

**ESTUDIO DE LAS CONDICIONES SANITARIAS,
JURÍDICAS Y DE REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL
EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD
INIMPUTABLES
DEL HOSPITAL T. VILARDEBÓ

TRABAJO FINAL DE GRADO
PRE-PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Universidad de la República. Facultad de Psicología.

Tutor: Prof. Adj. Mag. Nelson de León

Natalia L. Silvera Olsina C.I. 4.719 764-2

Montevideo, Julio 2015.

RESUMEN

El presente Pre-proyecto pretende estudiar la situación de las Personas Privadas de Libertad Inimputables (P.P.L.I.), actualmente internadas en el Hospital Psiquiátrico T. Vilardebó, respecto a sus condiciones sanitarias, jurídicas y de rehabilitación psicosocial en dispositivos extra-hospitalarios.

La inimputabilidad, atribuye a la Justicia la potestad de aplicar una sentencia por tiempo indeterminado e incluso exigir que se mantenga la internación a pesar de un informe técnico favorable del Equipo tratante del Hospital, por lo que no existen garantías que prevean los tiempos de internación en el Hospital Psiquiátrico. De esta forma, el encierro se antepone al pleno goce de los Derechos fundamentales, resultando necesario el estudio de planes de atención en Salud Mental y de rehabilitación psicosocial que se desarrollen desde una perspectiva de Derechos.

Para el análisis de la condición sanitaria y jurídica, se relevará información a través de entrevistas y se analizarán las historias clínicas de las P.P.L.I. internadas en el Hospital T. Vilardebó. Para visualizar las condiciones de rehabilitación psicosocial, se tomará como muestra intencional a aquellas P.P.L.I. que participen del Taller de Sala 12 y formen parte del dispositivo “El Trébol”. Se constituye como muestra intencional ya que dicha población integra el primer Centro extra-hospitalario a nivel nacional destinado a la rehabilitación psicosocial de P.P.L.I.

PALABRAS CLAVES: Personas Privadas de Libertad Inimputables (P.P.L.I.) - Condiciones sanitarias y jurídicas - Rehabilitación psicosocial.

FUNDAMENTACIÓN

Dentro de la población que se encuentra actualmente internada en el Hospital Psiquiátrico T. Vilardebó (Centro Psiquiátrico de Referencia Nacional) el 50% aproximadamente es inimputable (Cabrera, González, Laino, Montes, y Monteo, 2013). En este sentido se utiliza la denominación P.P.L.I., para referir a personas que hayan cometido un acto delictivo y sean declarados inimputables.

En el cruce de las disciplinas sanitaria y jurídica, se evidencia cierto vacío legal o ineficacia de la normativa vigente, ya que no contempla las particularidades de las P.P.L.I. La persona que comete un acto delictivo y es declarada inimputable, permanece sujeta a la privación de libertad dispuesta en la aplicación de la medida curativa ya que es derivada al nosocomio para su tratamiento (Código Penal Uruguayo, 1933, Art. 97). El tiempo de internación de la P.P.L.I., no está determinado solamente por la respuesta que presente ante el tratamiento sanitario, sino que la Justicia tiene la potestad de exigir su internación como medida de seguridad por tiempo indeterminado, es decir sin mínimo ni máximo de duración (Código Penal Uruguayo, 1933, Art. 94) a pesar de que en ocasiones el Equipo Técnico a cargo, convenga el egreso hospitalario (Cabrera, et al., 2013).

Ante la necesidad de un cambio profundo en la atención de la Salud Mental que irrumpa en las lógicas normalizadoras vigentes, surge la necesidad de investigación sobre propuestas que tengan como principal objetivo reemplazar la manicomialización por un abordaje integral y desde una perspectiva de Derecho. La relevancia de esta propuesta se justifica en el elevado porcentaje de P.P.L.I. internadas en el Hospital T. Vilardebó, así como en la escasez de programas de rehabilitación para P.P.L.I. Se considera pertinente abordar desde la Psicología esta problemática con el fin de otorgar visibilidad sobre las condiciones sanitarias, jurídicas y de rehabilitación psicosocial. El estudio de estas situaciones, contribuye a la producción de conocimientos y a la formulación de nuevas estrategias que velen por la protección de las personas, tal como se establece en los Arts. 7 y 72 la Constitución de la República Oriental del Uruguay (1967).

ANTECEDENTES

Desde sus inicios, el tratamiento de la “locura” ha supuesto la marginalidad, el aislamiento y el reclutamiento de personas (Foucault, 1990). Goffman (1961) realizó un estudio exhaustivo sobre las instituciones totales como lo son las cárceles y los manicomios, señalando los efectos que provoca el encierro en distintas esferas de la vida. El autor evidencia el fracaso de estos dispositivos a lo largo de la historia, ya que este tipo de abordaje propicia la estigmatización de la persona y cronifica la patología.

A partir de los años 60 se impulsaron movimientos en distintas partes del mundo que se han proclamado contra la institucionalización y atención asilar de las personas con padecimiento psiquiátrico, apuntando a un modelo integrado de atención en Salud Mental que contemple la prevención, asistencia y rehabilitación de la persona (Mayoral, 1989).

La Ley 180 sentó las bases de la reforma de atención en Salud Mental en Italia y supuso la desinstitucionalización con el cierre progresivo de los Hospitales Psiquiátricos y la puesta en marcha de servicios alternativos insertos en la comunidad (Basaglia, 2008).

A nivel Iberoamericano en la década del 80, en España se accionaron una serie de transformaciones que constituyeron la reforma en Salud Mental, desde una perspectiva comunitaria e integradora de los recursos sanitarios (Rodríguez, 1999). Se apuntó a la transformación del Hospital Psiquiátrico con políticas de funcionamiento rehabilitadoras para que posteriormente fueran sustituidos por dispositivos alternativos insertos en la comunidad, y de ese modo favorecer la rehabilitación psicosocial de la persona (Rodríguez y Sobrino, 1999).

El modelo español cuenta con distintos modelos de residencias comunitarias, como lo son las minirresidencias, pisos supervisados y pensiones supervisadas. Se disponen como servicios asistenciales donde se trabajan las necesidades de las personas para mejorar su autonomía, procurando otorgar herramientas en beneficio de la reinserción social (Rodríguez y Sobrino, 1999). Las tareas diarias son indicadas y supervisadas por profesionales. Cada persona es tratada en base a un Plan de Rehabilitación Individualizado (PIR) que abarca la evaluación del desempeño y el cumplimiento de objetivos de rehabilitación en distintas áreas como por ejemplo, vida cotidiana, hábitos, autocontrol, cognición, autonomía, necesidades, recursos, socialización y funcionamiento en general (Siedl, 2008).

Estudios como los realizados por Otero y Rebolledo (1993), evaluaron experimentalmente la eficacia de estos programas de rehabilitación según el desempeño psicosocial de las personas (Sandoval-Chacón y Canales-Viquez, 2009). En cuanto a las personas inimputables, la jurisprudencia española presenta controversia al determinar la responsabilidad penal (Pozueco, Romero y Casas, 2011). Rico y Fortuny (2000), exponen que ante la comisión de un delito y la declaración de inimputabilidad, las medidas aplicadas por el Tribunal son la internación en Hospital Psiquiátrico o el tratamiento ambulatorio.

En América Latina y el Caribe, la Declaración de Caracas (1990) impulsó los movimientos de reformas en la atención de la Salud Mental.

Costa Rica también incurrió en la experiencia desinstitucionalizadora de personas con padecimiento psiquiátrico, adoptando el modelo residencial de hogares transitorios insertos en la comunidad (Sandoval-Chacón y Canales-Viquez, 2009).

Por otra parte, el Código Penal mexicano establece que la persona inimputable carece de culpabilidad, lo que le exime de “sanción”. En el caso de presentar trastorno mental se remite a la persona para su tratamiento. Se detectan resultados contradictorios en las investigaciones que han tratado de asociar la esquizofrenia con la criminalidad, y se expresan en la necesidad de mejorar la descripción legal en lo que refiere a los padecimientos mentales y actos delictivos (Fresán, Tejero, Apiquian, Loizaga, García-Anaya y Nicolini, 2002).

Un estudio realizado en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial en México, menciona la dificultad que afrontan los Jueces a la hora de aplicar la condena, ya que el tiempo que determinan para la rehabilitación de la persona es muy variable, oscilando entre los 9 y 35 años. Concluye que la mayoría de sus internos son adultos jóvenes inimputables y las medidas de seguridad aplicadas son extensas, justificándose en la complejidad de los casos (Yadeum, Diaz, Colin, y Consuelo, 1998).

Una investigación llevada a cabo en Chile sobre el “proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos en hogares protegidos forenses”, reveló problemas en la gestión de los mismos. Se pone en manifiesto el insuficiente apoyo en recursos humanos y económicos, escaso personal a cargo no capacitado para la tarea y dificultades en el funcionamiento del Equipo de Salud para el abordaje desde un enfoque multidisciplinario. Concluye que trabajar en la solución de estos inconvenientes, contribuiría al tratamiento, rehabilitación y reinserción de las personas (Román y Zapata, 2012).

Argentina, ha implementado la revisión de sus formas de tratamiento, procurando salvaguardar la protección de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento psiquiátrico y de esta forma posibilitar su participación y autonomía. (Galende y Kraut, 2006). La Ley N° 26.657 promulgada en el año 2010, estableció las principales líneas de abordaje.

En cuanto a las personas inimputables, Argentina ha disminuido la severidad de la reglamentación vigente, autorizando salidas y permitiendo cumplir el tratamiento en forma ambulatoria (Donna y De la Fuente, 1997).

También en Brasil se adoptó la reestructura en la atención de la Salud Mental que ha sostenido y propulsado el abordaje desde una perspectiva desmanicomializante. La reforma psiquiátrica brasileña y la formulación de la Ley 9.867, prevé la sustitución del Hospital Psiquiátrico y la implementación de nuevas formas clínicas de asistencia en los CAPS (Centros de Atención Psicosocial) (Tosta, 2009).

El Código Penal brasileño dispone que ante la comisión de un delito y la declaración de inimputabilidad, las personas sean derivadas por medidas de seguridad a un sector especializado para el tratamiento psiquiátrico dentro de la cárcel u hospital, mientras que otras pueden realizar el tratamiento en forma ambulatoria. Para el cese de las medidas de seguridad de quienes se encuentran en privación de libertad, es requisito que sean sometidos a exámenes que realiza el Instituto Médico Legal y que cuenten con familiares dispuestos a recibirlos, por lo que pocos casos lo consiguen. A nivel jurídico, se mantienen las nociones de peligrosidad asociadas a la locura que justifican el encierro (Bravo, 2010).

En nuestro país se han propuesto enfoques desmanicomializantes, como el movimiento propulsado por la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. Durante el año 2009, en el marco de la Comisión Asesora Técnico Permanente (C.A.T.P.) del Plan Nacional de Salud Mental (P.N.S.M.) se elaboró una propuesta de Anteproyecto de Ley en Salud Mental, que contempla aspectos fundamentales tales como el Derecho a la Salud Mental, integralidad, desarrollo en distintos ámbitos, abordaje profesional inter y transdisciplinario, reinserción comunitaria, consentimiento informado, igualdad, accesibilidad, promoción y prevención (Aguirre, et al., 2009). La Ley 18.651 (2010) de Protección integral a las personas con discapacidad, se proclamó con el objetivo de asegurar la atención y rehabilitación en distintos ámbitos, para asegurar la adaptación de la persona y el respeto a la dignidad humana. También se ha profundizado la capacidad de

organización de usuarios y familiares, creándose en el año 2012 la Institución Nacional de Derechos Humanos (I.N.DD.HH.) y Defensoría del Pueblo.

En virtud de los procesos que se han gestado y las nuevas propuestas de reforma que apuntan a la desinstitucionalización y sobre todo a una nueva concepción de Salud Mental y su abordaje, se inscribe la problemática y el tratamiento de las P.P.L.I. En este sentido, el Centro “El Trébol” pretende oficiar de residencia transitoria para mediar los procesos de rehabilitación de las P.P.L.I. entre la internación y el egreso institucional contemplando distintos aspectos, entre ellos el ámbito médico, psicológico y social. La iniciativa comenzó en el año 2008 como un espacio de Taller, donde se realizan trabajos muy variados, como albañilería, herrería, serigrafía, tallado, esculturas, pinturas, entre otros. Dichas actividades tienen como objetivo colaborar en revertir, o al menos posibilitar una mejora en los efectos negativos que acarrea el encierro, a través de la potencialización del hábito laboral y desde un plan de rehabilitación individualizado que prepare a las P.P.L.I. para el egreso institucional y su reinserción social (Tabeira, Puig, Duarte, Ferreira, Peregalli y Bentancor, 2012).

REFERENTES TEÓRICOS

Adentrada la época Clásica en Europa, se comenzó a excluir e internar a aquellas personas que no se ajustaran a lo socialmente esperado por considerarlas peligrosas. De esta forma se comenzó a vigilar en distintos establecimientos a quienes que se alejaban de lo “normal” para “encauzar o corregir” su conducta (Foucault, M. 1986).

Similares prácticas fueron adoptadas en nuestro país, primero fueron personas escondidas o abandonadas y más tarde acogidas en el Hospital de Caridad de Montevideo, fundado en 1788. En 1860 se fundó el “Asilo para dementes”, primer Centro para la atención en Salud Mental, que luego en 1880 dio lugar a la inauguración del Manicomio Nacional, llamado a partir de 1910 “Hospital T. Vilardebó”. Las técnicas utilizadas fueron medicación, chalecos de fuerza, reposo forzado, baños de agua fría y máquina eléctrica, entre otros (Barrán, 1993).

Distintos autores han señalado el fracaso del modelo asilar tradicional de atención en Salud Mental en hospitales monovalentes, ya que no se ajustan a un enfoque de asistencia que contemple a la persona desde una perspectiva integral (Sandoval-Chacón y Canales-Viquez, 2009). También Ardila y Galende (2011) enuncian la

afección vincular que supone el padecimiento psiquiátrico, resaltando que la rehabilitación tiene como principal objetivo la integración social de la persona.

La rehabilitación psicosocial es entendida como un proceso en el cual se prepara al sujeto para la adaptación y reinserción social mientras que se entrenan habilidades y maximizan potencialidades para su independencia, contribuyendo a mejorar el funcionamiento general de la persona (Rodríguez y Sobrino, 1999). Para Van Weeghel y Kroon, la rehabilitación comprende,

la revaloración de pacientes como ciudadanos (misión) al entrenamiento de habilidades y apoyo (método), a la voluntad de centrarse en las necesidades y los objetivos de los pacientes (actitud) y a la transición de una atención basada en el hospital a un sistema de atención comunitaria (organización de ciudadanos). (Van Weeghel y Kroon, 2004, p.73).

En el ámbito legal, durante la década del 1930, se aprobaron normas referidas a la enfermedad mental que continúan vigentes hasta hoy en día. El Código Penal Uruguayo (1933) define el acto delictivo en el Art. 1, como *“toda acción u omisión expresamente prevista por la ley penal”*, mientras que el Art. 30 refiriéndose a la Locura, señala,

no es imputable aquél que en el momento que ejecuta el acto por enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación se hallare en tal estado de perturbación moral, que no fuere capaz o solo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo o de determinarse según su verdadera apreciación (Código Penal Uruguayo, 1933, Art. 30).

La inimputabilidad refiere al estado de conciencia que presentaba la persona sobre el hecho y sus inminentes consecuencias a la hora de cometer el acto delictivo, lo que determina la diferencia entre ser derivado a la cárcel o a un Hospital Psiquiátrico. El Juez dictamina según el informe del ITF (Instituto Técnico Forense) y “parámetros de peligrosidad”, la derivación a esta Institución para que se acate lo dispuesto (Cabrera, et al., 2013).

El Código Penal Uruguayo dispone como medidas de seguridad, el cumplimiento de medidas curativas en Asilo o Manicomio para su tratamiento. En cuanto a la duración de las mismas, es indeterminada, lo que significa que la sentencia no establece ni mínimo ni máximo de duración (Código Penal Uruguayo, 1933, Arts. 93-97).

Liberman expone que la enfermedad mental crónica provoca deterioro o ciertas discapacidades que repercuten en la pérdida de habilidades sociales (Blanco y Pastor, 1999), lo que se acentúa con la hospitalización prolongada característica de las P.P.L.I.

La C.A.T.P. propone que el cuidado de la Salud Mental abarca el desarrollo de capacidades en distintas áreas (física, intelectual, afectiva), la capacidad de participación social e igualdad en el goce de los Derechos como el trabajo, vivienda, educación y bienestar (Aguirre, et al., 2009). El Art. 25 del Anteproyecto en Salud Mental presenta un abordaje psicosocial y comunitario, que propicia el aprendizaje participativo y restablecimiento de vínculos. Para ello, deberán brindarse modelos de rehabilitación psicosocial eficientes que permitan mejorar la calidad de vida de la persona y su familia (Aguirre, et al., 2009).

Como se mencionó anteriormente, dentro de la población que se encuentra internada en el Hospital T. Vilardebó, existe un alto porcentaje de personas que cargan con el diagnóstico de una enfermedad mental y con el peso de la Justicia. En este sentido, la Asamblea Instituyente adhiere a lo planteado por Alejandro Guajardo, que expone la necesidad de cambios a nivel judicial con la finalidad de que sea el Equipo Técnico quien tenga la responsabilidad del tratamiento y alta de las personas declaradas inimputables por causa de padecimiento psiquiátrico (Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. 2013).

Zaffaroni (2011) señaló que minimizar la institucionalización colabora en evitar el deterioro, y la atención de la Salud Mental en un modelo comunitario posibilita el proceso de rehabilitación. Desde esta perspectiva, los Centros de rehabilitación extra-hospitalarios se plantean como recursos especializados para brindar un plan de rehabilitación psicosocial particular para cada persona, de manera que fomente el aprendizaje y potencie sus capacidades para lograr el funcionamiento autónomo en la comunidad (Rodríguez y Sobrino, 1999). Estos dispositivos aspiran a trabajar en un “ambiente natural” con programas de rehabilitación que apunten al restablecimiento de la vida cotidiana y a la integración social (Mayoral, 1989).

PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas que sostienen este Pre-proyecto de investigación se resumen en:

- ¿Cuáles son las condiciones sanitarias y jurídicas de las P.P.L.I. en el Hospital T. Vilardebó?
- ¿Cuáles son las condiciones rehabilitación psicosocial en dispositivos extra-hospitalarios dirigidos a P.P.L.I.?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Indagar y producir conocimientos sobre la situación actual de las P.P.L.I.

Objetivos Específicos:

- Generar visibilidad sobre las condiciones sanitarias y jurídicas de las P.P.L.I. institucionalizadas en el Hospital T. Vilardebó.
- Conocer las condiciones de rehabilitación psicosocial del Centro “El trébol”.

DISEÑO METODOLÓGICO

Este proyecto de investigación se ejecutará bajo el formato exploratorio descriptivo. Para ello, se procurará la realización de un análisis cualitativo de la problemática propuesta (Vázquez-Sixto, 2009).

Herramientas de relevamiento de información

- Entrevistas.
- Historias clínicas.

Población y muestra

- P.P.L.I. internadas en el Hospital T. Vilardebó.
- P.P.L.I. participantes del Taller de Sala 12 de Hospital T. Vilardebó.
- P.P.L.I. participantes del Centro de rehabilitación psicosocial “El Trébol”.

Plan de análisis

En primera instancia la población objeto de estudio serán las P.P.L.I. internadas en el Hospital T. Vilardebó. Se relevará información de las historias clínicas para visualizar la condición sanitaria y jurídica.

En cuanto al aspecto sanitario, interesa conocer las siguientes categorías;

- Datos sociodemográficos de las P.P.L.I.
- Cantidad de internaciones (única, hasta tres, más de tres).

- Prolongación de la internación en curso (menor a 6 meses, de 6 meses a un año, entre uno y cuatro años, mayor a cuatro años).
- Diagnóstico.
- Si posee informe favorable para egreso hospitalario (si o no).

En cuanto al aspecto jurídico, interesa conocer;

- Tipo de delito cometido (delito contra la propiedad privada, delito contra la personalidad física, otros).
- Actuación del abogado de oficio (número de actuaciones).
- En caso de que la P.P.L.I. cuente con informe favorable para el egreso hospitalario, saber si se elevó el informe al Juez competente (si o no).
- Respuesta del Juez sobre el informe (pendiente, dispone continuar la internación, otorga permiso para rehabilitación extra-hospitalaria, autoriza el egreso hospitalario).

En un segundo momento, para visualizar las condiciones de rehabilitación psicosocial, se tomará como muestra intencional a aquellas P.P.L.I. que integren dispositivos de rehabilitación extra-hospitalarios, como el Centro “El Trébol”. Se tomará como antecedente y referencia la Escala de Funcionamiento Social (Vázquez y Jiménez, 1990).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de Investigación se actuará de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto N° 379/008 (2008) referido a la Investigación con Seres Humanos, salvaguardando la evitación de daños o perjuicios que puedan estar asociados a la investigación.

Se elaborará y aplicará consentimiento informado a los participantes de la investigación. Será primordial el resguardo de los datos personales de las P.P.L.I. involucradas.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

DESCRIPCIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Selección y análisis de bibliografía sobre la problemática.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Coordinación institucional.		X										
Realización de entrevistas.			X									
Relevamiento de información de historias clínicas.				X	X	X						
Procesamiento y análisis de información de historias clínicas.							X	X				
Apreciación de condiciones de rehabilitación psicosocial.									X	X		
Análisis.											X	
Informe final.												X

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende aportar a la comprensión y producción de conocimientos respecto a las condiciones sanitarias, jurídicas y de rehabilitación para P.P.L.I. en dispositivos extra-hospitalarios.

Se aspira a que dicha articulación oficie de insumo en la visualización de la problemática sanitaria y jurídica de las P.P.L.I., y que contribuya desde una perspectiva de Derechos a la mejora de planes de rehabilitación psicosocial para P.P.L.I.-

REFERENCIAS

- Aguirre, A., Antúnez, M., Arozamena, C., Celhay, C., Del Castillo, R., De León, N. (...) y Peyrot, H. (2009). *Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay*. Recuperado de http://asambleainstituyente.blogspot.com/p/blog-page_25.html
- Ardila, S. y Galende, E. (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Comunitaria. *Revista salud Mental y Comunitaria*. Recuperado de <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad.pdf#page=39>
- Argentina. Ministerio de Salud. (2010). Ley 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*. Decreto Reglamentario 603/2013. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-09-26_ley-nacional-salud-mental.pdf
- Barrán, J. (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar* (V.1). Montevideo: Banda Oriental.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Blanco, A. y Pastor, A. (1999). Características de los enfermos mentales crónicos. En A. Rodríguez (Coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp.42-43). España: Ediciones Pirámide.
- Bravo, O. (2010). La construcción institucional del "loco peligroso". *Universitas Psychologica*, 9(1), 263-275. Colombia. Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=fec91fa7-4477-4689-abe6-b7f2b0f2758d%40sessionmgr114&vid=1&hid=127>
- Cabrera, H. González, D. Laino, N. Montes, C. y Monteo, A. (2013). La inimputabilidad por trastorno psiquiátrico en el proceso judicial. En N. De León (Coord). *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp.96-104). Montevideo: Ediciones Levy.
- Donna, E. y De la Fuente, J. (1997). El problema de la indeterminación temporal de las medidas de seguridad. En L. Anastasi. *Revista jurídica Argentina La Ley* (pp.361-369). Buenos Aires: La Ley S.A.
- Fresán, A., Tejero, J., Apiquian, R., Loizaga, C., García-Anaya, M. y Nicolini, H. (2002). Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia. *Salud Mental*, 5(25), 72-78. México. Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=e124e4ce-20a1-4df3-88ac-12820bfdb526%40sessionmgr115&vid=1&hid=127>

- Foucault, M. (1986). *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión. Disciplina*. España: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica*. (V.1). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. y Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Goffman, E. (1961). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mayoral, F. (1989). Tratamiento de pacientes crónicos en la comunidad. Algunas consideraciones en torno a la desintitucionalización. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 9(28), 123-131. Recuperado de <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15070>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. *Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Pozueco, J., Romero, S. y Casas, N. (2011) Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte II) *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(4), 175-192. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062011000400002&lng=en&tlng=en
- Rico, L., y Fortuny, J. (2000). Primeras medidas de seguridad alternativas a la pena en un hospital psiquiátrico. *Psiquiatría Pública*, 12(2), 131-138. España. Recuperado de <http://documentacion.aen.es/pdf/psiquiatra-publica/vol-12-n-2/131-primeras-medidas-de-seguridad-alternativas-a-la-pena-en-un-hospital-psiquitarico.pdf>
- Rodríguez, A. (Coord.). (1999). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. España: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez, A. y Sobrino, T. (1999). La rehabilitación psicosocial en el marco de una atención comunitaria integral al enfermo mental crónico. En A. Rodríguez (Coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp.77-79). España: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez, A. y Sobrino, T. (1999). Una experiencia en la comunidad de Madrid: el programa de servicios sociales alternativos a la Institucionalización psiquiátrica. En A. Rodríguez (Coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp.80-84). España: Ediciones Pirámide.
- Román, N. y Zapata, J. (2012). *Proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos en hogares protegidos forenses*. (Tesis para optar al Grado académico de

- Licenciado en Trabajo Social). Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/704>
- Sandoval-Chacón, C. y Canales-Viquez, G. (2009). Funcionamiento psicosocial de personas con enfermedad mental desinstitucionalizadas: Una experiencia de rehabilitación psicosocial costarricense. *Revista Costarricense de Psicología*, 29(41-42), 121-135. Recuperado de <http://www.rcps-cr.org/articulos/RCP-41-42/RCP-Vol.29-Funcionamiento-psicosocial-de-personas-con-enfermedad-mental-desinstitucionalizadas.pdf>
- Siedl, A. (2008). Crónica y crítica de una experiencia de resocialización. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-032/480>
- Tabeira, S., Puig, N., Duarte, G., Ferreira, A., Peregalli, Y. y Bentancor, V. (2012). *Proyecto de desarrollo en rehabilitación de pacientes judiciales*. Hospital Vilardebó.
- Tosta, M. (2009). Salud Mental. *La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas*, 32(4). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400001
- Uruguay. Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. (2013). *Carta presentada en la II Asamblea Nacional de Derechos de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo*. Recuperado de <http://asambleainstituyente.blogspot.com/p/institucionnacional-de-derechos-humanos.html>
- Uruguay. *Constitución de la República Oriental del Uruguay*. (1967). Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/constituciones/const004.htm>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2008). Decreto N° 379/008. *Investigación en Seres Humanos*. Recuperado de http://www.ucu.edu.uy/sites/default/files/pdf/uruguay_decreto_PE_investigacion_2008.pdf
- Uruguay. Poder Legislativo. (1933). *Código Penal Uruguayo*. Recuperado de http://www.parlamento.gub.uy/Codigos/CodigoPenal/Cod_Pen.htm
- Uruguay. Poder Legislativo. (2010). Ley 18.651. *Protección integral de personas con discapacidad en el Estado*. Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18651&Anchor=>

- Van Weeghel, J. y Kroon, H. (2004). Perfilando la investigación en rehabilitación psiquiátrica. Percepciones de los investigadores ("stakeholders") *The European Journal of Psychiatry (edición en español)*. 18(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1579-699X2004000200002&script=sci_arttext&tlng=es/
- Vázquez, A. y Jiménez, R. (1990). Adaptación de: *Escala de Funcionamiento Social - SFS-*. Dirección Nacional de Servicios Sociales. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/Carpeta%20Instrumentos%20CAM/Carpeta%20Instrumento s/2.Funcionamiento%20psicosocial%20y%20HH%20adaptativas/SFS/SFS_P.pdf
- Vázquez-Sixto, F. (2009). *Protocolo orientativo para la redacción de una propuesta o proyecto de investigación*. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/protocolo_proyecto_investigacion_felix_vazquez.pdf
- Yadeum, S., Diaz, C., Colin, A. y Consuelo, T. (1998) Implicaciones del delito en el enfermo mental. *Salud Mental*. 21(3), 39. Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/eds/detail/detail?sid=3eee50fa-c865-4d13-b42d-ab060e899875%40sessionmgr113&vid=0&hid=127&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=sih&AN=3748277&anchor=AN0003748277-5>
- Zaffaroni, E. (2011). Suplemento especial de Página 12. *La cuestión criminal*. 11,1-4. Recuperado de http://www.pagina12.com.ar/especiales/archivo/zaffaroni_cuestion_criminal/9-16.la_cuestion_criminal.pdf