

## Locura, psiquiatría y terapia ocupacional: una aproximación crítica<sup>1</sup>

Priscila Guerrero Solís<sup>2</sup>, Sofía Martínez Peiret<sup>3</sup>, Estrella Sarabia Ferrú<sup>4</sup>, Constanza Toro  
Molina<sup>5</sup>

### RESUMEN

El presente artículo busca entregar a los lectores un breve recorrido histórico de la Terapia Ocupacional, la psiquiatría y la comprensión de la locura, analizando cómo los avances de estas disciplinas se han influenciado mutuamente y han permeado las intervenciones que se realizan, cuestionando los avances y el rol que ha ejercido la Terapia Ocupacional en el campo. El escrito invita a reflexionar acerca del papel que cumplimos como futuros profesionales y sobre la construcción de una Terapia Ocupacional crítica y consciente de su rol político.

Palabras clave: Historia, Locura, Psiquiatría, Terapia Ocupacional.

---

<sup>1</sup> El presente trabajo corresponde a una adaptación parcial de un ensayo realizado en la asignatura de Sociología, a cargo del docente Pablo Olivares, correspondiente al 6° semestre de la malla curricular de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Estudiante de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile, contacto: [priscilaguerrero@ug.uchile.cl](mailto:priscilaguerrero@ug.uchile.cl)

<sup>3</sup> Estudiante de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile, contacto: [sofia.martinez@ug.uchile.cl](mailto:sofia.martinez@ug.uchile.cl).

<sup>4</sup> Estudiante de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile, contacto: [estrellasarabia@ug.uchile.cl](mailto:estrellasarabia@ug.uchile.cl).

<sup>5</sup> Estudiante de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile, contacto: [constanza.toro.m@ug.chile.cl](mailto:constanza.toro.m@ug.chile.cl)

## INTRODUCCIÓN

La comprensión de la experiencia de la locura no ha sido la misma a lo largo del tiempo, por el contrario, este ha sido un concepto construido e influenciado por diversos momentos de la historia. Ante ello, se torna interesante ahondar en el cruce de la Terapia Ocupacional con la psiquiatría, que si bien no siempre han ido explícitamente de la mano, durante la historia ambas disciplinas han sufrido cambios ideológicos y de praxis que dan lugar a lo que se conoce actualmente en salud mental. En el desarrollo de la historia de la locura y la comprensión que se ha tenido de esta, suele pensarse que ha existido una evolución más bien positiva y que las posturas más actuales son menos castigadoras y represoras hacia toda persona que no encaje con la norma social.

En el presente ensayo buscamos cuestionar esta visión, evidenciando que hasta el día de hoy, a pesar de la existencia de modelos y legislaciones diferentes, persisten muchas prácticas e ideas que continúan ejerciendo violencia hacia las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos, invitándonos a cuestionar qué hemos hecho y hacemos como disciplina con estas praxis, esto a través de una revisión histórica del desarrollo de la psiquiatría, la Terapia Ocupacional y la comprensión de la locura.<sup>6</sup>

Realizar este repaso histórico es un ejercicio necesario, dado que nos ayuda a comprender, re-pensar y cuestionar los modelos hegemónicos actuales, y así posicionarnos desde una mirada que resulte coherente a nuestros ideales, siendo críticas en nuestro quehacer profesional, posibilitando el desarrollo de prácticas de Terapia Ocupacional situadas que asuman una posición política en el ejercicio de la disciplina.

Esta temática será abordada bajo el enfoque de la teoría crítica, la cual se caracteriza por realizar análisis críticos de diversos aspectos de la vida social, orientada a transformar la realidad existente. De acuerdo con lo propuesto por esta teoría, resulta fundamental referirse a

---

<sup>6</sup> Asumimos la dificultad que implica la tarea de analizar tantos años de historia, y aceptamos también el riesgo que puede suponer al simplificar excesivamente algunos hechos y períodos, por eso haremos referencia solo a aquellos hechos principales que nos permiten realizar el análisis que deseamos.

los procesos históricos que han enfrentado las disciplinas para comprender cómo hemos llegado al estado actual (Ritzer, 1993).

## DESARROLLO

### *Grecia antigua, edad media y renacimiento*

En la antigua Grecia la salud era comprendida bajo dos enfoques que coexistían: por un lado la concepción mítica de las condiciones de salud que enfrentaban las personas y por otro, el enfoque de la medicina hipocrática donde resalta la teoría de los humores<sup>7</sup>, bajo la cual la enfermedad era comprendida como un desequilibrio en la naturaleza de las personas. Específicamente en el caso de la locura, Hipócrates planteó que una de sus causas podría ser un desequilibrio de los humores (Ivanovic-Zuvic, 2004). A raíz de esto, es posible notar que la búsqueda de explicaciones médicas a la experiencia de la locura es de larga data e incluso se extiende hasta el día de hoy, donde se sigue intentando comprender los malestares subjetivos de las personas bajo parámetros biomédicos.

Para el tratamiento de la *enfermedad mental*,<sup>8</sup> en la antigua Grecia se recomendaban actividades relacionadas a la música, la lectura, el ejercicio y el trabajo, entre otros elementos que actualmente desde nuestra disciplina podríamos comprender como ocupaciones. Podemos notar que desde tiempos muy antiguos se encuentra vinculada la atención de las personas con problemas de salud mental a la ocupación, evidenciando a nuestro juicio, la importancia de la relación entre la salud mental y la disciplina. Posteriormente, en la Edad Media, debido a la fuerte influencia que tuvo el cristianismo, el foco de la comprensión de las enfermedades transitó hacia un énfasis puesto en los aspectos mágico-religiosos, donde el origen de las *enfermedades mentales* se explicaba por castigos divinos o posesiones demoniacas.

---

<sup>7</sup> La teoría de los humores consideraba que el cuerpo humano está compuesto de sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra como elementos constituyentes que explicarían su salud y sus enfermedades

<sup>8</sup> Esta terminología es utilizada debido a que consideramos que es pertinente al periodo histórico al que nos estamos refiriendo.

Durante el renacimiento, Foucault (2012) menciona que la voz de la locura es liberada, sin embargo, añade que pronto será silenciada, especialmente durante el siglo XVII que comenzará lo que va a denominar “El Gran Encierro”. Este implicó el aislamiento, la represión, exclusión y segregación de quienes no respondían a la norma, materializándose en el encierro de la locura (y de los mendigos) en hospitales. Consideramos que este proceso fue en desmedro de la participación social de las personas que eran encerradas, donde el rol de la etiqueta de “*enfermedad mental*” era justificar la exclusión. El modelo ejercido en esta época en el ámbito de la salud mental se conoce como modelo asilar, cuyo fin, más que tener objetivos terapéuticos, responde a conformarse como un dispositivo que permita la segregación de las personas locas (Ottaviano, 2011).

Durante la misma época, en respuesta a estos tratos crueles, surge el tratamiento moral, donde sus principales exponentes, Tuke y Pinel, creían que los azotes y castigos no ayudaban a recuperar la salud mental y pensaban que la mayoría de las *enfermedades mentales* eran curables. Esta forma de atención es importante puesto que el tratamiento moral constituye un paradigma de la Terapia Ocupacional (Kielhofner, 2006). A pesar de ser un tratamiento innovador que surge en contra de los malos tratos sufridos por los internos de psiquiatría durante el siglo XVIII, al mismo tiempo se orientaba a conservar el orden interno del propio establecimiento cerrado. El mismo Pinel exponía que “los enfermos se levantan, se pasean, se acuestan a las horas determinadas; las comidas se toman con la misma regularidad. Nadie puede, a menos de una indisposición, sustraerse del orden establecido” (Pinel, s.f citado en Polonio, Durante, & Noya, 2001, p. 8).

Es posible constatar que aún cuando el tratamiento moral se jactaba de entregar un trato más humanitario, lo hacían bajo condiciones que poseían elementos centrales de lo que años después Goffman (2001) define como “instituciones totales”. De esta manera vemos que tanto en el siglo XVII como aun en el siglo XX, los hospitales psiquiátricos comparten ciertas similitudes, tal como la estricta programación de las actividades del día, la imposición de este orden a través de normas explícitas y la presencia de funcionarios que velan por su cumplimiento. Es imposible negar que las ideas de Pinel instalaron una nueva forma en la

comprensión de la locura que, junto a su propuesta de cambiar el trato, permiten que ingrese la idea de que en la base de la locura existe una alienación mental, una afección que puede volver a conducirse a la razón mediante el tratamiento (Díaz, 2013), comprendiendo así la locura como algo que debe curarse y justificando la intervención profesional.

### ***Siglos XIX y XX***

En el siglo XIX un elemento fundamental fueron las influyentes ideas propuestas por Benjamin Rush, considerado años más tarde el “padre” de la psiquiatría, quien plantea que las personas estaban hechas para ser activas, sugiriendo especialmente el ejercicio, el trabajo y la música. Sus ideas se consideran influyentes también en el desarrollo de la Terapia Ocupacional (Polonio et al., 2001), pues justifica el uso de actividades con fines terapéuticos en el tratamiento de la “*enfermedad mental*”.

Luego, en 1860, nace el Movimiento de Artes y Oficios como respuesta la Revolución Industrial, el cual se considera como antecesor de la Terapia Ocupacional y desde él se realizaba el valor de los productos manufacturados (Oropesa, Couso, Puente, Wilson, & Mercedes, 2014). Desde este movimiento se desprenden dos enfoques: (1) las ocupaciones de sala y actividades para inválidos, predominante en la práctica psiquiátrica de la Terapia Ocupacional; y (2) el entrenamiento manual y entrenamiento ocupacional, predominante para discapacidades físicas (Polonio et al., 2001).

Seguidamente, Adolph Meyer plantea que la *enfermedad mental* o sus síntomas, eran en gran parte provocadas por el deterioro del hábito, el desequilibrio de las actividades y la desorganización de los comportamientos. Refería que el trabajo, juego, descanso y sueño debían mantener un equilibrio para poder llevar una vida normal, siguiendo las mismas ideas de Rush y proporcionando al mismo tiempo bases filosóficas a la Terapia Ocupacional (Oropesa et al., 2014), lo que en la práctica se traduce como terapias de recreo y ocupaciones en los hospitales psiquiátricos, donde se realizaban tratamientos que involucraran la actividad productiva y el ocio.

En el mismo periodo, los modelos europeos son importados a los estados-naciones incipientes de Latinoamérica. Las influencias de estas ideas llevó a la conformación de instituciones médicas (hospitales, asilos y manicomios) y a la profesionalización médica en la región, aspectos que comenzaron a ser vistos como una necesidad para un desarrollo íntegro de las sociedades. A partir de esto, se traslada hacia nuestro territorio “el encierro de la locura”, para conservar el orden social (Leyton, 2005). Esta idea nos parece fundamental para comprender el origen de las concepciones que tenemos en torno a la locura y cómo estas han sido influenciadas a partir de distintos saberes, siendo en gran parte un saber colonizado por ideas extranjeras.

Hasta mediados del siglo XX la atención de personas con problemas de salud mental sigue centrada en la hospitalización en centros psiquiátricos. Posterior a la I Guerra Mundial, en parte debido a la gran cantidad de personas con secuelas físicas, las profesiones del área sanitaria presentaban un enfoque principalmente reduccionista, que en la Terapia Ocupacional se tradujo en el paradigma mecanicista, volcándose esencialmente a la atención de personas con discapacidad física.

Luego de la II Guerra Mundial, las secuelas del conflicto bélico en la salud mental comienzan a adquirir mayor importancia, cosa que no causa extrañeza puesto que se ha documentado el aumento de los trastornos de salud mental después de una guerra (Peña, Espíndola, Cardoso, & González 2007). Respecto a este periodo es importante hacer referencia al desarrollo de los psicofármacos, donde se comienza con el desarrollo de los primeros neurolépticos y los primeros agentes ansiolíticos (López-Muñoz, Álamo, & Cuenca, 2000). Se dice que el desarrollo de fármacos en este campo impulsó el progresivo proceso de desinstitucionalización (López-Muñoz et al., 2000), no obstante, hay quienes desde una perspectiva más crítica, consideran que los psicofármacos representan la extensión de las lógicas manicomiales (Cipriano, 2017).

En conjunto con el desarrollo de los psicofármacos, es importante destacar la idea de Susan Tracy de la ocupación como aliada de la terapia farmacológica (Polonio et al., 2001), esto debido a que ella pertenece al grupo de mujeres que fueron reconocidas como las primeras profesionales formadas en Terapia Ocupacional, además de ser la primera en dictar un curso

de la disciplina (Morrison, 2011). A partir de este hecho, cabe cuestionarse cómo la Terapia Ocupacional ha sido construida, en parte, bajo la sombra de la psiquiatría, siendo “un complemento” y sin cuestionar mayormente este rol, siendo cómplice incluso de la extensión de estas lógicas manicomiales.

Durante este periodo la Asociación Estadounidense de Psiquiatría dio origen en 1952 al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), considerado como el texto básico para diagnosticar y categorizar trastornos mentales. Este sigue siendo uno de los manuales ampliamente usados en la materia, punto de referencia no sólo para psiquiatras sino que extendido a la generalidad de profesionales que se desempeñan en el área. Al día de hoy continúa vigente cuestionar la construcción de las categorías aquí propuestas, pues, 67 años y 5 ediciones después, persisten las dificultades para establecer criterios objetivos y justificar los diagnósticos con exámenes de laboratorio que corroboren la observación clínica.

Nos parece válido comentar acerca de la inestabilidad nosológica en el campo de la salud mental, donde en cada edición aparecen o desaparecen nuevas categorías diagnósticas de acuerdo al consenso establecido entre los profesionales a cargo del manual, no olvidemos que la homosexualidad desapareció por completo del DSM recién en el año 1988, en su tercera edición revisada. Cabe cuestionarnos la validez de las categorías diagnósticas cuando no se realizan ajustes culturales. Como ejemplo se puede mencionar un hecho ocurrido no hace mucho tiempo, en el cual una mujer de nacionalidad haitiana fue arbitrariamente internada en la unidad de psiquiatría del Hospital Regional de Iquique, luego de realizar un ritual propio de su cultura al sentirse ansiosa en el viaje que se encontraba realizando<sup>9</sup> (Baeza, 2019).

### ***Reformas psiquiátricas***

Como ya comentamos, la población con diagnósticos psiquiátricos había aumentado, y es esta misma la que a mediados del siglo XX comienza a exigir soluciones más cercanas a su

---

<sup>9</sup> En este proceso Vitha Malbranche no contó con un traductor, fue sometida a la medicación e internación involuntaria, no se le entregó un diagnóstico y vio interrumpido el proceso de lactancia con su hijo, del cual la mantuvieron separada durante una semana.

entorno, como respuesta a las controversias existentes y a la exclusión a la que se veían sometidas. Es entonces que comienza el declive del modelo asilar y se empieza a desarrollar el modelo comunitario. Este periodo está marcado por diversos movimientos de reformas psiquiátricas que impactaron en cómo se entiende la psiquiatría.

En Estados Unidos, se comienzan a desarrollar las comunidades terapéuticas de la mano de Maxwell Jones y sus tratamientos de socioterapia (Galende, 2006), que también son ampliamente usados hasta el día de hoy en la Terapia Ocupacional. En Francia las reformas en general apuntaron a desplazar la atención desde los hospitales hacia centros de salud mental, sin embargo, en Italia se lleva a cabo la reforma más radical donde los movimientos de la psiquiatría democrática impulsarán la promulgación de la ley 180/1978 que prohíbe los hospitales psiquiátricos a nivel nacional (Evaristo, 2011). En el contexto general de estas reformas, durante los 60's surge el movimiento de la antipsiquiatría, concepto utilizado para denominar a una serie de prácticas heterogéneas, que como elemento en común, cuestionan la psiquiatría hegemónica y dominante (Cea & Castillo, 2016). Todas estas ideas nos hacen dar cuenta del cuestionamiento que estaba enfrentando el tratamiento y comprensión de la psicopatología y de las personas que fueron diagnosticadas. Sin embargo, a nuestro parecer la Terapia Ocupacional permaneció al margen de estas ideas, y en parte, hasta el día de hoy sigue siendo así, sin ir muy lejos, han sido temáticas escasamente abordadas durante nuestra formación.

En Latinoamérica estas ideas de reforma de la psiquiatría también tuvieron efecto, pero en Chile, este proceso fue reprimido por la dictadura militar, donde las prácticas comunitarias eran oprimidas, situación que también afectó la Terapia Ocupacional (Oyarzún, Zolezzi, Nuñez, & Palacios, 2009).

En 1978, la Declaración de Alma Ata sentó las bases institucionales para avanzar en la reforma de los servicios de salud mental y más tarde, en 1990 la Declaración de Caracas impulsa una reestructuración en la atención psiquiátrica, que sugiere transitar desde el modelo asilar hacia las intervenciones comunitarias, lo que en Chile se traduce en el Plan Nacional de Salud Mental en 1993.



## **Siglo XXI**

En el año 2005 se lanzan los Principios de Brasilia, donde se insta a un sistema sanitario basado en la atención primaria en salud, además, se visualiza que en casi todos los países integrantes existen políticas que apuntan a cumplir los principios pero se evidencian dificultades a la hora de llevarlos a la práctica. Posteriormente, el 2006 se aprueba en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que fue ratificada el 2008 por el Estado de Chile, en la cual se incluye a las personas con etiqueta diagnóstica bajo la categoría de “personas con discapacidad psicosocial”, evidenciando claramente un cambio de paradigma.

A pesar del avance que significa la ratificación de la CDPD, muchos aspectos permanecen sólo en el papel: en el 2016 la ONU emite las observaciones finales sobre el informe inicial de Chile en cuanto a la CDPD, donde manifiesta preocupación respecto de la transgresión sistemática de ciertos derechos. Denuncian la realización de prácticas sumamente violentas en el país en contra de personas con discapacidad psicosocial, tales como la transgresión del derecho a la protección contra la tortura, comentando que en Chile:

*“se llevan a cabo prácticas tales como: psicocirugías, tratamientos electroconvulsivos, aislamientos prolongados en celdas sin calefacción ni servicios básicos, contenciones físicas y otros tratamientos considerados crueles, inhumanos o degradantes, con el único propósito de “disciplinar” o “corregir conductas desviadas” (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016, p. 5).*

De igual forma el informe denuncia la práctica de esterilizaciones forzosas a mujeres ingresadas en hospitales psiquiátricos, la escasa entrega de apoyos referentes al logro de una vida independiente, la ausencia de un plan de desinstitutionalización, la vigencia de normas en el código civil que impiden el matrimonio a personas con discapacidad psicosocial y también expresan su preocupación respecto a la política de salud mental del país, así como a la poca

capacitación del personal médico del campo en cuanto a los derechos de las personas con discapacidad (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016).

Estas críticas se amparan en hechos tales como que entre el 2015 y el 2018 se triplicaron las internaciones involuntarias (Martínez, Silva, & Benavides, 2019) y durante este mismo periodo sólo en el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak de Santiago se realizaron en promedio 6 sesiones de terapia electroconvulsiva al día (Cea-Madrid, 2016). A nuestro parecer la disciplina ha permanecido en un silencio cómplice frente a estos hechos, alejada de espacios de denuncia y practicando intervenciones dirigidas a formar ciudadanos funcionales, que aporten a la sociedad, ejerciendo un rol preponderantemente normalizador hacia el colectivo de personas con malestares subjetivos.

## CONCLUSIÓN

La práctica de la Terapia Ocupacional ha sido testigo de los cambios paradigmáticos que se han dado en torno a la locura y salud mental. Frente a los antecedentes revisados a lo largo de este ensayo pudimos pesquisar que, a pesar de que han habido ciertos cambios en la forma de pensar y tratar la salud mental, en la práctica se sigue incurriendo en tratos deshumanizantes que van en contra de los supuestos nuevos cambios, disfrazando estas acciones bajo reemplazos de nombres; los remotos manicomios son ahora llamados instituciones psiquiátricas y el antiguo electroshock es hoy conocido como terapia electroconvulsiva. En este punto cabe preguntarse ¿qué tanto progreso hubo en la concepción y tratamiento en el campo de la salud mental?

Bajo el marco de lo anteriormente mencionado, creemos que les terapeutas ocupacionales debemos ser actores activos en promover y contribuir en la reducción de las desigualdades estructurales y el desarrollo de acciones individuales y colectivas que sean coherentes con las necesidades y realidades locales, con vista a posibilitar a les sujetos el acceso a una atención humanizada. Además, como profesionales del área de salud, debemos tener una

mirada crítica respecto a la patologización, la medicalización y la estigmatización que se producen sobre las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos.

Creemos que como futuros profesionales debemos marcar la diferencia, luchando por prácticas orientadas a la promoción de los derechos de las personas, guiando nuestros quehaceres hacia una mirada que deje atrás la rehabilitación funcionalista y valorando los intereses de cada persona para no trabajar en pos de una sociedad que margina a todo aquel que no significa un “aporte” al sistema.

Finalmente, destacamos que consideramos firmemente que centrar la terapia sólo en el individuo no es suficiente para abordar las problemáticas de estigmatización y marginalización, pues éstas responden a condiciones estructurales de las sociedades. Es por ello que también hacemos hincapié en ser agentes educadores y de esa forma hacer conscientes y críticas no solo a los profesionales ligados al área, sino que a nivel transdisciplinar y la comunidad en general.

## REFERENCIAS

- Baeza, A. (2019, febrero 25). Denuncian que mujer haitiana fue separada de su bebé tras ser internada en hospital psiquiátrico. *La Tercera*. Recuperado de <https://www.latercera.com/nacional/noticia/denuncian-mujer-haitiana-fue-separada-bebe-tras-internada-hospital-siquiatrico/543465/>
- Cea-Madrid, J. C. (2016, julio 28). Acabar con esta locura: No más electroshock en Chile. *El desconcierto*. Recuperado de <https://www.eldesconcierto.cl/2016/07/28/acabar-con-esta-locura-no-mas-electroshock-en-chile/>
- Cipriano, P. (2017). *El manicomio químico. Crónicas de un psiquiatra recalcitrante* (1° ed.). Enclave de Libros.

- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2016. *Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile*. Organización de las Naciones Unidas.
- Díaz, F. (2013). *El lugar de la locura dentro de su tratamiento. Análisis del contexto histórico-político de la Reforma Psiquiátrica en Chile y sus implicancias para el trabajo clínico con la Psicosis en Salud Pública*. (Tesis de Magister, Universidad de Chile). Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115692/Tesis%20Mag%C3%ADster%20Felipe%20D%C3%ADaz%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Evaristo, P. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 345-351. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000200011>
- Foucault, M. (2012). *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica.
- Gacitúa, C., & Vera, T. (2016). Buscando la ontología de la terapia ocupacional y la ciencia de la ocupación: un enfoque epistemológico. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 3(1), 33-49. <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/30>
- Galende, E. (2006). *El sufrimiento mental: El poder, la ley y los derechos* (Lugar Editorial). Buenos Aires.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores.
- Ivanovic-Zuvic, F. (2004). Consideraciones epistemológicas sobre la medicina y las enfermedades mentales en la antigua Grecia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 42(3), 163-175. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272004000300002>
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional* (3.<sup>a</sup> ed.). Recuperado de <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4133/Fundamentos-conceptuales-de-la-Terapia-Ocupacional.html>

- Leyton, E. (2005). *La ciudad médica-industrial: Melancólico, delirante y furioso; el psiquiátrico de Santiago de Chile 1852-1930* (Tesis de Magister). Universidad de Chile.
- López-Muñoz, F., Alamo, C., & Cuenca, E. (2000). *La «década de oro» de la psicofarmacología (1950-1960): Trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos*. Recuperado de <https://psiquiatria.com/trabajos/539.pdf>
- Martínez, M. P., Silva, G., & Benavides, M. (2019, julio 1). Internaciones involuntarias y salud mental en Chile. *El desconcierto*. Recuperado de <https://www.eldesconcierto.cl/2019/08/01/internaciones-involuntarias-y-salud-mental-en-chile/>
- Morrison, R. (2011). (Re)conociendo a las fundadoras y «madres» de la terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la ciencia. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 8(14), 21. <https://www.revistatog.com/num14/pdfs/original4.pdf>
- Morrison, R. (2016). Los comienzos de la terapia ocupacional en Estados Unidos: una perspectiva feminista desde los estudios de Ciencia, Tecnología y Género (siglos XIX y XX). *Historia Crítica*, (62), 97-117. <https://doi.org/10.7440/historicrit62.2016.05>
- Oropesa P., Couso C., Puente, V., Wilson, G., & Mercedes, I. (2014). Acercamiento histórico a la formación y la práctica en Terapia Ocupacional. *MEDISAN*, 18(3), 417-430.
- Ottaviano, Ma. L. (2011). La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. 26, 9(Revista Electrónica de Psicología Política), 44-52.
- Oyartzún, N., Zolezzi, R., Nuñez, J., & Palacios, M. (2009). Hacia la construcción de las prácticas comunitarias de terapeutas ocupacionales en Chile, desde una mirada socio histórica, desde 1972 hasta la actualidad. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (9), ág. 149-165. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2009.120>

Peña, L., Espíndola, A., Cardoso, J., & González, T. (2007). La guerra como desastre. Sus consecuencias psicológicas. *Humanidades Médicas*, 7(3), 0-0.

Polonio, B., Durante, P., & Noya, B. (2001). *Conceptos Fundamentales de la Terapia Ocupacional* (1° ed.). Madrid: Medica Panamericana.

Ritzer, G. (1993). *Teoría Sociológica Contemporánea* (3ra ed.). Madrid: Mc Graw Hill.