis se orienta a comprender cómo operan las lógicas institucionales, las trayectorias de vida de las personas usuarias y las formas de intervención clínica en contextos atravesados por la pobreza, la exclusión y el encierro.

Presentación de los casos y análisis.

A continuación haré una presentación de diferentes casos y situaciones sucedidas en la Sala 8 Bis durante mi pasaje por el Hospital Vilardebó.

Ubicado en el barrio Reducto de Montevideo, Vilardebó es un hospital público de tercer nivel de atención especializado en salud mental, que brinda servicios a usuarias y usuarios del sistema de salud pública (ASSE). Entre la población atendida se incluyen

personas que, por disposición judicial, deben cumplir medidas de tratamiento en salud mental.

El hospital cuenta con diversos dispositivos de atención, tales como emergencia, salas de internación, policlínica y centro diurno. A través de estos dispositivos se realizan evaluaciones, diagnósticos, tratamientos e intervenciones interdisciplinarias, llevadas a cabo por equipos compuestos por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, talleristas, docentes, entre otros profesionales. Estas acciones se inscriben en un nivel de atención avanzado, brindando cuidados especializados y complejos a nivel nacional.

Mi experiencia de practicantado se desarrolló en una de estas salas de internación del hospital: la Sala 8 Bis. Es allí donde se inscriben las entrevistas, intercambios y procesos que más adelante serán desarrollados en profundidad. Cabe señalar que esta sala presenta una particularidad en su organización de la atención psiquiátrica: uno de sus sectores es atendido por médicos residentes que se encuentran finalizando su especialización en psiquiatría, mientras que el otro está a cargo de un psiquiatra del hospital.

Tal como lo describe el estudio de Pezzani (2017) presentado en el marco teórico de este trabajo, una proporción significativa de los usuarios del hospital se encuentra en situación de calle o atraviesa condiciones de alta vulnerabilidad socioeconómica, sin ingresos propios ni redes de apoyo familiar. Esta situación incide directamente en el número de reingresos a las salas de internación, así como en la permanencia nocturna en las inmediaciones del centro.

La situación de los usuarios que ingresaron a la sala 8 Bis durante mi tránsito por el practicantado, estaba marcada por una notable diversidad: personas con trabajo estable, hijos, auto, casa y negocios familiares; personas en situación de calle, cuyo único lugar de referencia era el propio hospital; extranjeros provenientes de África y Centroamérica, personas del interior, casados, solteros, divorciados; usuarios judicializados, personas que cobraban pensión por invalidez; jóvenes de 18 años y personas mayores de más de 85.

Como veremos, esta variación en los puntos de partida al momento de la internación condiciona directamente los procesos posteriores de recuperación y se vincula, a su vez, con la calidad de la atención brindada. En primer lugar, las trayectorias previas de las personas internadas inciden en su nivel de agencia, adhesión terapéutica y participación en el proceso clínico, al estar atravesadas por desigualdades en el acceso a recursos materiales, simbólicos y vinculares.

Así mismo, el modo de ingreso también condiciona el posicionamiento institucional y el vínculo con el equipo tratante, afectando la direccionalidad y calidad de la atención. Ingresos por orden judicial, por ejemplo, suelen ser abordados desde una lógica de control más que de acompañamiento, tal como sucedía en las prácticas psiquiátricas europeas en las colonias, en los cuales se realizaban acciones más bien como mecanismo de control social que como instrumento de cura (Laubscher, L., Hook, D., y Desai, M. U., 2022).

A su vez, la rigidez de los dispositivos institucionales dificulta respuestas equitativas frente a estas heterogeneidades, lo que puede derivar en abordajes estandarizados o que no son los adecuados para la persona que los recibe. Esto impacta negativamente en la calidad de la atención, como en los casos en que la falta de redes o recursos impide el egreso, aún habiendo recibido el alta médica.

A continuación, se presentan dos casos distintos que, al ser desarrollados y analizados comparativamente, permiten observar de qué manera se manifiestan las diferencias mencionadas previamente.

4. Los casos de Renato y Aníbal[3]

4.1. Las (in)diferencias

Renato es un usuario varón de 30 años que ingresó al hospital tras protagonizar un episodio de violencia doméstica en el domicilio de sus padres. En ese momento, se encontraba desempleado y en situación de calle. Su último nivel educativo fue el bachillerato completo. En su historial clínico ya constaban antecedentes de internaciones en clínicas privadas, así como un diagnóstico de trastorno bipolar.

Durante su internación, Renato se mostró siempre respetuoso en el trato con sus compañeros, así como con los trabajadores de su sala y del Centro Diurno. Participó activamente en las actividades dirigidas a todos los usuarios, así como en los talleres y grupos del Centro, en los que solía asumir un rol activo a la hora de intervenir.

Al momento del egreso, fue derivado a un refugio nocturno. No obstante, continuó vinculado a los espacios de rehabilitación brindados por el Centro Diurno para usuarios que ya han egresado del hospital, con el fin de sostener su proceso de recuperación.

[3] La información de los usuarios que aparecen en este trabajo ha sido modificada con el fin de preservar su anonimato y garantizar la confidencialidad de la información.

Cabe destacar que parte de su familia comenzó a asistir regularmente al Grupo de Familiares: un espacio destinado a los allegados de los usuarios, donde pueden compartir experiencias, recibir apoyo mutuo, acceder a herramientas brindadas por los distintos técnicos y construir estrategias para afrontar las situaciones compartidas que se presentan.

Posteriormente, en el marco de una etapa de mayor estabilidad fuera del hospital, Renato logró acceder a un empleo que mantiene hasta el día de hoy.

Por otro lado nos encontramos con Aníbal, un usuario varón de 40 años con diagnóstico de esquizofrenia. El mismo presenta un historial de múltiples internaciones en el Hospital Vilardebó, la mayoría vinculadas a descompensaciones en el marco del abandono del tratamiento farmacológico.

El motivo de ingreso fue una descompensación psicótica en la que Aníbal. presentó un síndrome de Capgras[4]. Cuando lo conocí, se encontraba internado en la Sala 8 Bis, estaba desempleado, aunque contaba con una pensión, y residía junto a sus padres en una casa alquilada en la zona de la periferia de Montevideo. Durante su internación, se nos informó que su familia debía abandonar la vivienda por falta de pago, lo que implicó una mudanza a una pensión.

Durante su estancia en sala mantuvo una actitud tranquila, sin generar conflictos con otros usuarios ni con el equipo técnico. Si bien no presentaba conductas disruptivas, Aníbal participaba muy poco en las actividades y talleres ofrecidos por el hospital.

Luego de varias semanas de internación, cuando su psiquiatra tratante lo consideró, fue dado de alta y regresó para vivir con sus padres en la pensión. Sin embargo, pocos meses después, fue nuevamente internado tras una nueva descompensación, otra vez en el contexto de abandono del tratamiento.

En su penúltima internación, que inició a finales del 2024 y finalizó a principios del 2025, solo aparece un registro en su historia en el cual se deja constancia de que mantuvo una entrevista con un profesional no médico. Aproximadamente un mes después de su egreso, el usuario queda ingresado nuevamente.

4.2. Un análisis desde los determinantes sociales de la salud.

Según lo establecido por la OMS (2014), la distribución y prevalencia de los trastornos mentales en la población está fuertemente influida por diversos determinantes

[4] Un trastorno delirante caracterizado por la creencia de que personas cercanas han sido reemplazadas por impostores idénticos.

sociales, tales como el nivel educativo, los ingresos, las condiciones habitacionales, la situación laboral, la presencia de redes de apoyo y el acceso a servicios básicos. Los casos de Renato y Aníbal permiten ilustrar cómo estas variables inciden tanto en los procesos de recuperación como en la calidad de la atención que reciben los usuarios.

En primer lugar, Renato cuenta con un bachillerato técnico completo, lo que le proporcionó herramientas concretas para reinsertarse en el mercado laboral tras su egreso del hospital. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud mental (OMS, 2014) su nivel educativo representa un recurso que favorece la autonomía, la adhesión terapéutica y la continuidad del proceso de recuperación. En contraste, Aníbal no posee formación técnica específica, lo que probablemente dificulte su inserción laboral y lo ubica en una situación de mayor dependencia de sus familiares para sostener condiciones mínimas de vida fuera del contexto institucional. Esta diferencia muestra cómo las desigualdades en el acceso a recursos influyen directamente en la agencia de los usuarios y en la efectividad de los procesos de rehabilitación, tal como se analizó en el primer capítulo.

Es importante señalar que, en una de sus últimas internaciones, Aníbal presentó un síndrome de Capgras con ideas delirantes dirigidas hacia sus propios padres, lo que afectó significativamente la confianza y estabilidad en ese vínculo. Esta situación, al combinarse con su diagnóstico de esquizofrenia, la precariedad económica y la falta de redes de apoyo, puede analizarse desde una perspectiva interseccional (Crenshaw, 1989), que permite comprender cómo distintas dimensiones de vulnerabilidad se entrelazan y potencian mutuamente.

Esta fragilidad en los lazos familiares se vio aún más tensionada durante el período de internación, cuando la familia de Aníbal fue desalojada de su vivienda y debió trasladarse a una pensión. Este cambio no solo implicó una pérdida significativa en términos de estabilidad, privacidad y condiciones materiales, sino que también constituyó una carga emocional adicional que se intersecta con la condición de salud mental del usuario, generando un impacto acumulativo sobre su capacidad de recuperación y sobre la reconstrucción de un proyecto vital fuera del hospital.

En este contexto, las posibilidades de Aníbal de contar con una red de apoyo efectiva al momento del egreso se vieron seriamente comprometidas, ya que sus referentes afectivos atravesaban una situación de vulnerabilidad habitacional y económica. No resulta sorprendente, entonces, que Aníbal haya atravesado nuevos episodios de descompensación e internaciones posteriores a su egreso, lo que refuerza la idea de que los determinantes sociales intermedios (como la vivienda, los vínculos familiares y el acceso a

condiciones dignas de vida) son elementos clave que inciden de forma directa en la continuidad del proceso de recuperación y en la posibilidad de construir un proyecto vital sostenible por fuera del hospital (OMS, 2008).

4.3. Participación en los grupos terapéuticos de sala y el Centro Diurno

Desde el comienzo de su internación, Renato participó activamente de los talleres de sala y posteriormente de los llamados grupos de rehabilitación del Centro Diurno, a los que fue invitado. En dichos espacios, se mostró siempre colaborativo, respetuoso y responsable, lo que le permitió encaminar un proceso de recuperación favorable. Esta participación refleja la centralidad de la agencia y el protagonismo del usuario en su propio proceso de recuperación, tal como destacan Shepherd et al. (2008), Deegan (1988) y García (2024) en el enfoque de recuperación centrado en la subjetividad.

A su vez, formar parte del Centro Diurno posibilitó que su familia pudiera integrarse a los grupos de familiares mencionados anteriormente, dado que estos están dirigidos exclusivamente a las familias de usuarios que participan del proceso de rehabilitación en dicho dispositivo. Este acceso constituye un recurso social clave, que refuerza las redes de apoyo y estrategias de afrontamiento, aspectos señalados como determinantes sociales intermedios fundamentales para la continuidad de la recuperación (OMS, 2008). En particular, los familiares de Renato demostraron un claro compromiso con su proceso de recuperación.

Es preciso mencionar que, mientras Renato se encontraba de alta y fuera del hospital, atravesó la pérdida de un familiar cercano. Al enterarnos de esta noticia, temimos que el buen proceso terapéutico que venía transitando pudiera desmoronarse frente a una situación tan dolorosa y potencialmente desestabilizadora para su equilibrio emocional y psíquico. Sin embargo, contrariamente a lo que suponíamos, Renato logró sostener su estabilidad y continuar de manera positiva con su proceso de recuperación y con su vida cotidiana.

De esta manera, puede observarse que el pasaje por los grupos de sala y por el Centro Diurno permitió que Renato sostuviera la esperanza en torno a su proyecto de egreso, al mismo tiempo que alcanzó metas significativas, como mantener un empleo mientras residía en un refugio nocturno. Todo esto tuvo lugar en el marco de dispositivos que ponen el foco en la subjetividad de cada usuario y en la ayuda mutua entre los participantes, en sintonía con lo planteado por Shepherd y demás autores (2008) respecto al enfoque de recuperación en salud mental.

Aníbal, por su parte, mantuvo durante toda su internación una actitud tranquila y situado al margen de los conflictos que surgían en la sala. Sin embargo, optó por no participar de los talleres de sala y no fue derivado a las actividades del Centro Diurno. Por consiguiente, su tratamiento se centró casi exclusivamente en la intervención farmacológica y en algunas entrevistas puntuales con el equipo técnico.

A su vez, Aníbal presentaba síntomas negativos[5] propios del cuadro esquizofrénico, los cuales, sumados a ciertos rasgos de su personalidad, incidieron en una escasa iniciativa para vincularse con otros y participar de propuestas terapéuticas grupales. Nuevamente podemos ver desde una perspectiva interseccional (Crenshaw, 1989), cómo la combinación de factores clínicos, sociales y familiares interactúan y se potencian, limitando su capacidad de relacionamiento interpersonal y afectando directamente su proceso de recuperación.

Además, al no integrarse al dispositivo del Centro Diurno, su familia no tuvo acceso a los grupos de acompañamiento destinados a familiares de usuarios, perdiendo así una instancia valiosa de orientación, contención y participación en el proceso de tratamiento. Este hecho evidencia cómo la vulnerabilidad socioeconómica y la falta de recursos sociales influyen en las oportunidades de recuperación, reforzando la importancia de considerar los determinantes sociales y las redes de apoyo en la planificación de intervenciones de salud mental.

4.4. Los encuentros con los técnicos

Como se mencionó anteriormente, Aníbal, en su penúltima internación (que se extendió por aproximadamente dos meses y medio) tuvo una única entrevista con un profesional no médico dentro de la sala. Esto significa que, en su gran mayoría, los encuentros que mantuvo fueron con médicos y psiquiatras de su sala, lo que expresa un predominio del abordaje biomédico por sobre dispositivos psicosociales e interdisciplinarios, como mencionan Pūras (2017) y la OMS (2012).

En contraste, Renato contaba con la ventaja que implica participar del dispositivo del Centro Diurno: un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, una psiquiatra, una enfermera, un trabajador social, docentes de la Dirección de Educación de Jóvenes y Adultos (DEJA[6]), así como residentes y practicantes de psicología, con quienes mantenía

[5] Los síntomas negativos se caracterizan por una disminución en la motivación, el interés y el placer por las actividades cotidianas, acompañada de un retraimiento social, dificultades para expresar emociones y limitaciones en el desempeño funcional diario.

[6] La Dirección de Educación de Jóvenes y Adultos (DEJA) es un organismo que brinda oportunidades educativas integrales y de calidad a personas de 14 años en adelante en situación de rezago o

encuentros semanales y que estaban disponibles ante cualquier situación que pudiera surgir. Esta red de apoyos ofrecía no solo contención emocional y seguimiento clínico más cercano, sino también una mayor posibilidad de elaborar estrategias de recuperación integrales y a largo plazo, con una amplia gama de dispositivos terapéuticos, incluso una vez fuera del hospital.

La diferencia entre ambos recorridos evidencia cómo la ausencia de abordajes integrales puede afectar profundamente los procesos de recuperación, dejando a algunas personas expuestas a trayectorias clínicas fragmentadas. Lejos de tratarse de casos aislados, estas diferencias interpelan al sistema en su conjunto y abren preguntas sobre los criterios de equidad y justicia en el acceso a dispositivos de salud mental establecidos por la Ley uruguaya N.º 19.529 y operacionalizados en el PNSM 2020–2027 (Ley 19.529; MSP, 2020).

Además, tanto en el caso de Aníbal como de Renato, se hacen visibles distintas formas de opresión y exclusión vinculadas con la clase social, la salud mental, el nivel educativo y las posibilidades de acceso al trabajo. Estas dimensiones no operan de manera aislada, sino que se entrecruzan configurando posiciones de desventaja diferenciadas (Crenshaw, 1989). En contextos institucionales, estas intersecciones pueden verse reforzadas por lógicas de control y homogeneización (Goffman, 1961/2001; Basaglia, 2000/2008).

Cabe preguntarse si un abordaje interdisciplinario como el que tuvo lugar en el caso de Renato (donde distintos técnicos, con perspectivas distintas, trabajaron de forma articulada) podría haber favorecido también el proceso de recuperación de Aníbal tal como proponen los modelos comunitarios e interdisciplinares (Stolkiner, 1999; OMS, 2012).

Finalmente, quisiera hacer una aclaración. Como se ha mostrado, Aníbal tenía un diagnóstico de esquizofrenia y Renato un diagnóstico de trastorno bipolar. Es probable que la diferencia en la gravedad de ambos cuadros, así como su impacto en el desenvolvimiento cotidiano, hayan también influido en sus respectivos procesos de recuperación.

---

desafiliación, promoviendo su inclusión, ciudadanía y acceso al conocimiento a lo largo de la vida (Administración Nacional de Educación Pública [ANEP], 2024).

5. Encierro: el caso de Ciro

> El hecho clave de las instituciones totales[7] consiste en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos, indivisibles —sea o no un medio necesario o efectivo de organización social, en las circunstancias dadas—. De ello se derivan algunas consecuencias importantes (Goffman, 1961/2001, p. 20).

5.1. Un acercamiento a su situación

Ciro es un hombre de 30 años que, al momento de su ingreso, se encontraba desempleado y en situación de calle. Residía en la ciudad de Montevideo y tenía un diagnóstico de esquizofrenia. Era soltero, percibía una pensión por discapacidad y su nivel educativo alcanzado correspondía a la educación primaria completa. Presentaba antecedentes de consumo problemático de sustancias, aunque refirió haber cesado el consumo hacía dos años.

Había estado privado de libertad en tres oportunidades, una de ellas durante su adolescencia en el Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA). En un período anterior había convivido con su familia; sin embargo, debido a alteraciones conductuales, se le impuso una medida de restricción que implicó el uso de un dispositivo electrónico de control para evitar el acercamiento a su madre. Su ingreso al hospital se produjo por orden judicial, tras el incumplimiento de dicha medida.

Durante el proceso de internación, mostró una evolución favorable, con buena adherencia al tratamiento farmacológico. Mantuvo una actitud colaborativa ante los requerimientos del equipo y estableció vínculos adecuados tanto con profesionales técnicos como con otros integrantes del dispositivo. Si bien inicialmente no participaba activamente en las actividades propuestas por el equipo, comenzó a integrarse de forma progresiva a partir de la insistencia sostenida de los técnicos, logrando una incorporación paulatina a las dinámicas del Centro Diurno. Sobre el final de su internación se lo notaba motivado frente a la participación de los diferentes talleres y grupos.

[7] Según Goffman (1961/2001), las instituciones totales son espacios donde muchas personas en condiciones similares permanecen apartadas de la sociedad durante un tiempo considerable, compartiendo una vida cotidiana estructurada y regulada por una autoridad. Ejemplos clásicos de este tipo de instituciones son las prisiones y los hospitales psiquiátricos.

Tras un proceso de internación de diez meses, en marzo de 2025 se concreta su egreso del hospital hacia una casa de medio camino[8]. Luego, continuó participando de las actividades propuestas por el Centro Diurno.

5.2. El control de los locos pobres

Desde su adolescencia, cuando fue internado en el INISA, hasta su reciente ingreso al hospital por orden judicial, la vida de Ciro se vio marcada por la experiencia de encierros prolongados en instituciones.

Estas formas de institucionalización, aunque distintas (una de carácter penal juvenil y otra de salud mental) comparten características que Goffman (1961/2001) identifica como propias de las instituciones totales: espacios donde individuos en condiciones similares son separados del resto de la sociedad por un período de tiempo prolongado, bajo una estructura jerárquica y con una rutina diaria rígidamente administrada.

En estos contextos, como advierte la OMS (2012), la vida cotidiana suele estar atravesada por prácticas que limitan la autonomía y reproducen formas de trato despersonalizadas, lo que restringe la participación activa de los usuarios en la toma de decisiones sobre su propia vida.

Por otro lado, cabe destacar que el ingreso de Ciro al Vilardebó no se debió únicamente a una necesidad clínica de recuperación, sino que fue consecuencia también de no haber cumplido una medida judicial después de atravesar conflictos familiares.

Lo planteado aquí refuerza el carácter disciplinario que muchas veces adquieren las instituciones psiquiátricas, funcionando no sólo como espacios terapéuticos, sino también como dispositivos de control social, especialmente sobre sujetos en situación de vulnerabilidad. Foucault, en su obra *Vigilar y castigar,* mencionaba lo siguiente:

> …esto es lo que ha sido llevado a cabo regularmente por el poder disciplinario desde los comienzos del siglo XIX: el asilo psiquiátrico, la penitenciaría, el correccional, el establecimiento de educación vigilada, y por una parte los hospitales, de manera general todas las instancias de control individual, funcionan de doble modo: el de la división binaria y la marcación (loco-no loco; peligroso-inofensivo; normal-anormal); y

[8] Es un tipo de recurso residencial que funciona como una instancia de transición entre la internación en un centro de salud o institución y la vida independiente en la comunidad. Está destinada a personas que necesitan apoyo para reintegrarse a la vida social después de un período de tratamiento, internación o rehabilitación, especialmente en casos de problemas de salud mental o adicciones.

> el de la asignación coercitiva, de la distribución diferencial (quién es; dónde debe estar; por qué caracterizarlo, cómo reconocerlo; cómo ejercer sobre él, de manera individual, una vigilancia constante, etc.). De un lado, se "apesta" a los leprosos; se impone a los excluidos la táctica de las disciplinas individualizantes; y, de otra parte, la universalidad de los controles disciplinarios permite marcar quién es "leproso" y hacer jugar contra él los mecanismos dualistas de la exclusión (Foucault, 1975/2002, p. 184).

Esta situación remite a lo que Rousseaux (2016) describe respecto a los siglos XVII y XVIII, cuando locos, pobres y otros sujetos considerados improductivos eran confinados en hospitales o casas de trabajo, no tanto en función de cuidados médicos, sino como estrategia de orden social.

Si bien en el sistema de salud pública uruguayo se han impulsado transformaciones importantes, pasando de un modelo asilar, medicalizado y hospitalocéntrico a uno que promueve una atención comunitaria e integral (MSP, 2020; Ley 19.529), el caso de Ciro evidencia que persisten prácticas ligadas a la lógica del encierro, en línea con lo que Pūras (2017) señala como uno de los principales obstáculos globales: la permanencia del modelo biomédico-coercitivo, que limita la efectividad de los derechos humanos y los enfoques de recuperación.

5.3. El alta médica y la casa de medio camino

Como se mencionó anteriormente, Ciro ingresó al hospital por orden judicial, ya que, tras evaluar su situación, el juez consideró que lo más adecuado para abordar su descompensación era una internación involuntaria[9] en el Hospital Vilardebó. Cabe señalar que, en estos casos, la persona no puede egresar de la institución hasta que reciba el alta judicial, independientemente de haber obtenido el alta médica.

Según su historia clínica, Ciro obtuvo el alta médica a mediados del año 2024. Sin embargo, permaneció internado durante siete meses más, egresando recién a principios de 2025. El alta judicial se habría concedido algunas semanas después del alta médica, por lo que el resto de su estadía en el hospital respondió a la búsqueda de una solución habitacional.

[9] La internación involuntaria, también llamada compulsiva o no voluntaria, es un procedimiento donde una persona es ingresada a un centro de salud para recibir tratamiento contra su voluntad. Esto ocurre cuando existe un riesgo inminente para la vida de la persona o de terceros, o cuando la persona no puede tomar decisiones por sí misma debido a una condición de salud mental (Ley Nº 19.529, 2017)

Según lo establecido por la Ley 19.529 (2017), la hospitalización debe ser una medida de último recurso, con fines estrictamente terapéuticos y nunca justificada por carencias sociales o condicionamientos judiciales. El caso de Ciro es una pequeña muestra de cómo la dimensión judicial y la ausencia de alternativas habitacionales prolongan de manera indebida la internación, lo que entra en tensión con los principios normativos vigentes.

Ampliando la muestra, se puede acceder a valores que llaman la atención a nivel nacional. Ya no es solo el caso puntual de Ciro, sino el 40% de una población. Según explicó al diario *El Observador* Wilder Tyler, integrante de la Institución Nacional de Derechos Humanos, el 40% de los pacientes judiciales del Hospital Vilardebó no deberían permanecer internados y continúan en la institución por burocracia judicial, lo que puede derivar en situaciones de hacinamiento y favorecer la aparición de conflictos (2018, julio 10).

Y, extendiendo la observación a nivel internacional, un estudio realizado en cinco países europeos (Alemania, Bélgica, Italia, Polonia y Reino Unido), analizó el impacto de las hospitalizaciones psiquiátricas en la integración social de 2.181 pacientes con diagnósticos como trastornos psicóticos, afectivos y de ansiedad. Mediante un diseño prospectivo con seguimiento a un año, se evaluó cómo la duración total de las internaciones y el número de readmisiones afectaban distintos indicadores de integración: empleo, vivienda, convivencia familiar y relaciones sociales (Smith et al., 2020).

Estos hallazgos revelan que las estancias prolongadas en hospitales psiquiátricos (más de 76 días en un año) se asocian significativamente con una reducción de la integración social. Específicamente, los pacientes que permanecieron más tiempo internados tuvieron una probabilidad mucho mayor de perder su vivienda independiente, quedar desempleados o pasar a trabajos protegidos, y dejar de vivir con su pareja o familia (Smith et al., 2020).

Esta relación fue más fuerte que la observada en pacientes que tuvieron varias internaciones pero de menor duración, lo cual sugiere que la prolongación de la internación es un factor más determinante que la cantidad de ingresos en términos de exclusión social. En cambio, las readmisiones frecuentes afectaron negativamente sobre todo el contacto con amistades, pero no mostraron el mismo impacto sobre el empleo, la vivienda o la situación familiar (Smith et al., 2020).

Durante la internación de Ciro, la sala 8 Bis siempre se mantuvo completa, albergando al mismo tiempo a 24 personas adultas con diferentes patologías psiquiátricas.

Esta situación generaba muchas veces un ambiente cargado de tensión, en donde la convivencia resultaba compleja y exigente.

En este contexto, Ciro manifestó en varias ocasiones malestar, irritabilidad y angustia, producto tanto de las condiciones del entorno como de la incertidumbre frente a su situación judicial. La prolongación de la internación generaba en él una preocupación constante, que expresaba con frecuencia en las entrevistas que mantuvimos en sala. En más de una ocasión, y de forma insistente, preguntaba por su egreso, visiblemente frustrado por la falta de respuestas y por no tener control sobre su situación.

Estas reacciones pueden comprenderse no sólo como expresión de un malestar individual, sino también como el resultado de un proceso de encierro prolongado que, tal como advierte Goffman (1961/2001), tiende a limitar la autonomía, erosionar los vínculos sociales y afectar la posibilidad de sostener un proyecto vital.

Como se mencionó anteriormente, a partir de su compensación clínica y la mejora en su estado general, Ciro contaba con el alta médica y judicial desde mediados de 2024. A partir de ese momento, el equipo de sala (integrado por los residentes de psiquiatría, su referente, los residentes y practicantes de psicología, así como la referente y el equipo de trabajo social) inició la búsqueda de una solución habitacional adecuada para él.

En estos casos, las alternativas suelen ser diversas, aunque generalmente incluyen: el retorno al hogar previo a la internación, la convivencia con un familiar que acepte recibir a la persona, o la derivación a una casa de medio camino o a un refugio nocturno. En el caso de Ciro, tras dialogar con él y considerando su situación de vulnerabilidad, se optó por solicitar un cupo en una casa de medio camino en octubre del año 2024.

Unas semanas después, ya en noviembre, un trabajador del centro al que se había enviado la solicitud por el cupo mantuvo una entrevista con Ciro, con el objetivo de evaluar si su ingreso al dispositivo sería beneficioso para su proceso. Cinco días más tarde, el hospital recibió un informe en el que se notificaba el rechazo de la solicitud, fundamentado en el antecedente de privación de libertad de Ciro.

Esta situación puede analizarse como una tensión entre los principios de inclusión y equidad que establece la Ley 19.529 (2017) y los criterios de admisión de determinados dispositivos, que en ocasiones terminan dejando fuera a quienes presentan trayectorias de mayor vulnerabilidad.

Desde una perspectiva de derechos humanos, este tipo de desenlaces entra en diálogo con lo señalado por Pūras (2017) sobre los obstáculos estructurales que enfrentan los sistemas de salud mental cuando las respuestas institucionales no logran garantizar apoyos adecuados para la vida en comunidad.

Así, más que entender la negativa como un incumplimiento aislado, puede pensarse como la expresión de limitaciones estructurales en la implementación de políticas inclusivas, lo que redunda en internaciones más extendidas en el tiempo y en consecuencias sobre la integración social, tal como lo muestran investigaciones internacionales (Smith et al., 2020).

6. El caso de Yahir

6.1. Aproximación al caso

Yahir es un varón de 37 años que conocí personalmente en la sala 8 Bis sobre el final de mi experiencia en el practicantado, aunque ya había escuchado sobre él en reiteradas ocasiones en el hospital.

En el momento de su internación, vivía solo en una pensión ubicada en el departamento de Montevideo. Percibía una pensión civil por el fallecimiento de su padre, lo que constituía su principal fuente de ingresos. Su madre era su único referente familiar, con quien mantenía un vínculo activo. Tenía cuatro hermanos, aunque no tenía relación con ninguno de ellos. En cuanto a su trayectoria educativa, había cursado hasta quinto año de liceo.

En lo que respecta a sus antecedentes psiquiátricos, tenía un historial de múltiples internaciones desde el año 2010, así como varios episodios de abandono del tratamiento ambulatorio. Su diagnóstico era de esquizofrenia y trastorno por consumo de múltiples sustancias.

Su último ingreso se produjo a finales del año 2024, cuando acudió por sus propios medios a la sala de emergencias del hospital. El motivo del ingreso fue la exacerbación de síntomas psicóticos en el contexto de un aumento del consumo de diferentes drogas.

Durante la internación, mostró una buena respuesta al tratamiento farmacológico, con remisión total de los síntomas psicóticos. A principios del año 2025 se le otorgó el alta médica en condiciones de estabilidad clínica y se coordinó el egreso a la residencia de su madre. Cabe destacar que no se evidenciaron signos de abstinencia al momento de su alta,

aunque como parte del tratamiento posthospitalario, también fue derivado al dispositivo ambulatorio de rehabilitación de drogas.

En los meses previos a su última internación Yahir concurría al Centro Diurno de manera esporádica. En algunas ocasiones su vínculo con el consumo de drogas generaba situaciones que dificultaban el funcionamiento del espacio. Ante esto, el equipo decidió que lo más conveniente era no permitirle el ingreso al Centro. La comunicación de esta decisión generó en Yahir una reacción de malestar y cierta tensión en el vínculo con algunos referentes.

Este fue el panorama con el que lo recibimos al momento de su ingreso a la sala, donde la psicóloga que yo acompañaba se desempeñaba como técnica y también como referente del Centro Diurno.

6.2. Gegenübertragung[10]

Como se ha mencionado anteriormente, Yahir fue un usuario con quien se generaron ciertas dificultades en el vínculo durante su estadía en el hospital. En los primeros días, y en el marco de un uso abusivo de sustancias previo al ingreso, presentaba síntomas típicos de abstinencia, como irritabilidad, hostilidad y ansiedad.

En reiteradas ocasiones manifestaba que la medicación que recibía no era la adecuada y solicitaba insistentemente un cambio hacia fármacos que, según él, le proporcionaban un efecto estabilizador. Sin embargo, estas medicaciones eran conocidas por producir un efecto de “pegue” buscado por algunos usuarios por su potencial para generar placer. En ese contexto, nuestra hipótesis fue que Yahir intentaba manipular al equipo para obtener dichos fármacos como forma de aliviar los síntomas de abstinencia. Por esta razón, no se accedió al cambio que solicitaba; sin embargo, se optó por modificar el antipsicótico que tenía indicado.

En lo personal, el vínculo con este usuario me generaba un notable malestar durante las entrevistas. La constante actitud manipuladora y las demandas reiteradas dificultaban mi implicación empática y provocaban una sensación de incomodidad. A pesar de ello, siempre procuramos sostener una actitud de colaboración y apoyo frente a su situación, aunque en ciertos momentos esto se volvió especialmente complejo.

[10] Palabra alemana que significa contratransferencia. Se compone de "gegen" (contra, opuesto) y "Übertragung" (transferencia).

Según lo planteado por Laplanche y Pontalis (1967/1981), de manera general, podemos entender a la contratransferencia como un "conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente frente a la transferencia de éste" (p.84).

Por otro lado, según Wilfred Bion (1967/1977), en los pacientes con cuadros graves, la transferencia hacia el analista adquiere un carácter psicótico: se presenta de forma temprana, abrupta y marcada por una profunda dependencia. En este contexto, el paciente revive una relación primitiva con el objeto primario, oscilando entre intentos de ampliar el vínculo (llegando incluso a buscar una fusión con el terapeuta) y movimientos defensivos para limitarlo, muchas veces con tonalidades paranoides. Esta dinámica genera un impacto emocional significativo en la relación terapéutica.

A la luz de estos desarrollos teóricos, considero que mi experiencia y la de algunos de los trabajadores de sala con Yahir pueden ser entendidas como una manifestación de las dinámicas transferenciales y contratransferenciales.

Por otro lado, cabe señalar que Yahir se encontraba en un ala de la sala atendida principalmente por un médico psiquiatra de referencia, sin intervención directa del equipo de residentes. En este marco, el vínculo terapéutico presentaba algunas dificultades, lo cual también se reflejó en la historia clínica, donde se registraban anotaciones que daban cuenta de su dificultad para aceptar límites.

Yahir, en entrevistas, expresaba la percepción de que su psiquiatra no lo escuchaba y lo atendía con menor frecuencia de la que él esperaba. Con el correr de las semanas, observamos que la frecuencia de entrevistas era efectivamente más espaciada que lo habitual, lo cual coincidía con lo planteado por el usuario. Esta modalidad de trabajo también se observaba en otros casos de la sala, lo que permite pensar que puede responder a dinámicas institucionales más amplias que inciden en la continuidad del vínculo clínico.

En línea con esto, la situación puede vincularse con lo que la OMS (2012) identifica como una limitación frecuente en los servicios de salud mental: la tendencia a privilegiar abordajes centrados en la prescripción farmacológica por sobre prácticas que integren la participación activa y el reconocimiento de la dignidad de los usuarios.

Por otro lado, desde el enfoque de la recuperación, Shepherd et al. (2008) subrayan que sostener la esperanza, valorar las capacidades de la persona y promover la autoayuda y la toma de decisiones compartidas son claves para el empoderamiento. En la práctica

clínica, esto implica correrse de una visión centrada en déficits para reconocer potencialidades, generar planes terapéuticos construidos junto al usuario y habilitar su participación activa en las decisiones, fortaleciendo así la dignidad y el sentido de recuperación

De forma complementaria, este tipo de experiencias puede analizarse a la luz de lo que plantea la Ley N.º 18.335 de Derechos y Obligaciones de los Pacientes (2008), que garantiza un trato respetuoso y digno, así como información clara y oportuna. Asimismo, la Ley N.º 19.529 (2017) refuerza la necesidad de abordajes interdisciplinarios y centrados en los derechos humanos, que aseguren la continuidad y calidad del vínculo terapéutico.

Desde esta perspectiva, cuando el vínculo clínico presenta ciertas dificultades no sólo se limita el acompañamiento terapéutico, sino que también se dificulta el reconocimiento pleno de la persona como sujeto de derechos. En este marco, la perspectiva interseccional propuesta por Crenshaw (1989) permite comprender cómo el diagnóstico psiquiátrico, el uso de sustancias y la posición socioeconómica no actúan de manera aislada, sino que se combinan y refuerzan mutuamente, generando barreras adicionales tanto para el acceso a la atención como para la legitimación de la voz del usuario en los procesos de decisión clínica.

Continuando con esta línea, como sugiere Deegan (1988), el buen proceso de evolución de las personas con trastornos psiquiátricos no consiste en “ser rehabilitadas” como si fueran objetos a reparar, sino en vivir un proceso interno de reconstrucción del sentido de sí mismas y de propósito, tanto dentro como más allá de los límites impuestos por la enfermedad.

Es precisamente en la decisión de sostener el vínculo (incluso a pesar del malestar que pueda generar) donde se abre la posibilidad de reconstrucción de sentido. Superar ese disgusto inicial, insistir, buscar puntos de contacto y trabajar juntos en la construcción de un camino posible, es justamente, una parte esencial del proceso de recuperación tal como lo plantea Deegan: un proceso humano, relacional, dinámico y profundamente ético.

6.3. El lugar de la interdisciplina

En un segundo nivel de análisis, me interesa tomar este ejemplo para reflexionar sobre el lugar de la interdisciplina y su influencia en los procesos terapéuticos de las personas usuarias en el hospital.

Como se mencionó anteriormente, la sala 8 Bis está dividida en dos sectores: uno atendido por residentes de psiquiatría y otro a cargo de un psiquiatra del hospital. Junto a la psicóloga referente, participábamos semanalmente de una reunión con el equipo de residentes, su docente y, en algunas ocasiones, técnicos del área de trabajo social. Si bien estas instancias estaban pensadas principalmente para la presentación y seguimiento de los usuarios a cargo de los residentes, se generaban espacios de intercambio y discusión entre los diferentes técnicos.

En contraste, no manteníamos ninguna instancia formal de encuentro con el psiquiatra responsable del otro sector. Nuestra única forma de comunicación se limitaba a intercambios informales, principalmente charlas de pasillo y a la interpretación de lo registrado en las historias clínicas. A la luz del marco normativo y de calidad vigente en Uruguay, la ausencia de espacios institucionalizados de intercambio debilita la integralidad y la continuidad de la atención y reduce la participación de la persona usuaria en decisiones relevantes (Ley 19.529, 2017).

Como plantea Stolkiner (1999), la interdisciplina no se reduce a reunir profesionales de distintas formaciones, sino que requiere una construcción conceptual compartida del problema, la delimitación de niveles de análisis y la generación de espacios reales para el encuentro entre saberes.

Desde esta perspectiva, las reuniones semanales con el equipo de residentes constituían una instancia valiosa, donde no solo se compartía información clínica, sino que se habilitaban momentos de diálogo y reflexión colectiva sobre los procesos terapéuticos. Estas instancias permitían pensar con otros, conocer los puntos de vista del resto de los trabajadores sobre los usuarios, entenderlos mejor, complejizar los casos y generar estrategias conjuntas. Asimismo, en estas reuniones se nos informaba sobre los diferentes procedimientos que se iban a comenzar a aplicar o, por el contrario, a suspender en relación con los usuarios (como la electroconvulsivoterapia, la introducción de nuevos medicamentos, entre otros). Con el otro sector de la sala esto no sucedía, ya que no estaban pautadas reuniones de equipo.

Por otro lado, Stolkiner (1999) propone que el trabajo interdisciplinario requiere considerar también su dimensión subjetiva y grupal: las disciplinas no operan de forma abstracta, sino que son sostenidas por personas que las habitan, las transforman y son atravesadas por ellas. Desde esta mirada, el equipo interdisciplinario es también un grupo humano, en el que circulan afectos, identificaciones y posiciones de poder. Participar de un

espacio de estas características implica, entre otras cosas, estar dispuesto a revisar los propios saberes y a abrirse a las perspectivas de otros.

En este sentido, la ausencia de reuniones sistemáticas en uno de los sectores de la sala no es un detalle menor. Si bien puede responder a lógicas organizativas o estilos profesionales diversos, lo cierto es que impacta en la calidad de la atención de los usuarios. Es en el diálogo entre disciplinas donde muchas veces surgen nuevas ideas, se complejizan las miradas y se construyen abordajes más integrales.

En el caso de Yahir, considerar los determinantes sociales de la salud (condiciones materiales, redes, vivienda y trabajo) ayuda a matizar la comprensión de su malestar y de los posibles riesgos de recaída. La existencia de espacios de diálogo interdisciplinario sostenido podría haber favorecido una mirada más integrada y mayor coherencia en las intervenciones, lo que quizá hubiera contribuido a atenuar los circuitos de reingreso (OMS, 2011; Pezzani, 2017).

Por eso, contar con espacios institucionalizados de intercambio no debería ser algo accesorio, sino como una condición necesaria para una atención más cuidadosa, humana y ajustada a las necesidades de las personas usuarias.

En este marco, resulta pertinente preguntarse cómo podrían haberse visto afectados los procesos de atención en el caso de Yahir si hubiera contado con un equipo referente que compartiera un espacio de diálogo interdisciplinario y sostenido. Un equipo que pudiera construir colectivamente una comprensión de su malestar, compartir información desde distintos encuadres y pensar en conjunto estrategias de acompañamiento podría haber facilitado mayor coherencia en las intervenciones, así como una atención más personalizada y ajustada a sus necesidades singulares.

Reflexiones finales

El contenido teórico en el que basé este trabajo permitió cuestionar concepciones que pueden incomodarnos como trabajadores de la salud. Algunas de estas concepciones interpelan nuestras posturas frente a los usuarios y ofrecen un marco legal ante posibles omisiones o faltas.

Busqué promover una mirada crítica sobre las instituciones y las prácticas, sin perder de vista el sufrimiento de quienes ingresan al hospital psiquiátrico. Uno de los objetivos

principales fue analizar cómo se vinculan la vulnerabilidad social de los usuarios del Hospital Vilardebó, la atención recibida y su evolución terapéutica.

Se evidenció que dicha vulnerabilidad influye de forma decisiva en los procesos de recuperación. En muchos casos, las violaciones a derechos fundamentales previas a la internación condicionan las estrategias clínicas posibles. Las desigualdades de origen no solo implican menor acceso a recursos, sino también una forma de alienación: exclusión del reconocimiento, del desarrollo y de una vida plena.

Por eso, al trabajar con personas atravesadas por múltiples formas de vulnerabilidad, es necesario considerar su situación en forma integral. La recuperación no puede limitarse al ajuste farmacológico, sino que debe incluir el acceso a derechos, el fortalecimiento de vínculos y la construcción de un horizonte vital.

El trabajo clínico, entonces, debe articularse con otros saberes y prácticas, reconociendo que la salud mental también se sostiene en la posibilidad de habitar dignamente el mundo.

En cuanto a la atención en el hospital, si bien no pretendo generalizar, creo que es necesario reflexionar sobre prácticas aún vigentes que reflejan miradas estigmatizantes. Condiciones como la pobreza, el consumo problemático de drogas o la discapacidad muchas veces actúan como barreras en el vínculo técnico-usuario, dificultando el reconocimiento del otro como sujeto de derechos.

Además, las carencias estructurales del hospital (falta de personal, escasa articulación y debilidad del enfoque interdisciplinario) afectan directamente la calidad de la atención. A esto se suma el predominio del modelo medicalizante, que a menudo deja de lado la escucha activa y la participación de los usuarios en sus propios procesos, alejándose de una atención verdaderamente humanizada.

Referencias

Administración Nacional de Educación Pública [ANEP]. (2024). *Dirección de Educación de Jóvenes y Adultos*. https://www.anep.edu.uy/codicen/dsie/deja

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio* (F. Molina y Vedia Trad.). Topía Editorial. (Trabajo original publicado en 2000).

Bion, W. (1977). *Volviendo a pensar* (D. Wagner, Trad., 2.ª ed.). Ediciones Hormé. (Trabajo original publicado en 1967).

Burns, J. K. (2015). Poverty, inequality and a political economy of mental health [Pobreza, desigualdad y política económica de la salud mental]. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *24*(2), 107-113. https://doi.org/10.1017/S2045796015000086

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics [Desmarginalizando la intersección de raza y sexo: Una crítica feminista negra a la doctrina antidiscriminatoria, la teoría feminista y la política antirracista]. *University of Chicago Legal Forum, 1989*(1), 139-167. https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation [Recuperación: La experiencia vivida de la rehabilitación]. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(4), 11–19. https://doi.org/10.1037/h0099565

Desviat, M. (2022). Francesc Tosquelles, política y psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *42*(141), 285-292. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352022000100018&lng=es&tlng=es.

El 40% de los pacientes judiciales del Vilardebó tienen el alta pero los jueces no la avalan. (2018, julio 10). *El observador.* https://www.elobservador.com.uy/nota/el-40-de-los-pacientes-judiciales-del-vilardebo-tienen-el-alta-pero-los-jueces-no-la-avalan-201871015350.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (A. Garzón del Camino Trad.). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1975).

Frank, R. H. (1999). *Luxury fever: Why money fails to satisfy in an era of excess* [Fiebre por el Lujo: Por qué el dinero no satisface en la era del exceso]. Free Press.

García, V. (2024) *El estigma social como barrera para la recuperación en personas con esquizofrenia.* [Trabajo Final de Grado, Universidad de la República]. Sistema de Información de la Facultad de Psicología. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/trabajos_finales/archivos/tfg_vanessa_garcia_.pdf

Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (M. A. Oyuela de Grant, Trad.). Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1961).

International Mental Health Collaborating Network [IMHCN]. (s.f.). *History of recovery movement* [Historia del movimiento de recuperación]. https://imhcn.org/bibliography/history-of-mental-health/history-of-recovery-movement/?utm_source

Laplanche, J., y Pontalis, J.-B. (1981). *Diccionario de psicoanálisis* (F. Cervantes, Trad., 3.ª ed.). Editorial Labor. (Trabajo original publicado en 1967).

Laubscher, L., Hook, D., y Desai, M. U. (Eds.). (2022). *Fanon, phenomenology, and psychology* [Fanon, fenomenología y psicología]. Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9781003037132

Ley Nº 18.335 de 2008. Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. 15 de agosto de 2008. N.º 27.554.

Ley N° 19.529 de 2017. Ley de Salud Mental. 24 de agosto de 2017. Nº 29.786.

Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027.* https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (21 de octubre de 2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud.* https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration_spanish.pdf?sfvrsn=891f1a3b_5

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/150398/9789241548410_spa.pdf?sequence=1

Organización mundial de la Salud [OMS]. (12 de mayo de 2014). *Social determinants of mental health* [Determinantes sociales de la salud mental]. https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (9 de junio de 2023). *Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS: Una nueva agenda para la salud mental en las Américas*. https://www.paho.org/sites/default/files/2023-06/fact-sheet-salud-mental-es-final.pdf

Patel, V., y Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries [Pobreza y trastornos mentales comunes en países en desarrollo]. *Bulletin of the World Health Organization*, *81*, 609-615. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14576893/

Pezzani, G. (2017). Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el Hospital Vilardebó (2013-2014). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, *81*(1), 30-42.

Püras, D. (2017). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.* https://docs.un.org/es/A/HRC/35/21

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community* [Jugando a los bolos solo: El colapso y renacimiento de la comunidad estadounidense]. Touchstone Books/Simon & Schuster. https://doi.org/10.1145/358916.361990

Rousseaux, A. (2016). Locura, pobreza y sociedad: cuando la indigencia se transforma en enfermedad mental. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, *27*(126, mar.-abr.), 94-99. https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/731.

Rowe, D. (2007). *How to improve your mental well-being* [Cómo mejorar tu bienestar mental]. National Association for Mental Health [MIND]. http://www.welllondon.org.uk/files/929/mental-wellbeing/20.How%20to%20improve%20your%20mental%20wellbeing.pdf

Shepherd, G., Boardman, J., y Slade, M. (2008). *Making recovery a reality* [Haciendo de la recuperación una realidad]. Sainsbury Centre for mental health. https://www.researchintorecovery.com/files/SCMH%202008%20Making%20recovery%20a%20reality.pdf

Smith, P., Nicaise, P., Giacco, D., Bird, V. J., Bauer, M., Ruggeri, M., Welbel, M., Pfennig, A., Lasalvia, A., Moskalewicz, J., Priebe, S., y Lorant, V. (2020). Use of psychiatric hospitals and social integration of patients with psychiatric disorders: a prospective cohort study in five European countries [Uso de hospitales psiquiátricos e integración social de pacientes con trastornos psiquiátricos: un estudio de cohorte prospectivo en cinco países europeos]. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *55*(11), 1425–1438. https://doi.org/10.1007/s00127-020-01881-1

Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *El campo psi*, *10*(3), 25-34. https://eva.udelar.edu.uy/mod/resource/view.php?id=5250

Trent, J. W. (s/f). *Moral Treatment* [Tratamiento Moral]. Disability History Museum. https://www.disabilitymuseum.org/dhm/edu/essay.html?id=19%20trent

United Nations Office on Drugs and Crime. (2007). *World drug report* [Reporte mundial sobre las drogas]. United Nations Publication. https://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf

Wilkinson R. G. (1992). Income distribution and life expectancy [Distribución del ingreso y esperanza de vida]. *BMJ (Clinical research ed.)*, *304*(6820), 165–168. https://doi.org/10.1136/bmj.304.6820.165

Wilkinson, R. G., y Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why more equal societies almost always do better* [La balanza de la igualdad: Por qué las sociedades más igualitarias casi siempre funcionan mejor]. Bloomsbury Press.