

DIRECCION NACIONAL DE CARCELES
PENITENCIARIAS Y CENTROS
DE RECUPERACION.

INSTITUTO DE CRIMINOLOGIA

ANALES DE LAS
PRIMERAS JORNADAS
URUGUAYAS
DE
CRIMINOLOGIA

TOMO II

8 - 10 — NOVIEMBRE — 1989
MONTEVIDEO, R. O. DEL URUGUAY

TITULO III

OTROS ASPECTOS DE LA VIOLENCIA

MARGINALIDAD ASISTENCIAL DE PERSONAS AFECTADAS DE PATOLOGIA PSIQUIATRICA MAYOR

* MARIO ORREGO
** PABLO TRELLES
*** LYDIA GEORGIEFF
**** CRISTINA MEDINA

RESUMEN

El desmantelamiento progresivo del Hospital Psiquiátrico de agudos (Musto), crea una situación de marginalidad asistencial a la comunidad de pacientes portadores de patología mayor, y de marginalidad formativa a los profesionales que concurren.

El proceso destructivo de los servicios asistenciales y docentes es continuo.

La medida constituye una transgresión a la norma establecida en el Programa de Salud Mental (repartido del M.S.P., página No. 15 - numeral 6.5, 9 de setiembre de 1986).

Las Autoridades Administrativas toman decisiones contrarias a las programadas, de otorgar suficientes y adecuados recursos humanos y técnicos para llevar la asistencia, en esa Institución, al nivel de calidad y complejidad imprescindibles que le permitan constituirse en modelo e instancia de la mejor referencia.

Contravienen asimismo resoluciones de Asambleas Generales Extraordinarias de la Sociedad de Psiquiatría (23 de agosto de 1988 y 30 de marzo de 1989).

Por demás, el derecho a la salud, es jurídicamente inalienable; se encuentra instituido en la Constitución de la República y en la Carta de los Derechos Humanos.

- * Médico Psiquiatra. Ex Prof. Adjunto Titular de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Montevideo.
** Médico Psiquiatra.
*** Asistente Social de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Montevideo.
**** Profesora de Filosofía.

Desmantelar los servicios asistenciales y docentes de la más alta especificidad para la patología mayor en agudo constituye un crimen.

El trabajo desarrolla una hipótesis explicativa del fenómeno y plantea cuales son los mejores medios para su control.

El Concepto básico es que los factores que están en el origen de la conducta profesional y administrativa de efecto antisocial son producto de una disfunción neuro-psicológica que asocia un trastorno cognitivo del pensamiento y la percepción.

Plantea como método de prevenir y sanear esa deficiencia, el trabajo responsable y permanente en el área específica hospitalaria, único medio eficaz posible de reeducación profesional y rehabilitación Institucional.

INTRODUCCION

Esta comunicación es producto de la preocupación de un grupo de trabajo que realiza desde hace muchos años y de modo continuo actividades de asistencia, investigación y docencia en el área hospitalaria.

Examina la realidad habitualmente soslayada del inadmisibile estado de la asistencia psiquiátrica de los pacientes internados.

Uno de los miembros integrantes del grupo, el Dr. Mario Orrego, se ha caracterizado por efectuar, en el ámbito profesional especializado, demandas reiteradas para que la mayoría profesional lograra conciencia de esa realidad e hiciera algo por modificarla.

Sus exposiciones, realizadas en sesiones de la Comisión Directiva y Asamblea de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, en jornadas del Hospital Psiquiátrico de Agudos, de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, en el Sindicato Médico del Uruguay, y, en actividades públicas de la Comisión de Salud Mental de la Facultad de Medicina, constituyen documentos que cuestionan ciertos aspectos técnico-profesionales, científicos y éticos de la Institución.

En las formulaciones ha tenido particular cuidado en la descripción de los datos de la realidad, y la fundamentación de las hipótesis sobre el origen de las conductas profesionales y administrativas de efecto antisocial que mantienen o empeoran la situación de marginalidad asistencial.

En 1987 fue expuesta la primera hipótesis que identifica como factor causal una falla formativa en la identidad del rol profesional del área hospitalaria; la identidad ambigua que produce, crea subdesarrollo técnico-profesional e ideológico específico de sector.

En 1988 se elabora la segunda hipótesis que identifica como determinante una variable de naturaleza personal: el desempeño del rol profesional como instrumento de poder, para acceder a ciertas posiciones de prestigio social, ajenas a la ciencia, y la consecuente ocupación del cargo sin el ejercicio de las funciones inherentes al mismo.

En 1989, a partir de conocimientos adquiridos en investigaciones clínicas sobre la percepción, se elabora la tercera hipótesis explicativa que aquí se expone.

DEFINICION

Acuñamos la expresión de marginalidad asistencial para designar una atención insuficiente o inadecuada en materia de prestación de servicios de salud.

Tal situación afecta a una importante población constituida por personas portadoras de patología psiquiátrica mayor, entendiendo por tal, afecciones con disfunción cerebral severa, agudas o crónicas, que tienden a manifestarse durante largo tiempo o son permanentes y crean incapacidad.

La patología psiquiátrica mayor agrupa un conjunto de enfermedades graves entre las que se destacan la psicosis, las demencias, las oligofrenias, las alteraciones severas de la personalidad y las complicaciones evolutivas de otros trastornos con incidencia sobre el sistema nervioso central (alcoholismo crónico, adicciones, epilepsias, encefalopatías, etc.).

METODOLOGIA

Para ilustrar la situación a la que nos referimos, se exponen datos surgidos del análisis estadístico de las causas de muerte en el Hospital Psiquiátrico.

El criterio elegido fue estimado pertinente en razón de la jerarquía del valor que detenta la preservación de la vida, y debido a su utilidad como referencia objetiva de medida, por su carácter indudable y finitamente concreto.

La información surge fundamentalmente del estudio de las Historias Clínicas, sistema usual de registro en la Institución.

El valor estadístico de los datos es fundamentalmente descriptivo ya que no existe posibilidad de obtener información suficiente y comparativa que permita realizar una evaluación cuantitativa y cualitativa precisa de la situación.

La documentación sobre los diversos aspectos del asunto no constituye una indiscreción indebida.

La transformación de esta realidad lamentable requiere del esfuerzo metódico de un número significativo de individuos a partir de un inventario realista, material y ético de la Institución.

DATOS

El estudio se realizó en dos etapas.

La primera, en 1984, abarca el período comprendido entre la apertura del Hospital, el 21 de mayo de 1983, hasta el 12 de octubre de 1984. Los resultados fueron expuestos en una jornada médica en el Hospital Psiquiátrico a fines de 1984.

La segunda, actual, acerca de los últimos cinco años, de 1985 a 1989.

ESTUDIO 1984

Se transcriben del estudio el análisis de las muestras de pacientes fallecidos, algunas consideraciones y recomendaciones.

El período considerado abarca casi diecisiete meses.

Fueron estudiados solamente los pacientes menores de 65 años, con el fin de disminuir en los resultados de la investigación, la incidencia de los factores biológicos que causaban muerte natural; se trataba de dejar en relevancia los factores que más probablemente se relacionaban con aspectos intrínsecos a la Institución.

Dificultades debidas a la insuficiente información que proporcionaron las Historias Clínicas restringió aún más las muestras, a saber 13 (en 36 fallecidos dentro del Hospital) y 15 (en 24 fallecidos fuera) respectivamente.

ANÁLISIS DE LA MUESTRA DE PACIENTES FALLECIDOS DENTRO DEL HOSPITAL (1984)

1. Corresponde en un 53.8 o/o a afecciones debidas a factores médico psiquiátricos agudos, con la siguiente distribución:
 - 1.1 - Cinco personas portadoras de alcoholismo crónico descompensado y con edad promedial de 55 años.
 - 1.1.1 - el diagnóstico de delirio subagudo al ingreso de dos pacientes.
 - 1.1.2 - el fallecimiento por motivos médicos, consignándose descompensaciones metabólicas (1), síndrome funcional respiratorio (2), taquicardia (1) e insuficiencia cardíaca (1).
 - 1.1.3 - que la última indicación médica que consta en uno de los casos se registra tres días antes de la muerte, a pesar que enfermería señala a reiteración la situación crítica del paciente.
 - 1.2 - Una persona con esquizofrenia reagudizada. Del estudio se destaca:
 - 1.2.1 - la muerte sobreviene a los dieciséis días de internación por complicaciones médicas de una catatonía no tratada con electro-shocks, en un hombre de treinta y dos años.
 - 1.3 - Una persona afectada por depresión mayor. Del estudio se destaca:
 - 1.3.1 - que la muerte ocurre en un hombre de sesenta y cuatro años, que efectuó un intento de autoeliminación antes del ingreso al Hospital, cursando melancolía delirante.
2. Corresponde en un 46.1 o/o a afecciones debidas a factores médico quirúrgicos de entidad, con la siguiente distribución:
 - 2.1 - Cuatro personas portadoras de delirios crónicos y con edad promedial de 53 años.

Del estudio de los casos surgen como datos relevantes:

 - 2.1.1 - La muerte en dos pacientes ocurre como consecuencia de enfermedades oncológicas: sarcoma y peritonitis neoplásica.
 - 2.1.2 - se consigna en dos pacientes "paro cardiorespiratorio" como causa de muerte.
 - 2.2 - Dos personas portadoras de síndromes psiquiátricos probablemente sintomáticos, con edad promedial de 57 años.

ANÁLISIS DE LA MUESTRA DE PACIENTES FALLECIDOS FUERA DEL HOSPITAL, A POCO DE SER TRASLADADOS (1984)

3. Corresponde en un 53.3 o/o a afecciones debidas a factores médico psiquiátricos agudos, con la siguiente distribución:
 - 3.1 - Cinco personas portadoras de alcoholismo crónico decompensado y con edad promedial de 52 años.

Del estudio de los casos surgen datos relevantes:

 - 3.1.1 - el diagnóstico de delirio subagudo en dos pacientes.
 - 3.1.2 - el traslado por motivos médicos, consignándose insuficiencia cardiorespiratoria aguda e insuficiencia cardíaca congestiva.
 - 3.2 - Tres personas traumatizadas por precipitación desde una altura (defenestración), con edad promedial de 36 años.

Del estudio surgen como datos importantes:

 - 3.2.1 - el diagnóstico de esquizofrenia en dos de los casos y depresión mayor en otro.

- 3.2.2 - la última indicación médica que consta en uno de las historias clínicas se registró nueve días antes de la precipitación, coincidiendo con la interrupción de una serie de ocho electroshocks indicados, de los cuales sólo tres se efectuaron.
4. Corresponde en un 46.6 o/o a afecciones debidas a factores médico quirúrgicos de entidad, con la siguiente distribución.
- 4.1 - Cuatro personas portadoras de afecciones psiquiátricas diversas trasladados con descompensaciones médicas, con edad promedial de 47 años. Del estudio de los casos surgen como datos de interés:
- 4.1.1 - los diagnósticos de sepsis, neumopatías, rigidez de nuca y síndrome de gasto bajo.
- 4.1.2 - el envío de uno de los pacientes (sepsis) al Hospital General es rechazado en dos oportunidades por las instituciones destinatarias (H. Pasteur y H. Maciel).
- 4.2 - Tres personas portadoras de afecciones psiquiátricas diversas con edad promedial de 53 años, trasladados por motivos quirúrgicos, abdomen agudo (2) y traumatismo por caída desde su altura (1).

CONSIDERACIONES (1984)

El análisis conjunto de las muestras de pacientes estudiados revela:

1. Mayor riesgo de muerte por factores médico psiquiátricos agudos (53.5 o/o) que por factores médico-quirúrgicos de entidad (46.4 o/o).
2. Los factores médico-psiquiátricos agudos tienen la siguiente distribución:
 - 35.8 o/o alcoholismo crónico descompensado con delirio sub-agudo (10).
 - 10.5 o/o esquizofrenias reagudizadas (3).
 - 7.1 o/o accesos de depresión mayor (2).
3. Algunos datos ponen de manifiesto la insuficiencia relativa del dispositivo asistencial médico y psiquiátrico Hospitalario. Adviértase que el 35.8 o/o de los fallecimientos totales estudiados corresponden a pacientes portadores de delirio subagudo alcohólico. Si bien no existen datos comparativos con tasas de mortalidad específicas en otros hospitales de nuestro medio, las evoluciones fatales en el Hospital Psiquiátrico se estiman como de un orden muy superior a las expectativas generadas por esa patología. Las situaciones descritas en los numerales 1.1.3, 1.2.1, 1.3.1, 2.1.2, 3.2 y 3.2.2, marginan o incurren abiertamente en transgresiones normativas en el ejercicio del rol laboral. Asimismo se aprecia la desintegración del equipo administrativo-técnico-profesional de la Institución; son ejemplos graves las situaciones descritas en los numerales 1.1.3, 3.2.2 y 4.1.2.

RECOMENDACIONES (1984)

Las deficiencias identificadas requieren medidas administrativas adecuadas. Para mejorar la calidad de la asistencia en el Hospital Psiquiátrico de agudos es necesario:

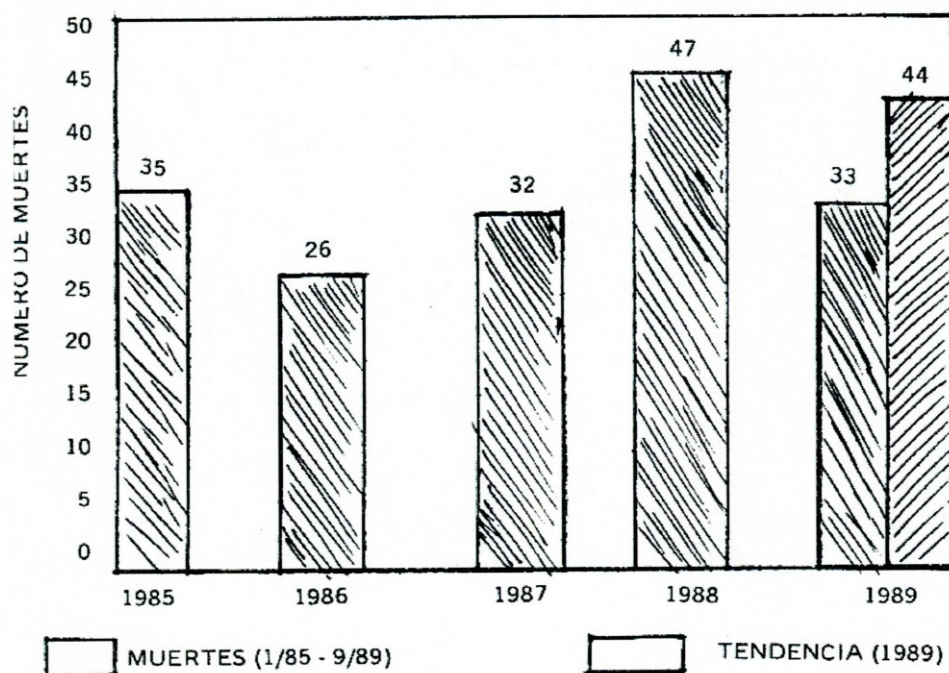
1. Dotarlo de los recursos imprescindibles para el ejercicio de la profesión médica y psiquiátrica de rutina.

2. Crear servicios especializados para el tratamiento de situaciones críticas:
 - a. psiquiátrico, de cuidados a nivel intensivo e intermedio, a efectos de lograr eficacia en la contención y cura de la patología mayor de alto riesgo.
 - b. médico, de cuidados a nivel intensivo e intermedio, a efectos de posibilitar la sobrevivencia de pacientes psiquiátricos afectados de modo intercurrente por factores médico quirúrgicos de entidad.
3. Crear un servicio de patología y morgue, de confrontación médico jurídica, para investigar las causas de enfermedad y muerte, a veces prevalentemente motivadas por el fracaso institucional.
4. Desarrollar el nivel técnico, científico y ético de los profesionales.
5. Desarrollar la comunicación laboral entre los profesionales de la Institución para una adecuada integración del equipo de asistencia.

ESTUDIO 1985 a 1989

Se efectuaron indagaciones anuales respecto de las variables de edad, sexo, diagnóstico, causa de muerte (con o sin pase a forense en caso de desconocimiento), días de asistencia, lugar de fallecimiento y número de funcionarios.

NUMERO DE MUERTES EN H. MUSTO PERIODO ENERO 1985 - SETIEMBRE 1989



ANO 1985

=====

No.	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO	Cod CAUSA DE MUERTE	Cod FORENSE	DIAS
						ASISITENCIA
1985	1	M	49 D.A.S	1 DISB.HOMEOSTASIS	1 N	4
1985	2	F	21 OLIGOFRENIA	2 M S	2 S	4
1985	3	F	74 HIPOC DELIRANTE	3 SE DESCONOCE	0 T	13
1985	4	M	44 ESQUIZOFRENIA	4 SE DESCONOCE	0 N	9
1985	5	M	29 ESQUIZOFRENIA	4 M S	2 S	9
1985	6	F	27 OLIGOFRENIA	2 M S	2 N	3
1985	7	M	83 DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	0 N	2
1985	8	M	66 MELANCOLIA	6 FIB AURIC P C R	4 T	11
1985	9	F	72 DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	3 T	7
1985	10	M	DEMENCIA	5 E A P	15 T	8
1985	11	M	50 ESQUIZOFRENIA	4 ASF IMPACT	6 N	13
1985	12	M	34 S D	0 P TOXI INFECC	7 T	56
1985	13	M	71 ALCOHOLISMO CRONICO	1 ASF IMPACT	6 N	5
1985	14	F	26 HISTERIA	8 ALTA	8 N	ALTA 23
1985	15	M	37 PSICOSIS CRONICA	4 CUADRO RESP	9 N	1
1985	16	M	65 DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	0 T	8
1985	17	M	14 P D A	9 ASF IMPACT	6 N	S/D
1985	18	M	69 DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	0 N	1
1985	19	M	55 S D	0 I C R CRONICA	9 N	2
1985	20	M	68 DEMENCIA	5 NEUMOPATIA AGUDA	9 N	10
1985	21	F	78 DEMENCIA	5 P C R	10 N	100
1985	22	F	34 ESTUPOR CATATONICO	10 SE DESCONOCE	0 N	11
1985	23	F	65 DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 N	152
1985	24	F	70 DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 N	19
1985	25	M	73 HIPOMANIA	7 SE DESCONOCE	0 N	3
1985	26	F	42 PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 N	4
1985	27	F	49 PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 R	5
1985	28	F	70 DEMENCIA	5 T C E	12 N	61
1985	29	M	54 DEPRESION	6 SUICIDIO	13 N	21
1985	30	F	62 DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 N	S/D
1985	31	M	65 DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	0 N	10
1985	32	F	52 PSICOSIS CRONICA	4 ASF IMPACT	6 N	31
1985	33	M	83 DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 N	S/D
1985	34	M	34 ESQUIZOFRENIA	4 SUICIDIO	13 N	24
1985	35	F	62 D A S	1 P C R	10 N	1

ANO 1986						
=====						
	No.	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO	Cod CAUSA DE MUERTE	Cod FORENSE
						DIAS AISITENCIA
1986	1	M	62	PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 T 2
1986	3	F	56	PSICOSIS CRONICA	4 PCR	10 N S/D
1986	4	M	55	PSICOSIS CRONICA EPI	4 PCR	10 N 1
1986	5	F	55	OLIGOFRENIA	2 CAQUEXIA	11 T 24
1986	6	M	44	ALCOHOLISMO	1 ASF IMPACT	6 N 9
1986	7	F	67	DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 N 120
1986	8	M	66	S D	0 NEUMOPATIA	9 N 6
1986	9	M	72	MELANCOLIA	6 CAQUEXIA	11 N 44
1986	10	F	58	DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 T 3
1986	11	F	78	DEMENCIA	5 PCR	10 N 91
1986	12	M	70	DEMENCIA	5 EPOC	9 T 5
1986	13	F		ESQUIZOFRENIA	4 SIN DATOS	0 N S/D
1986	14	F	28	OLIGOFRENIA	2 SE DESCONOCE	0 N 16
1986	15	F	62	PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 N 6
1986	16	F	63	DEPRESION	6 SE DESCONOCE	0 N 24
1986	17	F	62	DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 N 180
1986	18	F	16	OLIGOFRENIA	2 SE DESCONOCE	0 T 29
1986	19	M	59	ENCEFALOPATIA-	12 SE DESCONOCE	0 T 7
1986	20	F	53	DEMENCIA	5 M S	2 S 90
1986	21	M	55	ALCOHOLISMO	1 T C E	12 S S/D
1986	22	F	27	ANDREXIA	13 SE DESCONOCE	0 N 3
1986	23	M	76	DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	0 N 1
1986	24	F	62	PSICOSIS CRONICA	4 T C E	12 S 4
1986	25	F	26	P D A	9 SE DESCONOCE	0 T 1
1986	26	M	65	ALCOHOLISMO	1 ASF IMPACT	6 N 120

ANO 1987

=====

						DIAS
No.	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO	Cod CAUSA DE MUERTE	Cod FORENSE	ASISTENCIA
1987	1	F	71 PSICOSIS CRONICA	4 CAQUEXIA	11 N	240
1987	2	F	46 PSICOSIS CRONICA EPI	4 SE DESCONOCE	0 N	ALTA
1987	3	M	56 ESQUIZOFRENIA	4 T C E	12 N	120
1987	4	F	54 ESTUPOR CATAT	10 H T A TAQUIC	15 T	10
1987	5	M	63 ENFERM PAGET	99 SE DESCONOCE	0 N	150
1987	6	M	64 ALCOHOLISMO EPI	1 SE DESCONOCE	0 T	550
1987	7	M	34 OLIGOFRENIA EPI	2 GRAN MAL	14 S	7
1987	8	M	56 ALCOHOLISMO DEP	1 T C E	12 T	S/D
1987	9	M	59 PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 F	FUGA
1987	10	F	58 PSICOSIS CRONICA	4 E A P	15 T	S/D
1987	11	M	59 ALCOHOLISMO NEO	1 SE DESCONOCE	0 N	PASEO
1987	12	F	40 ENCEFALOPATIA	12 SE DESCONOCE	0 S	43
1987	13	M	54 PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 N	6
1987	14	M	58 ALCOHOLISMO	1 SE DESCONOCE	0 N	6
1987	15	F	66 I A E	14 SE DESCONOCE	0 F	FUGA 9
1987	16	M	60 D A S	1 P C R	10 N	3
1987	17	F	75 PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 N	130
1987	18	M	60 EPILEPSIA	11 GRAN MAL	14 N	2
1987	19	M	68 DEMENCIA	5 NEUMOPATIA	9 N	15
1987	20	M	67 DEMENCIA	6 SE DESCONOCE	0 T	6
1987	21	M	64 IAE MELANCOLIA	14 SE DESCONOCE	0 T	34
1987	22	F	71 PSICOSIS CRONICA	4 P C R	10 N	30
1987	23	M	69 SIN DIAGN	0 INSUF RESP	9 T	17
1987	24	F	33 DENENCIA	5 SE DESCONOCE	0 T	S/D
1987	25	M	79 PSICOSIS CRONICA	4 M S	2 N	16
1987	26	M	55 PSICOSIS CRONICA	4 PC R	10 N	1
1987	27	F	64 SIN DIAGN	0 SE DESCONOCE	0 S	2
1987	28	M	50 ALCOHOLISMO	1 CAQUEXIA	11 T	55
1987	29	M	41 PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 S	9
1987	30	F	OLIGOFRENIA	2 SE DESCONOCE	0 N	210
1987	31	F	47 DEPRESION	6 SE DESCONOCE	0 N	3
1987	32	M	47 ALCOHOLISMO	1 SE DESCONOCE	0 S	4
1987	33	F	16 CARACT EPI	11 GRAN MAL	14 N	S/D

ANO 1988

=====

			DIAS			
No.	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO	Cod CAUSA DE MUERTE	Cod FORENSE	ASISTENCIA
1988	1	F	73 DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	0 T	21
1988	2	F	39 OLIGOFRENIA	2 SE DESCONOCE	0 N	11
1988	3	M	54 ESQUIZOFRENIA	4 SE DESCONOCE	0 N	1825
1988	4	F	42 ALCOHOLISMO	1 INSUFIC RESP	9 N	17
1988	5	F	44 PSICOSIS CRONICA	4 S HIPOVOLENICO	16 T	26
1988	6	M	30 ESQUIZOFRENIA	4 FUGA	0 F	FUGA 21
1988	7	F	65 DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 N	27
1988	8	F	89 DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	0 SD	45
1988	9	M	57 ALCOHOLISMO	1 SE DESCONOCE	0 SD	1
1988	10	F	SIN DIAGN	0 FUGA	0 F	FUGA 1
1988	11	F	70 DEMENCIA	5 INSUF RENAL	17 N	9
1988	12	M	54 OLIGOFRENIA	2 SE DESCONOCE	0 SD	3
1988	13	F	79 DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 T	10
1988	14	F	CONF MENTAL	12 T C E	12 S	105
1988	15	M	DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 N	120
1988	16	M	DEMENCIA	5 T C E	12 N	120
1988	17	F	45 ESQUIZOFRENIA	4 SE DESCONOCE	0 N	15
1988	18	F	41 ESQUIZOFRENIA	4 SE DESCONOCE	0 S	113
1988	19	F	63 PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 T	1
1988	20	M	70 DEMENCIA	5 BRONQUITIS AGUDA	9 T	14
1988	21	F	42 PSICOSIS CRONICA	4 FUGA	0 F	FUGA 27
1988	22	M	66 PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 T	14
1988	23	M	18 IAE	14 SE DESCONOCE	0 S	1
1988	24	M	48 D A S	1 BRONQUITIS CRONIC	9 N	11
1988	25	F	75 DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	0 N	180
1988	26	F	54 DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 N	S/D
1988	27	F	62 PSICOSIS CRONICA	4 M S	2 S	1
1988	28	F	39 PSICOSIS CRONICA	4 COMA FARMAC	18 T	12
1988	29	F	DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	0 T	26
1988	30	M	50 ESQUIZOFRENIA	4 SE DESCONOCE	0 N	13
1988	31	M	48 PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 S	2
1988	32	M	23 ALCOHOLISMO EPI	1 SE DESCONOCE	0 T	17
1988	33	F	60 PSICOSIS CRONICA	4 TAQUIC PAROX	15 N	12
1988	34	M	28 CATATONIA	10 SE DESCONOCE	0 SD	9
1988	35	F	56 ALCOHOLISMO CRONICO	1 SE DESCONOCE	0 SD	ALTA 1
1988	36	M	D A S	1 PCR	10 N	6
1988	37	F	70 DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 N	56

1988	38	F	36	DEPRESION	6	COMA FARMAC	18	T	6
1988	39	F	83	DEMENCIA	5	SE DESCONOCE	0	SD	515
1988	40	M	72	ALCOHOLISMO CRONICO	1	SE DESCONOCE	0	T	1
1988	41	F	62	DEPRESION	6	SE DESCONOCE	0	SD	8
1988	42	M	62	ALCOHOLISMO CRONICO	1	SE DESCONOCE	0	N	2
1988	43	F	71	DEMENCIA	5	SE DESCONOCE	0	SD	90
1988	44	M	45	D A S	1	SE DESCONOCE	0	T	1
1988	45	M	55	ALCOHOLISMO CRONICO	1	EPOC	9	N	1
1988	46	M	47	ALCOHOLISMO CRONICO	1	SE DESCONOCE	0	N	1
1988	47	M	50	D A S	1	PCR	10	N	7

EDADES

SEXO

			F	M	F	M
<80	5	3%	2	3	40%	60%
71-80	21	12%	12	9	57%	43%
61-70	42	24%	19	23	45%	55%
51-60	37	21%	14	23	38%	62%
41-50	26	15%	10	16	38%	62%
31-40	13	8%	6	7	46%	54%
21-30	13	8%	7	6	54%	46%
14-20	5	3%	3	2	60%	40%
S/D	11	6%	6	5	55%	45%
	173	100.00%	79	94		

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN LUGAR DE FALLECIMIENTO

HOSPITAL	126	72.83 o/o
TRASLADOS	38	21.97 o/o
FUGAS	5	2.89 o/o
ALTAS	3	1.73 o/o
PASEO	1	0.58 o/o
TOTAL	173	100.00 o/o

ANO 1989

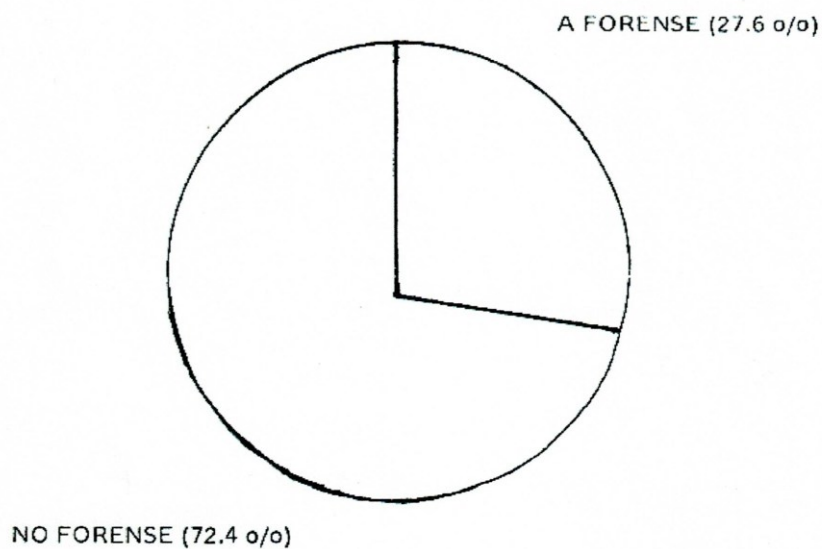
=====

	No.	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO	Cod CAUSA DE MUERTE	Cod FORENSE	DIAS ASISTENCIA
1989	1	F	79	DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 N	5
1989	2	F	46	MELANCOLIA	6 SE DESCONOCE	0 N	3
1989	3	M	36	OLIGOFRENIA	2 SE DESCONOCE	0 S	S/D
1989	4	M	37	PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 S	S/D
1989	5	F	57	PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 S	S/D
1989	6	F	28	PSICOSIS CRONICA	4 SUICIDIO	13 N	S/D
1989	7	F	59	SIN DIAGN +	0 PCR NEOP	10 N	S/D
1989	8	M	42	PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 N	S/D
1989	9	M	23	ESQUIZOFRENIA	4 SE DESCONOCE	0 N	S/D
1989	10	M	70	DEMENCIA	5 PCR	10 N	S/D
1989	11	M		PSICOSIS CRONICA	4 NEOPLASMA TERM	19 N	S/D
1989	12	M	52	ALCOHOLISMO	1 SE DESCONOCE	0 S	4
1989	13	F	51	CATATONIA	10 CAQUEXIA	11 N	S/D
1989	14	M	52	SIN DIAGN	0 CAQUEXIA	11 N	90
1989	15	M	54	D A S	1 DESHIDRATACION	20 N	3
1989	16	M	77	DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	0 N	8
1989	17	M	60	ALCOHOLISMO	1 PCR	10 N	S/D
1989	18	M	50	ENCEFALOPATIA ALCHOL	1 MS	2 S	S/D
1989	19	M	32	DROGADICCION	15 MS	2 S	S/D
1989	20	F	19	OLIGOF EPI	2 SUICIDIO	13 S	S/D
1989	21	M	63	SIN DIAGN +	0 SE DESCONOCE	0 N	S/D
1989	22	F	63	DEMENCIA	5 NEUMOPATIA	9 T	S/D
1989	23	F	58	PSICOSIS CRONICA	4 SE DESCONOCE	0 T	S/D
1989	24	M	80	DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	0 SD	2
1989	25	M	89	DEMENCIA	5 PCR	10 N	9
1989	26	F		PSICOSIS CRONICA	4 ICR	10 N	18
1989	27	M	65	DEMENCIA	5 CAQUEXIA	11 N	129
1989	28	M	73	DEMENCIA	5 INSUF CARDIACA	15 N	133
1989	29	M	55	ALCOHOLISMO CRONICO	1 SE DESCONOCE	0 SD	S/D
1989	30	M	61	DEPRESION	6 SE DESCONOCE	0 N	48
1989	31	M	44	ESQUIZOFRENIA	4 SE DESCONOCE	0 T	5
1989	32	M	22	ESQUIZOFRENIA	4 SUICIDIO	13 S	51
1989	33	M	66	DEMENCIA	5 SE DESCONOCE	0 T	59

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE FACTORES DE MUERTE

		Desconocidos		Médicos		Quirúrgicos		Suicidios	
		No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
HOSPITAL	126	76	60.32 o/o	39	30.95 o/o	6	4.76 o/o	5	3.97 o/o
TRASLADOS	38	21	55.26 o/o	16	42.11 o/o	1	2.63 o/o		
FUGAS	5	5	100.00 o/o						
ALTAS	3	3	100.00 o/o						
PASEO	1	1	100.00 o/o						
TOTAL	173	106	61.27 o/o	55	31.79 o/o	7	4.05 o/o	5	2.89 o/o

MUERTES POR CAUSA DESCONOCIDA DISTRIBUCION SEGUN PASE A FORENSE



**DISTRIBUCION DE FALLECIMIENTOS
SEGUN DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO**

	No. casos	o/o
1 PSICOSIS CRONICA	48	27.75 o/o
2 DEMENCIA	45	26.01 o/o
3 ALCOHOLISMO	30	17.34 o/o
4 OLIGOFRENIA	11	6.36 o/o
5 DEPRESION	10	5.78 o/o
6 CATATONIA	4	2.31 o/o
7 CONF. MENTAL	3	1.73 o/o
8 P D A	2	1.16 o/o
9 VARIOS	10	5.78 o/o
10 SIN DATOS	9	5.20 o/o
11 NO CORRESPONDE	1	0.58 o/o
TOTALES	173	100.00 o/o

RELACION NUMERO PACIENTES FALLECIDOS Y TOTAL FUNCIONARIOS

AÑO	PACIENTES	MEDICOS	NURSES	AUX. ENFER.
1985	35	34	15	65
1986	26	33	14	68
1987	32	24	8	51
1988	47	25	6	48
1989	33	25	5	62
Tendencia	42			

Funcionarios: datos correspondientes a enero de esos años.

CONSIDERACIONES (1985 - 89)

El análisis de la información lograda muestra:

1. Una tendencia al aumento del número de fallecimientos en los años 1988 y 1989.

Este dato coincide con la información publicada por la División Estadística del M.S.P., en la que se registra un aumento de la tasa de mortalidad, coincidiendo con un menor número de ingresos y mayor tiempo de internación a saber:

Año	84	85	86	87	88	89
Defunciones	20	24	14	19	22	29
Tasa Mortalidad	0,5	0,7	0,4	0,5	1,2	0,9
Estadía	27,8	34,1	35,2	31,5	38,6	40,0
Ingresos Diarios	11,1	9,1	9,5	10,4	8,5	8,6

No se sabe si se debe al azar o a causas explicables.

2. Un aumento de la ignorancia sobre causas de muerte; se objetiva en el porcentaje de desconocimiento.

Año	85	86	87	88	89
Se desconoce	11	19	18	25	15
Paro Card. Resp.	2	3	3	2	5
Fuga				3	
Sin datos		1			
Total Fallecidos	35	26	33	47	33
o/o					de
Desconocimiento	37,1	56,4	63,6	59,6	60,6

3. Llama la atención asimismo la falta de curiosidad médica dado que sólo se investigan mediante autopsia un 27,6 o/o de las muertes por causa desconocida; el 72,4 o/o de ellas quedan inexplicablemente sin ser indagadas.

4. Existe una relación inversa proporcional entre el número de pacientes fallecidos y el total de funcionarios técnicos dedicados a la asistencia médica (médicos, nurses, auxiliares de enfermería).

La reducción del número se hace a expensas sobretudo de las unidades de programación y supervisión (médicos y nurses).

El censo diario del 7/XI/89 indicaba que para una población de 381 pacientes internados existían las siguientes relaciones:

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

	Hombres	Mujeres	Total
1er. Ingreso	17	16	33
Reingresos	127	96	223
Alcoholismo	53	2	55
Sin determinar (H.C. Extraviada)			70

No. DE UNIDADES DE NURSES Y AUX. DE ENFERMERIA (*)

	Ideal	Padrón	Real	Promedial p/turno
Nurses	30	5	2	1
Aux. Enfer.	119	62		2 c/95 ptes.

(*) Estimación del Dpto. de Enfermería.

El número real queda determinado por la incidencia del ausentismo (60 o/o), los libres y las licencias.

Cuando la dotación técnica ínfima se vuelve paupérrima, la vida de las personas portadoras de patología queda librada al azar.

REFLEXION ACERCA DE LA REALIDAD

Obviamente la Sociedad tiene algún monto de responsabilidad en el origen y perpetuación de los problemas que no resuelve; los considerados en este estudio afectan a ciertos miembros al grado de comprometer su vida.

Tendría que ser innecesario argumentar sobre estos hechos. Son patentes y por sí mismos avientan un estado de cosas.

Sin embargo, paradójicamente, no se les concede prioridad, ni aún mediante la explicación reiterada, a través de los años. Como que no se logra una conciencia cabal de la gravedad de esta situación.

Los datos muestran aumento del número de fallecimientos y del desconocimiento acerca de las causas, asociado al empobrecimiento de los recursos humanos técnicos de programación y supervisión de la asistencia.

Es lógico suponer que ese dismantelamiento es destructivo si se consideran las consecuencias catastróficas de marginalidad asistencial que produce.

Es inadmisibles que gran parte de las muertes en el Hospital Psiquiátrico tengan causa desconocida (61,3 o/o), u ocurren como acontecimientos anodinos (72,4 o/o de las desconocidas no se investigan), o absurdos (asfixia por impactación, estados de mal epiléptico, catatonía, defenestración, etc.).

Siempre insistimos en que esta situación debía ser afrontada por las autoridades y los profesionales con realismo, es decir, a partir de los datos empíricos y estadísticos que la realidad muestra.

Hoy estamos en la etapa de conceptualización de por qué los datos no son el punto de partida de la planificación y toma de decisiones.

HIPOTESIS EXPLICATIVA (1) Y RESOLUTIVA (2)

1 — Problema cognitivo - Dificultad de toma de conocimiento acerca de la realidad "tal cual es", por disfunción neuro-psicológica.

2 — La posibilidad de corregir la disfunción y lograr el conocimiento a través de un tipo particular de TRABAJO: clínico, experimental, prolongado, continuo y responsable.

1 — Todos estamos determinados culturalmente en alguna medida; la tendencia es a la adaptación.

El proceso de culturización puede producir una despersonalización masificante si convierte a los individuos en personas excesivamente adaptadas a la opinión de las autoridades y de las mayorías. Es característica de esa afectación una disfunción neuro-psicológica, que se manifiesta a través de un trastorno asociado de la percepción y el pensamiento.

Fisiológicamente se corresponde con una perseverante dominancia cerebral hemisférica izquierda, analítica, lógica, racional, verbal, consciente, en el procesamiento de la información.

Si bien se perciben los hechos tal cual son, hay diferentes grados de adecuación entre lo percibido y la realidad.

En la adaptación total a los modelos establecidos, se tiene una percepción muy restringida, y habitualmente no se percibe lo evidente por anulación de la capacidad funcional natural de toma directa del conocimiento.

Esta disfunción no produce una alteración en la estructura formal del pensamiento, sino en su contenido; la operación lógica es correcta en la elaboración del pensamiento (razonamiento), pero errónea en la atribución de significados (los presupuestos dogmáticos distorsionan los datos de la realidad).

2 — La realidad es permanente cambio. El pensar evolutivo de la especie respecto de la realidad surge en un hacer lleno de dinamismo, inmerso en el acontecer, en un constante ir y venir del precepto al concepto.

La investigación indica que quien no tiene la experiencia vivencial de los fenómenos, y no experimenta con ellos de modo metódico y continuo, no puede acceder al conocimiento.

El pensamiento pseudoacadémico de idiosincracia verbalista, que deambula entre los axiomas y el concepto, lejos del paciente, en las aulas y los escritorios, no tiene necesidad de confrontar, verificar o falsear sus afirmaciones; reincide inevitablemente en equívocos:

- valorización exclusiva de la reconceptualización de lo tradicionalmente establecido y admitido.
- desvalorización del trabajo activo y creativo con los fenómenos y las nuevas conceptualizaciones acerca de lo percibido y experimentado.

El trabajo clínico al lado del paciente, en las salas y los consultorios, que conlleva al compromiso humano y científico, pone al individuo en contacto directo con la realidad perceptible y experimentable; la buena resolución del conflicto cognitivo ético resultante (asumir la ignorancia y sus consecuencias), es la creación de conocimiento técnico-científico útil, de real valor académico.

Para que el conocimiento sea adecuado a la realidad hay que TRABAJAR con perseverancia, en un proceso prolongado y continuo.

Concurrir un tiempo breve o discontinuo al Hospital no es suficiente para obtener el conocimiento requerido y lograr una discriminación pertinente en el área; genera más bien una ingenuidad nociva, derrotista u omnipotente y fatua, con su respectivo corolario de problemas. El conocimiento incipiente, que es desconocimiento, aún siendo consensual, forma creencias que constituyen prejuicios que causan perjuicios a las personas involucradas (pacientes, familiares y trabajadores que los atienden) al momento de la toma de decisiones no pertinente, asistenciales y/o administrativas.

BIBLIOGRAFIA POLITICO - INSTITUCIONAL (orden cronológico)

- COMUNICADO a la opinión pública, enero de 1984, de la Asamblea General de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
- COMUNICADO a la opinión pública, agosto de 1984, de la Comisión Directiva de la Sociedad de Psiquiatría.
- ORREGO BONAVIDA, Dr. Mario: "Despersonalización inducida en la Psicoterapia de Grupo". Presentado en el 1er. Encuentro Rioplatense de Psicodrama, 21 - 23 de noviembre de 1980. Publicado en Revista de Psiquiatría del Uruguay, No. 291, año 49, pág. 214 - 223, año 1984.
- INFORME de la Comisión de Salud Mental de la Sociedad de Psiquiatría, 1a. y 2a. parte: "Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio". Jornada de la Sociedad de Psiquiatría del 6 de octubre de 1984. Publicada en Revista de Psiquiatría del Uruguay, No. 301, año 51, pág. 1 - 16, 1986.

- INFORME de la Comisión de Salud Mental de la Sociedad de Psiquiatría, 3a. parte: "Crítica a las medidas de Asistencia Psiquiátrica adoptadas durante el proceso político actual (1973-1984). Jornada de la Sociedad de Psiquiatría del 6 de octubre de 1984. Publicada en Revista de Psiquiatría del Uruguay, No. 302, año 51, pág. 59 - 62, 1986.
- CAUSAS de Muerte en el Hospital Psiquiátrico. Presentado en Jornada de Médicos en el Hospital Psiquiátrico, 1984.
- ORREGO BONAVITA, Dr. Mario: Acerca de la Ley No 9581 (Ley de Psicópatas), Comentarios. Revista de Psiquiatría del Uruguay, No. 296, años 50, pág. 47 - 88, 1985.
- LA OTRA CARA del Hospital Psiquiátrico. Relaciones, 1985.
- INFORME del Cuerpo Docente de la Clínica Psiquiátrica al Sr. Decano de Facultad de Medicina, Dr. Pablo Carlevaro, 17 de julio de 1985.
- SINTESIS del trabajo de las Comisiones de la Jornada del 19 de octubre de 1985 en la *Clínica Psiquiátrica de Facultad de Medicina; actividad integrada docente estudiantil*.
- ANALISIS retrospectivo del 1er. Semestre de Curso de Post-Grado del Hospital Musto, Propuestas de Cambio; octubre de 1985.
- JORNADA en la Clínica de Psiquiatría de Facultad de Medicina; actividad integrada docente estudiantil; 27 de diciembre de 1985.
- COMISION de Salud Mental, reunión en Hospital de Clínicas. Propuesta del Grupo No. 3 de Discusión al Plenario. 1986.
- PROGRAMA de Salud Mental; 8 de setiembre de 1986.
- RESOLUCIONES adoptadas por el Consejo de Facultad de Medicina en Sesión Extraordinaria; 30 de setiembre de 1986; Repartido 345.
- RESOLUCIONES adoptadas por el Consejo de Facultad de Medicina en Sesión Extraordinaria; 30 de octubre de 1986; Repatido 345.
- ASAMBLEA de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Tema: Rol del Psiquiatra. Salón de la Dirección del Hospital Psiquiátrico Vilardebó -Millán 2515- 3 de setiembre de 1987.
- JORNADA organizada por la Comisión de Salud Mental del Sindicato Médico del Uruguay, con invitación al Sr. Decano de la Facultad de Medicina del Uruguay, Dr. Pablo Carlevaro. Tema: Rol del Psiquiatra; actividad y perspectivas. Fotocopias del Acta (registro grabado y taquigráfico) correspondientes a la intervención del Dr. Mario Orrego y debate público con el Sr. Decano Dr. Pablo Carlevaro (7 páginas). Salón de Actos del Palacio Sindical Dr. Carlos Ma. Fosalba, Colonia 1938, Piso 2do; 5 de Setiembre de 1987.
- JORNADA organizada en forma conjunta por el Sindicato Médico del Uruguay y la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Tema: Rol del Psiquiatra; actividad y perspectivas. Salón de Actos del Palacio Sindical Dr. Carlos Ma. Fosalba, Colonia 1938, Piso 2do.; 19 de setiembre de 1987.
- ORREGO BONAVITA, Dr. Mario: "Posición crítica respecto de la Situación Actual de la Psiquiatría Hospitalaria". Demanda genérica de los psiquiatras respecto de la asistencia de personas portadoras de psicosis. Comunicación Pública en cartelera; Hospital Psiquiátrico; Salón 318; diciembre de 1987.
- REUNION con la Junta Directiva de la Sociedad de Psiquiatría. Fines de 1987.
- RESOLUCION de Asamblea General Extraordinaria de la Sociedad de Psiquiatría. 23 de agosto de 1988.

- POSICION crítica respecto de la situación actual de la Psiquiatría Hospitalaria. Demanda a las autoridades que normatizan u orientan los programas de asistencia para psicóticos. Concurso presentado a la Facultad de Medicina. Profesor Agregado de la Clínica Psiquiátrica (No. 2442 ESC, Go. 4 exp. 883537) 14/X/88.
- ASAMBLEA General Extraordinaria de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. 30 de marzo de 1989.
- ASAMBLEA General Extraordinaria de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. 20 de abril de 1989.
- ORREGO BONAVIDA, Dr. Mario: "Principios Ideológicos Científicos a sostener en la Comisión Directiva de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Comunicación pública en cartelera Hospital Psiquiátrico, Salón 318, Junio de 1989.
- ASAMBLEA General Extraordinaria de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. 3 de agosto de 1989.
- CONSTITUCION de la República O. del Uruguay.
- CARTA de los Derechos Humanos.
- ESTADISTICAS Asistenciales. Indices de Rendimiento de los Centros Asistenciales en todo el País. División Estadística. Ministerio de Salud Pública. 1979-1989.

BIBLIOGRAFIA NEURO - PSICOLOGICA

- ARMSTRONG, D.: "La percepción y el mundo físico". Tecnos, Madrid. 1966.
- ASSAL, G.: "Los trastornos del reconocimiento de las caras en las lesiones hemisféricas cerebrales". En: Imagen Roche; 45, p.p. 2-7.
- BOGEN, J. E.: "The other side of the brain". II: "An appositional mind". Bulletin Los Angeles Neurological Society, 34, p.p. 135-162, 1969.
- BOGEN, J. E. and BOGEN, G.: "The other side of the mind". III: "The corpus callosum and creativity". Bulletin Los Angeles Neurological Society, 39, p.p. 191-220, 1969.
- ECCLES, J. C.: "Observando la realidad". Servicio Científico Roche. II: p.p. 21-29. V: p.p. 32-101. 1970.
- GAZZANIGA, M.: "El cerebro dividido". American Scientific. 1967.
- GAZZANIGA, M.: "Changing hemisphere dominance by changing reward probabilities in split-brain monkeys". En: Experimental Neurologic, 33, p.p. 412-419. 1971.
- GAZZANIGA, M. and VOLPE, BRUCE, T.: "Split-brain studies implications for psychiatry". American hand book of Psychiatry. Volumen seven: "Advances and new directions". Silvano Arieti and M. Keith, H. Brodie Editors, Basic Books, inc., Publishers, New York, 1981.
- GESCHWIND, Norman: "Especializaciones del cerebro humano". En: Scientific American, Barcelona Labor, 1960.
- GESCHWIND, Norman: "Studies of hemispheres connections". En: "Brain mechanisms underlying speech and language". Milikan & Darley, Grune & Stratton, New York, London, 1967.
- GROSSMAN, Reinhard: "La estructura de la mente". Labor, Barcelona, 1969.
- HEDAEN, N.: "La dominancia cerebral". En: "La recherche", 8, (76); p.p. 238-244, Marzo 1977.
- HELD, R. & HEIN, A.: "Movimiento - produced simulation in the development of visually guided behavior". Journal of comparative and psychology. p.p. 872-876, 1963.

- KASANIN, J. A.: "Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia". Ediciones Hormé. p.p. 59-68. Goldstein Kurt: "Enfoque metodológico para el estudio del desorden del pensamiento esquizofrénico". p.p. 35-57.
- KIMURA, D.: "Asimetría del cerebro humano", Scientific American, 288, p.p. 70-78. 1973.
- LINDSAY, Peter: "Introducción a la psicología cognitiva". Madrid. Tecnos. 1986: 2da. Edición, p.p. 23-76.
- LURIA, A. R.: "Lenguaje y comportamiento". Editorial Fundamentos. Madrid, p.p. 91-137. 1980.
- ORREGO, Mario: "Bases neuropsicofisiológicas del psicodrama". Presentado en el IV Congreso Latinoamericano de Psicodrama, Montevideo, 18 al 22 de noviembre de 1981, Uruguay.
- ORREGO, Mario: "Teoría, método, técnicas generales y terapéuticas del Psicodrama aplicados a las depresiones mayores". Revista de Psiquiatría del Uruguay, No. 300, pág. 232-261, 1985.
- ORREGO, Mario: "Especialización funcional hemisférica y competencia geométrica". Revista de Psiquiatría del Uruguay, No. 315, pág. 17-31, 1989.
- ORREGO, Mario: "El impacto de la percepción propiamente dicha". Revista de Psiquiatría del Uruguay, No. 316, pág. 93-105, 1989.
- PIAGGET, J.: "Psicología de la inteligencia". Editorial Psique. Bs. As. 1980.
- PIAGGET, J. y FRAISSE, P.: "Tratado de psicología experimental". Tomo VI: "La percepción", cap. 3, 4, 5. Paidós. Bs. As. 1973.
- PIAGGET, J.: "Biología y conocimiento". "Ensayo entre las regulaciones orgánicas y los procesos cognitivos". Siglo XXI, México, 1981.
- PIAGGET, J.: "Seis estudios de Psicología". Barcelona. Labor, 1980.
- POPPER, K. & ECCLES, J. C.: "El yo y su cerebro". Barcelona. Editorial Roche. p.p. 113-162, 282-308, 374-423. 1980.
- ROCK, Irvin: "La percepción". Biblioteca Scientific American. Editorial Labor. España. p.p. 221-235. 1985.
- SPERRY, R. W.: "A grande commisura cerebral". Rev. Psicobiológica. p.p. 258-269. 1964.
- SPERRY, R. W.: "Lateral specialization in the surgically separater hemispheres". En: Schmitt & Bruyn (Eds.) p.p. 5-19. 1974.
- SPERRY, R. W. y GAZZANIGA, M. & BOGEN, J. E.: "Inter hemispheric relationships: the neocortical commissures; syndromes of hemisphere disconnections" En: Vinken & Bruyn (Eds.) p.p. 273-290. 1969.
- VYGOTSKY, L. S.: "El desarrollo de los procesos superiores". Editorial Crítica. Grijalbo, Barcelona, p.p. 158-178, 39-56. 1979.
- WEIZSACKER VON, V.: "Teoría de la unidad de percepción y movimiento" Morata. Madrid. 1962.
- WIGAN: "A new view of insanity. The duality of the mind". Longman. Londres. 1944.