

“Modelos de intervención utilizados con familias en Centros de Rehabilitación Psicosocial de Montevideo y Canelones”^{1,2}

Laureiro, Noelia,

Leal, Gelen,

Pouso, Mariana,

Suhr, Nelsy,

Zabala, Leonardo (juleo@montevideo.com.uy)

RESUMEN:

Actualmente en Uruguay conviven dos paradigmas de atención a la salud mental, el modelo asilar, y el modelo comunitario. Ambos modelos asignan un lugar diferente a las familias en la atención a personas con Trastorno Mental Severo y Persistente (TMSP). Esto implica diversidad de estrategias de intervención con las familias. De ahí que se hace necesario contextualizar la temática con relación a los diferentes modelos de intervención con familias a través de un estudio que contemple el rol asignado a las familias en el proceso de rehabilitación. Intentaremos problematizar las dificultades de la implementación de los nuevos modelos teóricos a la luz de la experiencia de los distintos centros de rehabilitación psicosocial de Montevideo y Canelones, generando así información específica para la actualización de políticas sanitarias en vistas de la nueva ley de salud mental que se encuentra actualmente en debate.

Palabras Clave: Rehabilitación psicosocial - Modelo de intervención - Familia

¹ El presente informe constituye un resumen de una investigación más amplia realizada en el transcurso de nuestras prácticas pre-profesionales en el marco de la Licenciatura en trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales – UdelaR. Proyecto Integral: “Protección social, Instituciones y Práctica Profesional”.

² Trabajo presentado en las XVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales - UdelaR. Montevideo, 13, 14 y 15 de setiembre de 2017

Introducción

En el presente informe se exponen los resultados del proyecto de investigación “*Modelos de intervención utilizados con familias en Centros de Rehabilitación Psicosocial de Montevideo y Canelones*”, que se encuentra enmarcado dentro del Proyecto Integral: “Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional”, de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales UdelaR.

La investigación se centra en la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los modelos de intervención con familias utilizados en los Centros de Rehabilitación Psicosocial del área metropolitana de Uruguay, en los años 2016-2017?

Nos proponemos como objetivo general analizar y describir la presencia de modelos de intervención psicosociales con familias en Centros de rehabilitación psicosocial del área metropolitana de Uruguay, en 2016-2017.

Como objetivos específicos se plantea: Identificar cual es la importancia de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial en las instituciones y comparar con el marco teórico utilizado. Identificar cual es el rol de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial en las instituciones y comparar con el marco teórico utilizado. Identificar si las instituciones consideran que la participación de la familia es obligatoria o no en el proceso de rehabilitación psicosocial. Identificar si efectivamente las familias participan o no en el proceso de rehabilitación psicosocial. Identificar las dificultades en la implementación de los abordajes de rehabilitación psicosocial con familia.

Todos los centros entrevistados son de carácter diurnos, de atención ambulatoria; que atienden a usuarios con trastornos mentales severos y persistentes (TMSP), principalmente esquizofrenia y trastorno bipolar, y que se encuentran en un proceso de rehabilitación e inserción a la comunidad. En todos los centros existe presencia de un equipo técnico interdisciplinario, integrado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, y talleristas. Estas instituciones se diferencian en que tres de ellas son públicas, de dependencia de ASSE (Centro Psicosocial Pando, Centro Diurno Sayago y Centro Diurno Vilardebó), mientras que el Centro Psicosocial Sur Palermo, Centro de atención y orientación Montevideo, TAITA, CIPRÉS, CEDAI son de financiamiento

privado, y el Centro Martínez Visca que es una institución público - privada. Se diferencian, también, en cuanto a las diversas formas de intervención que implementan. Estas instituciones fueron tomadas como unidad de análisis, siendo los técnicos que trabajan en ellas, la unidad de relevamiento. Se utilizó para ello un diseño de investigación *cualitativo*, con un enfoque *exploratorio*. Como herramienta de recolección de datos se utilizó una *entrevista semiestructurada*. Para la planificación se utilizó la metodología de marco lógico (MML) y se realizó entre agosto y noviembre de 2016, y su ejecución se realizó entre los meses de marzo y julio del año 2017.

Se parte del supuesto de que, en cada Centro de Rehabilitación Psicosocial indagado, se aplica al menos un modelo de intervención con familias propuesto en nuestro marco teórico, o por lo menos se interviene desde alguno de los objetivos de los modelos propuestos. A esto se le suma el supuesto de que existe una justificación objetiva basada en componentes teóricos y prácticos por parte de cada Centro con respecto al uso de un determinado modelo de intervención, ya que en base a la bibliografía utilizada, se considera que el rol de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial de las personas con trastornos mentales severos es fundamental, ya que ellos, al tener un vínculo directo y basado en sentimientos de afecto, son capaces de acelerar o frenar dicho proceso³.

1 Presentación del caso

Actualmente en Uruguay conviven dos modelos de atención en salud mental. El primero de ellos, tradicional, el modelo *aislar*, caracterizado por la relación psiquiatra-paciente, y de alta institucionalización de los pacientes. El segundo modelo, emergente, es el *comunitario*, que apunta a la descentralización, a una organización de la asistencia a nivel territorial en equipos multidisciplinarios para la atención ambulatoria.

En el modelo asilar o manicomial la familia ocupa un lugar específico dentro de la relación médico-paciente; prácticamente no forma parte de lo terapéutico, como mucho son consideradas informantes calificados, cuidadores, soportes o acompañantes de los

³Extraído de: <http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html#sdfootnote18anc>
Edición N°35 electrónica - Primavera 2004

usuarios. En palabras de Amico (2004) “durante las internaciones [...] el sistema de salud suele asumir un lugar más protagónico, estimulando que la familia se aleje. En la misma línea argumentativa, Bradshan y Burton (1976) afirman que *“a menudo la familia queda sin autoridad, ni responsabilidad, mientras el personal hospitalario asume el rol parental frente al paciente”*. Paralelamente a este alejamiento y delegación de responsabilidad, como un proceso circular, la familia, muchas veces deposita al miembro enfermo en manos del sistema de salud, con las consecuencias negativas del llamado *hospitalismo*.”

Para De León (2013) en 1966 nace una nueva fase en la psiquiatría nacional, acompañado por la incorporación del tratamiento psicofarmacológico a la salud mental. Esto sufrió una paralización hacia 1973 a causa del Golpe de Estado y posterior dictadura cívico-militar. En 1986, y ya retomada la democracia en Uruguay, se aprueba el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM).⁴

A partir del PNSM se conforman diversas políticas públicas en torno al campo de la salud mental, surgiendo en base a esto el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Pública (MSP), el cual se encuentra articulado actualmente en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

A partir del Plan Nacional de Salud Mental (1986) se inicia el proceso de transición con respecto al tratamiento de la enfermedad mental en Uruguay. Si bien hasta el momento no hay una ley que ampare el cambio de modelo, en palabras de Chape (2015) la tendencia es la desinstitucionalización de los usuarios y a tratar la enfermedad desde un abordaje psicosocial a partir de centros diurnos de rehabilitación de corte comunitario. Chape (2015, en Del Castillo, Villar y Dogmanas), da cuenta que “El cambio del paradigma en el entendimiento de la salud mental ha posibilitado profundizar en los abordajes psicosociales integrando a la comunidad en las estrategias de rehabilitación.”

Las deficiencias en la atención a las personas con TMSP, y las demandas de otros tipos de intervenciones, llevó a la conformación de un nuevo modelo de atención basado en

⁴ Aprobado por el Ministerio de Salud Pública. Ver en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>

innovaciones y en la creación de nuevos proyectos de acción hacia la salud mental: el *modelo comunitario* de rehabilitación psicosocial.

La rehabilitación psicosocial puede definirse como un modelo terapéutico basado en el paradigma bio-psico-social que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad (del Castillo et al 2011; 85).

Así mismo, Gisbert Aguilar C (2003; 39) considera que “la rehabilitación tiene que ayudar a las personas con TMG a superar o compensar las dificultades psicosociales y de integración social que sufren y a apoyarles en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios.”

Dentro del nuevo paradigma el rol de las familias cumple un papel fundamental. La rehabilitación psicosocial comunitaria contempla esto y utiliza varias modalidades de intervención con familias. Ellas pueden incidir tanto positiva como negativamente en el proceso de rehabilitación. A su vez, convivir con personas con trastornos mentales lleva a que se cambie la dinámica de la convivencia. De ahí la importancia del trabajo con ellas, ya que cuidan y necesitan ser cuidadas, siendo necesaria una contención profesional.

Chape (2015) establece que los problemas más frecuentes a tratar son: el deterioro de la situación económica de la unidad familiar, falta de conocimiento, falta de elección como cuidador informal si se quiere hacer cargo de esta situación o no. Existen una serie de conflictos típicos relacionados a la dependencia: desbordes, falta de expectativas de una vida normal, cambio de roles intrafamiliares y sin vistas de salir del rol de cuidadores.

En el modelo comunitario de rehabilitación psicosocial la familia es uno de los pilares del proceso, siendo los otros el médico (psiquiatra) tratante, el propio centro de rehabilitación, el usuario, y la comunidad. Según Amico (2005) la familia es fundamental para el proceso de rehabilitación tanto que puede ayudar a su recuperación como también acelerar el proceso de deterioro, de aquí la importancia de los tratamientos no solo al paciente sino también haciendo partícipe a la familia del mismo.

La familia pasa a ser así un eje central en los procesos de rehabilitación psicosocial porque, por un lado, esta puede influir, tanto positiva como negativamente, en el curso de la enfermedad; por otro lado, la dinámica familiar es influida por la enfermedad, la familia se tiene que adaptar a ella, a su vez, se considera que la familia puede cumplir un papel positivo en la rehabilitación y prevención de recaídas de la persona enferma. Por otro lado, la familia también es afectada por la enfermedad.

Estudios dan cuenta que las familias pasan por un proceso interno que va desde “*la negación, frustración, duelo y aceptación de la enfermedad*” (Uribe et al.; 200, 218) Ante esta situación la familias deben volver a organizarse, sus rutinas sus hábitos y sus costumbres se ven alterados y se genera cambios en la dinámica familiar. De aquí la importancia que no solo se trabaje con el paciente sino también con las familias, para la mejora de la calidad de vida de todo el núcleo.

En esta investigación, entendemos que actualmente no es posible hablar de “familia”, en el sentido tradicional que se le daba a esta palabra haciendo alusión al concepto funcionalista de *familia nuclear* (Parsons 1955) compuesta por padre, madre e hijos que habitan en una misma vivienda, y dependen de un mismo ingreso económico, que generalmente es el del padre, esposo, como proveedor de ingresos del hogar. Actualmente, la familia tradicional, tal como la hemos descrito, es algo que está en continua transformación, y asistimos a una multiplicidad de nuevos arreglos familiares, en el contexto de una transición que apunta *hacia una segunda transición demográfica* (Paredes 2003). Por lo cual entendemos que no es posible dar una definición de familia, ni hablar de familia, sino de *familias*.

2 - Marco teórico

La bibliografía especializada en la temática destaca la existencia de diversas estrategias para intervenir con familias de personas con discapacidad mental (específicamente para esquizofrenia), que los autores resumen en cinco *modelos⁵ de intervención psicosocial con familias*. Según los autores citados, estos modelos serían⁶:

⁵ La exposición de los modelos de intervención está basada en el texto: De la Hoz Garcimartín, María Angeles et al (2006) "La familia como recurso en rehabilitación psicosocial" en Rodríguez González, Abelardo coord. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid:

Modelo 1: Terapia familiar orientada a las crisis.

Objetivos: identificar factores estresantes y anticiparlos. Desarrollar estrategias de evitación y afrontamiento del estrés para prevenir recaídas. Metodología de intervención: se realizan sesiones de forma conjunta con la familia y el paciente. Se emplea en pacientes de primera o segunda hospitalización.

Modelo 2: intervención familiar conductual.

Objetivos: mejorar conocimientos sobre la enfermedad. Mejorar la comunicación familiar. Desarrollar estrategias de solución de problemas. Metodología de intervención: Análisis funcional. Sesiones conjuntas con el paciente y la familia. Sesiones uni y multifamiliares. Se fomenta la participación de familiares en asociaciones y grupos de autoayuda.

Modelo 3: Psicoeducación familiar.

Objetivos: desarrollar en la familia expectativas realistas. Exigencias progresivas. Fijar límites inter e intrafamiliares. Mejorar la comunicación. Evitar el aislamiento social de la familia. Metodología de intervención: al inicio del proceso de intervención, conexión con la familia y establecer alianza terapéutica. Talleres de habilidades de supervivencia en psicoeducación. Reincorporación del paciente a la vida normalizada, sesiones unifamiliares con el paciente y la familia. Terapia familiar o sesiones de apoyo.

Modelo 4. Intervención familiar para reducir la Emoción Expresada.

Objetivos: disminuir la emoción expresada. Disminuir tiempo de contacto familiar. Metodología de intervención: sesiones psicoeducativas. Se separan grupos de familiares de alta y baja EE. Sesiones de terapia familiar individual.

Pirámide, pp 271-296. Este texto resume claramente los diversos aportes realizados por diferentes autores. A su vez, los mismos modelos aparecen, con mínimos cambios, en diferentes manuales o textos que hablan sobre rehabilitación psicosocial. No existe versión online del texto. La misma información acerca de los modelos de intervención se encuentra disponible en: <http://www.psiythema.es/pdf/388.pdf>

⁶La forma en que se exponen los modelos, es elaboración nuestra, adaptada a los fines de la presente investigación.

Modelo 5. Terapia multifamiliar

Objetivos: prevención de recaídas. Reducción de la EE y de las disfunciones de la comunicación, reducción del estigma y la carga objetiva y subjetiva. Mejorar el funcionamiento psicosocial. Disminuir los patrones interactivos de dependencia. Creación de una red social organizada alrededor de las necesidades a largo plazo de la familia. Metodología de intervención: grupos cerrados. Familiares y pacientes juntos. La intervención se realiza en fases: reunir el grupo y contactos previos de evaluación; fomentar la cohesión grupal a través de sesiones psicoeducativas y de solución de problemas; ampliar la red social familiar fomentando relaciones entre las distintas familias.

A su vez, cada uno de estos modelos está sustentado en dos pilares. Por un lado, cubrir las necesidades que tienen las familias respecto a la enfermedad: apoyo, información, entrenamiento. Por otro lado, en los supuestos teóricos en que se sustenta la rehabilitación psicosocial, que se resumen en el Modelo de Vulnerabilidad a la Esquizofrenia⁷ y la Emoción Expresada (EE).⁸

Con respecto a los diversos modelos de intervención señalados, investigaciones evidencian resultados positivos cuando las familias participan de los procesos de rehabilitación. Según (Gisbert .C, 2003; 186-187)“ *En suicidio la intervención familiar no evidencia variaciones en el periodo estudiado. En el caso de recaídas en el periodo que duró la investigación la intervención familiar redujo las tasas de recaídas tanto a corto, como mediano y largo plazo. Con respecto a los ingresos Hospitalarios: en*

⁷ Al respecto el trabajo expone los aportes al respecto de Zubin y Spring (1977) y Zubin y Steinhauer (1981), quienes introducen el concepto de variable moderadora, destacando el ambiente familiar como variable clave que puede incrementar o reducir la influencia de factores amenazantes sobre un individuo vulnerable; y describen cuatro tipos de ambiente familiar: ambientes cognitivamente confusos con comunicación desviada; ambientes críticos o intrusivos; ambientes excesivamente demandantes; ambientes físicamente amenazantes.

⁸ El concepto de emoción expresada (EE) surge para designar algunos aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia sus miembros enfermos. Se refiere a aspectos emocionales de la conducta de los miembros que componen el entorno familiar de los pacientes y que tienen lugar en situaciones de la vida cotidiana. El constructo EE consta de cinco componentes: 1) Criticismo (comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente. 2) Hostilidad (comentarios críticos extremos que implican una impresión negativa generalizada o un rechazo manifiesto del paciente como persona y no sólo de su conducta). 3) Sobreimplicación (respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar; una conducta exageradamente sobreprotectora hacia el paciente, ejercicio de un control excesivo sobre la conducta del paciente). 4) Calor (manifestaciones de empatía, comprensión, afecto e interés hacia el paciente). 5) Comentarios positivos (expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente o su conducta).

periodos de seguimiento de entre 12 y 18 meses hay evidencia de que la intervención familiar reduce los ingresos hospitalarios. Hay evidencia más concluyente de reducción en el tiempo de estancia hospitalaria en caso de ingreso. En cuanto al cumplimiento del Tratamiento Farmacológico se evidencia una mejoría en el cumplimiento de la medicación de aquellos pacientes cuyas familias reciben intervención psicosocial. En relación a los síntomas, no hay variación con relación a los grupos control, en cuanto a la intervención familiar. Con respecto al empleo se percibe una mejor integración laboral en pacientes cuyas familias reciben intervención psicosocial.”

3 - Análisis

Consideramos como precaución metodológica enfatizar el hecho de que los modelos de intervención con familias que utilizados como marco teórico resumen diversas investigaciones que se han realizado en las últimas tres décadas, en distintos países, por distintos profesionales, con objetivos precisos, y metodologías particulares. Todos ellos tienen en común haberse realizado con familiares, y/o familiares y usuarios en conjunto, de personas que conviven con esquizofrenia, o con algún tipo de trastorno mental severo y persistente. Por lo tanto, estos modelos no existen como tales en la realidad, sino que son considerados por este equipo de investigación como *tipos ideales* (Max Weber 1921), y sólo tienen un cometido descriptivo y analítico para los efectos de este trabajo. Ninguno de estos modelos se encuentra en estado puro en la realidad, pero sí son reconocidos por los profesionales de las instituciones entrevistadas, ya que, como veremos, las instituciones reconocen sus objetivos generales y específicos, no utilizando la metodología propuesta por cada modelo ni su forma de realizar la intervención, sino adaptando los objetivos de los mismos a las realidades y posibilidades de cada institución. Cuando se analice la relación modelo - institución y se asocian los datos de esta correlación, se estará haciendo mención a la presencia de determinado objetivo (de un modelo específico) en tal centro de rehabilitación. Oportunamente lo veremos con más detenimiento. En cuanto a los fragmentos de entrevistas seleccionados hemos elegido aquellos que son más representativos de la opinión técnica de los entrevistados, y aquellos otros que expresan diferencias y manifiestan otras tendencias en relación a los dispositivos de intervención. En relación a éstos últimos se mostrará oportunamente cuando se diferencien del resto.

Los ejes de análisis que trabajaremos son: relación entre modelos u objetivos de modelos de intervención e instituciones, importancia de la familia en el proceso de rehabilitación, rol de la familia en el proceso de rehabilitación, si es o no obligatoria la participación de la familia en el proceso de rehabilitación, participación de la familia en el proceso de rehabilitación y dificultades que se presentan en la intervención con familia.

Eje de análisis: relación modelos - instituciones

Esta dimensión de análisis se justifica porque todas las instituciones entrevistadas aseguran *“utilizar todos los modelos planteados, pero no en su forma original”*, pero en el transcurso de las entrevistas detectamos que hay diferencias significativas, parte de ello está expuesto en el apartado de precauciones metodológicas, y lo veremos en las siguientes descripciones.

En el modelo 1 se observa que los objetivos de este modelo, son implementados por casi todos los centros entrevistados, pero los entrevistados dicen que no se realiza en CIPReS y CEDAI.

Por parte de CEDAI hay un apoyo a situaciones puntuales de usuarios a partir de la demanda del propio usuario o su familia, dadas problemáticas puntuales e individuales que ellos identifiquen.

En cuanto a la modalidad de trabajo de CIPReS, este modelo no se utiliza ya que: *“la crisis vista desde este modelo sería un peligro o algo que hay que evitar, según lo que dice acá hay que alejarse y protegerse. nosotros vemos como que la crisis es una oportunidad para trabajar eso que estaba naturalizado”*.

El resto de las instituciones realizan terapia familiar orientada a crisis, pero intervienen en situaciones de crisis, antes, durante y después. Entendemos por crisis aquí, una descompensación y posible hospitalización.

A modo de ejemplo, se destaca en las entrevistas que, se procura en el Centro de atención y orientación psicosocial Montevideo prevenir posibles crisis: *“Muchas veces somos nosotros los que captamos que el usuario se va a descompensar, y ahí actúas antes de la*

crisis, durante la crisis y posteriormente también". En el Centro Diurno Sayago, se implementa a través de *"una entrevista con el usuario y algún integrante de la familia"*, ya que se interviene ante situaciones específicas teniendo en cuenta las problemáticas que atraviesa el individuo y de este modo, determinar las formas de contención y prevención que dada la situación se aplicarán.

En el Modelo 2 se destaca, en las intervenciones de las instituciones, una fuerte presencia de los objetivos: mejorar conocimientos sobre la enfermedad y mejorar la comunicación familiar, y desarrollar estrategias de solución de problemas.

Desde el Centro Psicosocial Pando se procura *"brindar información acerca de lo que es la enfermedad, acerca del tratamiento, como manejar los familiares, como manejarse con una persona que tiene una enfermedad como la esquizofrenia."* A través de esta intervención se apuesta por parte de las instituciones fomentar un buen manejo de la enfermedad desde el núcleo familiar; cómo considera el Centro Psicosocial Sur Palermo, *"Mejorar la comunicación familiar, desarrollar estrategias de soluciones sobre problemas"*, estimulando, de este modo la buena convivencia familiar. Esta intervención se desarrolla de forma uni o multifamiliar, dependiendo de la dinámica institucional.

La aplicación de este modelo en TAITA muestra diferencias en cuanto a las demás instituciones ya que su implementación es *"Muy puntualmente cuando hay que orientar sobre la medicación y la responsabilidad sobre ello... no intervenimos de forma terapéutica constante con la familia, sólo cuando se dispara una necesidad puntual"*.

Los objetivos mencionados de este modelo son trabajados por todos los centros entrevistados, exceptuando a CEDAI y CIPReS.

A modo de ejemplo, en el caso de CIPReS *"el foco está puesto en la parte sana que hay que desarrollar y cuando se desarrollan partes sanas las enfermas se desgastan y no tienen sentido [...] Empoderar a la familia para que vaya sabiendo qué hacer ante una eventual crisis, eso no lo trabajamos."* En el caso de CEDAI este modelo se trabaja en las asambleas familiares: *"reuniones por lo general es de la familia nada más y no junto al paciente."*

En el Modelo 3 los objetivos del modelo hacen hincapié en que las familias deben desarrollar expectativas realistas, crear barreras de estimulación excesivas, exigencias progresivas, fijar límites inter e intrafamiliares, mejorar la comunicación, evitar el aislamiento social de la familia. Estos objetivos no se trabajan en TAITA, ni CIPReS.

Al respecto CIPReS señala que *“eso es frustrar a la gente [...] a todos nos pasa en la familia que hay juegos relacionales distintos, en cada familia, y entonces tendría que ser de cada persona aislarse de su forma de ser o de cosas que le generan al otro, ¿cómo se hace?, tenés que seguir un manual, como una dieta, no puedes comer esto o lo otro...”*

En cuanto a TAITA, expresan que *“no hacemos psicoeducación con las familias”*

En el Centro Sur Palermo que es uno de los lugares donde se lleva a cabo, con relación al modelo plantea que *“mejorar la comunicación familiar y desarrollar estrategias de solución de problemas obviamente es algo que está muy en la base de las intervenciones.”*

En el Modelo 4 se propone como intervención familiar para reducir la *emoción expresada*. De todos los modelos éste es el menos utilizado; lo encontramos presente en Pando, Montevideo, Martínez Visca y Sur Palermo. Esto llama la atención porque, como apuntábamos más arriba, el constructo *emoción expresada* está en la base de las intervenciones psicosociales con familias.

En cuanto a los argumentos por los que no se utiliza este modelo se destaca que *“buscamos todo lo contrario acá, no reducir la emoción expresada, buscamos justamente un clima que permita que la emoción se exprese lo más genuina y lo más intensamente posible”* (CIPReS); *“no se hace”* (TAITA); *“no trabajamos en reducir el tiempo de contacto con los familiares”* (Sayago).

Para Sur Palermo, al igual que el modelo anterior, es algo que *“está en la base de las intervenciones”*. En el caso de Pando, los objetivos de este modelo se trabajan en conjunto en el espacio de la terapia multifamiliar.

En el Modelo 5 TAITA y Vilardebó son los únicos centros que no realizan terapia multifamiliar. En el caso de TAITA, la intervención está más centrada en los usuarios y

no han desarrollado el dispositivo. En el caso de Vilardebó manifiesta que el modelo 5 no está siendo implementado desde hace aproximadamente dos años, pero en los planes a futuro se pretende implementar. En general plantea que lo *“de trabajar con familias hoy es una pata que el centro diurno tiene en el debe porque no estamos teniendo la actividad mensual multifamiliar, es algo a retomar este año sin lugar a dudas”*.

En la mayoría de los centros la terapia multifamiliar se realiza sólo con familiares; sólo en CIPReS se realiza en conjunto con los usuarios. Y en esta institución la terapia multifamiliar está basada en los aportes del *psicoanálisis multifamiliar* (Badaracco 1990), y, por tanto, tiene otros componentes epistemológicos y metodológicos. Esto se identifica en las siguientes palabras de los entrevistados: *“esta es otra forma de multifamiliar. Prevención de recaídas...no se...digo...es tácito que lo hacemos pero no lo hacemos, no es un objetivo, no como un objetivo [...] que se disminuyan los patrones interactivos de interdependencia sí, pero desde una lógica de la transformación no de la psicoeducación no empoderar a la familia para que esté lidiando con un pariente enfermo sino todo lo contrario, que la persona se transforme, que funcione esa trama de otra manera, que genera autonomía, que genera salud, que genera que la persona no esté anulada, que la persona se vaya habilitando, que su voz tenga valor.”*

Para el resto de los centros las asambleas de familiares tienen un sentido terapéutico así lo plantean, por ejemplo, en Pando *“Si bien no es así como una terapia multifamiliar, pero tiene una finalidad terapéutica”*.

En relación al psicoanálisis multifamiliar desde el Centro Martínez Visca manifiestan que *“La multifamiliar fue cambiando, la 1ª multifamiliar era con el usuario presente usuarios y familiares. Un método que es la multifamiliar que hay instituciones que la siguen usando y viene de la escuela de García Badaracco que argentina trajo desde Italia esta modalidad. Después la idea de una psicóloga fue cambiar a familiares solos y esta modalidad funcionó bien”*. Desde entonces se trabaja sólo con las familias en las asambleas multifamiliares.

En Sayago, por ejemplo, *“las asambleas familiares funcionan como un espacio de contención y de apoyo desde un lugar terapéutico; en ellas las familias hablan de las dificultades de relacionamiento que tienen con los usuarios y se aportan ideas entre todos los familiares para la solución de problemas[...] lo terapéutico se da dentro del propio grupo es entre ellos donde se desarrolla lo terapéutico, los familiares se ven a sí*

mismo como pares y se ven reflejados en las diversas situaciones que les afligen, identificar en qué cosas ellos generan también pérdida de autonomía, más allá de la generada por la enfermedad, identificar en ese espacio su propias dificultades en lo vincular que no contribuye a los objetivos terapéuticos del usuario, se pretende generar un espacio habilitado a expresar sus emociones y generar desde el grupo un lugar de apoyo, donde puedan hablar de esas cosas que nunca se animaron antes, miedos, teorías, culpas en relación a su familiar y a su futuro familiar ”

En los centros de rehabilitación psicosocial las asambleas familiares son un dispositivo específico, un espacio “terapéutico” privilegiado de intervención con las familias. Entre muchos otros fragmentos de las entrevistas realizadas elegimos el siguiente para respaldar lo dicho y porque en términos generales ejemplifica la opinión técnica de todos: *“como un espacio de contención, de apoyo, de sostén, donde los propios familiares se ayudan entre sí, a poder trabajar, brindar estrategias de abordajes de situaciones puntuales, que las hacen entre los familiares. Muchas veces tiene mucho más valor terapéutico la indicación que otro familiar dice ‘¡ah mirá! cuando a mi hijo le pasa esto o eso que le pasa al tuyo yo hago tal o cual cosa y me da resultado’; ‘a mí esto que a ti te pasa no me pasa porque hago esto o lo otro’. Muchas veces el mismo dispositivo de la familia funciona como terapia...”*

Eje de análisis: importancia de la familia en el proceso de rehabilitación.

La familia son los principales cuidadores, pero también necesitan ser cuidados, ya que constituyen el principal recurso de atención, cuidado y soporte social de las personas TMSP. Así mismo se reconoce que las familias tienen necesidad de información, orientación, apoyo y entrenamiento en estrategias de afrontamiento, comunicación y solución de problemas.

“Como opina acertadamente Albornoz, “A veces tratando solo al paciente no se alcanzan los mismos logros que cuando se trata a la familia y a su entorno social” (1998:22)” (Amico, 2005; 57)

“El paciente enfermo es muchas veces la punta del iceberg de situaciones familiares conflictivas, un emergente de problemas que encuentran su camino a través de la crisis” (Amico, 2005; 55)

A continuación, reproducimos varios pasajes de las entrevistas realizadas que ilustran la importancia de la participación de la familia en los procesos de rehabilitación:

“es esencial trabajar con la familia para que acompañen a los usuarios en el proceso de rehabilitación.”

“la familia es un pilar fundamental en el proceso de rehabilitación del paciente.”

“el sujeto de consulta es la familia” “es imprescindible que vengan con la familia porque nuestro dispositivo así lo requiere, porque consideramos que es un padecimiento que está en trama en la familia, que puede haber una persona que emerja con otras características que se detectan más en la sintomatología de la enfermedad, pero en realidad consideramos que es una situación de la familia, una situación relacional.”

“Es crucialmente imprescindible, no se puede concebir la tarea de rehabilitación sin la intervención de la familia, porque el principal entorno que tiene el paciente es la familia”, “hay ambientes que son propicios y otros menos propicios, hay conductas familiares que son más adecuadas para la buena rehabilitación del paciente y otras que son inadecuadas y hasta descompensatorias.”

“Es necesario que haya una familia que sostenga a la persona que va a ingresar al centro de rehabilitación...Si bien las personas que vienen acá son adultos, por tener una patología severa, muchas veces requieren de apoyo familiar. Entonces es una condición tener un familiar de referencia para el ingreso.”

Como vemos las familias pasan a ser así un eje central en los procesos de rehabilitación psicosocial porque, por un lado, esta puede influir, tanto positiva como negativamente, en el curso de la enfermedad, en su evolución y tratamiento; por otro lado, la dinámica familiar es influida por la enfermedad, la familia se tiene que adaptar a ella, y es afectada por la enfermedad.

Eje de análisis: rol de la familia en el proceso de rehabilitación.

En el modelo comunitario de rehabilitación psicosocial la familia es uno de los pilares del proceso, siendo los otros pilares el médico (psiquiatra) tratante, el propio centro de rehabilitación (el equipo técnico), el usuario, y la comunidad. Al respecto uno de los entrevistados manifiesta que: *“para incursionar una rehabilitación se necesita cuatro*

patas, la familia, médico tratante, usuario, y rehabilitación es decir el equipo técnico del centro, si de esas cuatro patas falta una se nota mucho y si están las cuatro se nota la evolución.” Como vemos la familia es un pilar del proceso de intervención y, por lo tanto, es complementaria su participación en la rehabilitación de las personas con TMSP. Al parecer, junto con los otros pilares la familia marca, desde su rol, la integralidad del proceso. si la familia no participa, el proceso *queda rengo*, pierde una de sus patas, pierde equilibrio, no avanza, sigue caminando, pero tal vez, un poco más lento.

Según Amico (2004) “La familia puede ser víctima y entrar en un proceso de derrumbe; puede ser un factor coadyuvante a la recuperación del paciente o, por el contrario, puede actuar como un factor acelerante y desencadenante del cuadro de deterioro que expresa el paciente”.

De las instituciones entrevistadas, sólo en una no se le asigna un rol específico a la familia en el proceso de rehabilitación; allí, las familias cumplen un rol de acompañamiento, soporte, cuidado y contención de los usuarios: *“lo que hacemos con la familia es un acompañamiento y colaboración en situaciones crisis, no intervenimos de forma terapéutica con la familia, sólo cuando se dispara una necesidad puntual, ahí tenemos una entrevista individual con usuario y familia”* (fragmento de entrevista). Creemos que en este caso como la institución trabaja con múltiples discapacidades e incluso funciona como escuela especial la intervención está más centrada en fortalecer las capacidades de los usuarios.

En el resto de las instituciones entrevistadas la familia es un *“sujeto activo”* en el proceso de rehabilitación; incluso en una de las instituciones la *“habilitación”* es junto con la familia, *“el sujeto de consulta es la familia”*. Referirse a las familias como sujeto activo implica que éstas tienen participación activa en el proceso de salud-enfermedad. En palabras de técnicos entrevistados: *“La familia es protagonista, es agente de cambio...a diferencia de otros paradigmas desde donde se considera a las familias como informantes calificados o cuidadores, donde se les da un rol que no está implicado en la trama subjetiva de esa dinámica familiar”*.

Eje de análisis: obligatoriedad de la participación de la familia en el proceso de rehabilitación.

Sólo en una de las instituciones entrevistadas es obligatoria la participación de la familia en el proceso de rehabilitación. Esto es así porque “*el sujeto de consulta es la familia*” y porque “*el dispositivo así lo requiere*” (fragmentos de entrevista). En el resto de las instituciones la participación no es obligatoria pero sí es deseable. Sólo en una de las instituciones se enfatiza en que es “*moralmente obligatoria*”.

Eje de análisis: participación de la familia en el proceso de rehabilitación.

Las familias participan en intervenciones realizadas por los técnicos de estas instituciones de varias maneras. Cuando se presenta una necesidad puntual, o un problema con el usuario, la familia acude a la institución y solicita una entrevista. También cuando, por el contrario, es la institución la que detecta un problema o la necesidad de intervenir con el usuario y la familia, y solicita a la familia una entrevista. A su vez, se da que hay centros que realizan entrevistas a domicilio de rutina o motivadas porque hay poco contacto con las familias; y, se mantiene un contacto telefónico fluido con las mismas. La intervención con familias también se realiza en “*asambleas multifamiliares*” o “*asambleas de familiares*”, como les llaman algunos.

Salvo en dos instituciones donde no se hacen las asambleas familiares, en el resto la participación en ese dispositivo oscila entre un 10 % y un 20 % y, solo en una institución donde la participación es “*obligatoria*” es casi total. En Montevideo, Sayago y Martínez Visca la participación de las familias en las asambleas de familiares no alcanza el 10 %. En Sur-Palermo, Pando, y Cedai alcanza un 20 %.

Eje de análisis: dificultades identificadas para el trabajo con familias.

De las diversas formas de intervención empleadas con las familias, las entrevistas y los contactos esporádicos con las familias no revisten dificultad mayor, dado que siempre son motivadas por alguna necesidad puntual. La intervención si se dificulta en aquellos centros que sí realizan asambleas multifamiliares o asamblea de familiares, cuando la presencia de éstas no es obligatoria. De los centros donde sí se realizan asambleas de

familiares, éstas se llevan a cabo una vez por mes, salvo CIPReS que son todas las semanas.

Hemos visto que según la bibliografía especializada en rehabilitación psicosocial destacan que las asambleas multifamiliares se basan en tres pilares: “mejorar el conocimiento sobre la patología, el uso de la medicación, tratamiento, pronóstico y prevención; mejorar la comunicación intrafamiliar y fortalecer la capacidad de establecer estrategias de solución de problemas; y disminuir la sobreprotección.” (Rodríguez 2006; 286) A su vez, los programas de psicoeducación con familias persiguen los siguientes objetivos: “buscar el apoyo y la colaboración de la familia en el proceso de rehabilitación; que conozcan la enfermedad y se concienticen de su papel de agente de cambio y normalización; y, que se incremente la red social de la familia, promocionando el asociacionismo.” (Rodríguez 2006; 286)

Las instituciones entrevistadas coinciden en que la mayor dificultad refiere a la asistencia a las asambleas familiares. Se destacan dos situaciones particulares: por un lado, como se constató en el eje participación, se registra en general “*una baja asistencia a las mismas*”; por otro lado, “*no siempre son los mismos familiares los que concurren a la asamblea*”, lo cual incide como factor de disgregación. Sólo en aquella institución donde la asistencia de la familia es “obligatoria” esta ausencia de la familia no es tan pronunciada.

Los motivos por los cuales se dan estas dificultades dan cuenta de múltiples situaciones, según expresiones de los entrevistados se destaca que “*una vez que los usuarios entran al centro o a la institución algunos familiares creen que se pueden desentender del tema*”, como si en el proceso de rehabilitación las familias no participarían, o tuvieran un rol secundario o simplemente de informantes; a su vez, “*los familiares no quieren ir a escuchar problemas de otros ya tienen bastante con los suyos*” “*a los familiares les cuesta hablar de sus propios sentimientos, de cómo ellos viven el tener a cargo personas con TMSP*” “*algunos familiares parecen no percibir las asambleas familiares como un espacio de aprendizaje para su propio bienestar y el del usuario*”.

En relación al concepto que los familiares se forman de los centros de rehabilitación “*estos centros son considerados por familiares, y también por muchos usuarios y técnicos, como espacios que los ‘mantienen ocupados’, en la medida que se trata del único espacio donde pueden realizar alguna actividad fuera de su casa o, en algunos casos, el único lugar donde reciben algún alimento*” (Bentura 2012; 7). Respecto a este

punto consideramos que es oportuno tener presente que “el pensamiento cotidiano se caracteriza por la ultrageneralización” (De Martino 2014; 147 citando a Heller (1985)), operando reduccionismos y distorsiones conceptuales en los que se hace necesario intervenir. Entendemos que esto último es de mayor importancia en la conceptualización que las familias se hacen de las asambleas familiares. Un comentario de uno de los entrevistados marca el extremo de esta situación: “ellos lo que quieren es mandarte a los hijos”.

En las entrevistas también se hace mención a otras dificultades en el funcionamiento de las asambleas de familiares: “a veces los familiares vienen a hacer catarsis y nada más, porque no da el tiempo para otra cosa” “otra dificultad para el funcionamiento de los dispositivos es el nivel educativo de los familiares. Hay familias que pueden tener una comprensión más acabada de lo que es la patología y asumir la comprensión entendiendo lo que le va diciendo el médico, lo que el equipo le está señalando, pero hay otras familias que vinculan los aspectos de las patologías a cuestiones mágicas, a cuestiones muy primitivas, que no saben resolverlas entonces ahí se complica más todavía, porque en medio de la ignorancia de esa situación no pueden hacer un acompañamiento porque las respuestas son mágicas.” Se ve en estas palabras la presencia aún hoy día de las explicaciones que el pensamiento precientífico asociaba a *fuerzas externas* por aquellos problemas que no podía controlar; era el caso de los “demonios”, las “posesiones diabólicas”, la enfermedad como un “castigo”; así mismo, como dice Carballada (2010; 2) *de la mano de estas concepciones también venían asociadas prácticas de intervención específicas, lógicas, esquemas de pensamiento, sistemas de explicación para comprender y modalidades de hacer que cimentaron subjetividades, se inscribieron en en los cuerpos, en la vida cotidiana y en las instituciones.*

Otro factor que influye es el tema de la temporalidad. Cuando la enfermedad recién se despierta, los técnicos manifiestan que: “los familiares concurren más a menudo, están más presentes, están desesperados, ávidos de información, y, entonces, concurren a buscar una respuesta, a armarse, a calmarse”. En cambio, cuando “los familiares que hace años vienen lidiando con un proceso de estas características, pierden las esperanzas, se desaniman un poco, están desmotivados y entonces “concurren con menos frecuencia.” En relación al “desgaste” de las familias con el correr del tiempo, es bueno recordar que, para éstas, la irrupción de la enfermedad en un hijo, por ejemplo, es un evento trágico, la mayoría de las familias lo viven con culpa, quedan en muchos casos a

disposición, dependientes, *a la orden*, de su familiar enfermo, su vida cotidiana cambia y se ajusta al ritmo de la enfermedad, a sus manifestaciones y contratiempos. Como expresaba Centro Montevideo *“los familiares a veces vienen con un deterioro muy fuerte, añejo a veces, el familiar que se hace cargo es el que más sufre y el que más expuesto esta , carga con una tensión muy fuerte y la otra parte del núcleo familiar no quiere venir [...] son familias muy sufrientes, han caminado mucho y han pasado por muchas instancias, entonces cuando encuentran un lugar, y sienten que ese lugar puede acompañar a su familiar, a mejorar su autonomía, a tener actitudes, a veces largan, ya está dicen, se desentienden.”*

Esto, a su vez, repercute negativamente en la posibilidad de formar Asociaciones de Familiares, lo cual es deseable por los centros, pero sólo algunos lo han logrado (Martínez Visca, Sur-Palermo, ASSE - Pando). El siguiente comentario de uno de los técnicos es bien ilustrativo de ello: *“con las familias nunca se logró formar un grupo de estables, no hemos podido constituirlos como grupo, como asociación de familiares.”* Para superar esta situación se estima necesario realizar investigaciones sobre los procesos subjetivación política, como *praxis*, y cómo éstos pueden ser aplicados a las asambleas familiares, para convertirlas en espacios democráticos, de construcción ciudadana, y de control cívico sobre el cumplimiento de sus derechos de los usuarios y las familias. Esto, también significaría un importante avance, para contrarrestar los procesos de individualización en curso, al sacar a las familias de la órbita individual e inscribirlas en procesos democráticos de construcción colectiva.

Lo expuesto muestra la preocupación de los técnicos dado que las familias, como decíamos más arriba, *“es uno de los pilares o ejes del proceso de rehabilitación”*. y el trabajo con ellas, en las asambleas, también implica, en palabras de los técnicos: *“la contención y el apoyo, es un espacio terapéutico para ellas, donde desde el propio grupo, de sus pares, los familiares puedan reflejarse, identificar en qué cosas ellos generan también pérdida de autonomía, más allá de la generada por la enfermedad, identificar en ese espacio sus propias dificultades en lo vincular que no contribuye a los objetivos terapéuticos del usuario... se pretende generar un espacio habilitador a expresar sus emociones y generar desde el grupo un lugar de apoyo, donde puedan hablar de esas cosas que nunca se animaron antes, miedos, teorías, culpas en relación a su familiar y a su futuro familiar”*.

CONCLUSIONES

En el correr de la investigación se detectaron diversos problemas con relación a la intervención familiar. En general, y para la mayoría de las instituciones, se destaca necesaria e importante la intervención de la familia, aunque el porcentaje de asistencia, a las asambleas familiares, es muy bajo.

En base a los modelos de intervención familiar que presentamos como marco teórico, encontramos que en cada centro de rehabilitación se utiliza parte de la metodología que en los modelos se desarrolla y se interviene adaptando los objetivos de los mismos a las realidades y posibilidades de cada institución.

La investigación muestra que el desarrollo de nuevas estrategias de intervención psicosocial con familias viene cambiando la forma de trabajar con las mismas. Estas intervenciones han demostrado tener su eficacia en términos de prevención de recaídas y crisis, en la promoción de mejores niveles de salud mental para la población y en términos de mejora de la calidad de vida de los usuarios y sus familias.

La necesidad de diseñar estrategias de intervención cada vez más eficaces que contemplen las dificultades expuestas más arriba se desprenden de los propios comentarios de los entrevistados. La escasez de recursos técnicos en estas instituciones, que viene de la mano con la imposibilidad de profundizar en las intervenciones con familias, dejan un hueco profundo en la integralidad del proceso de rehabilitación, lo cual viene siendo marcado por la baja asistencia a las asambleas familiares. Esto consideramos es de importancia crucial para que estos centros no se conviertan en “depósitos de personas” o lugares “donde los mantienen ocupados”.

Los desafíos que se presentan a futuro cada vez son más porque estas familias están cada vez más sobrecargadas de funciones, sobre todo aquellas de bajos recursos. Para enfrentarlos se hace necesario fortalecer las intervenciones con las familias de modo que éstas comprendan su rol en el proceso de intervención. La tarea no es fácil pues podría representar para ellas una sobreexigencia, lo cual no tendría efecto dado lo sobreexigidas que ya se encuentran. De ahí que una posibilidad podría ser una estrategia de comunicación con las mismas. Los centros de rehabilitación podrían actuar así, como difusores de *buenas prácticas de salud mental para familias*, y promover así una mayor conciencia de la importancia de que las familias participen en los procesos de

rehabilitación psicosocial. La propuesta podría concebirse junto con estas y enmarcarlas y financiarlas a través de programas del MSP.

Como decíamos en el análisis, esto, a su vez, repercute negativamente en la posibilidad de formar Asociaciones de Familiares, lo cual es deseable por los centros, pero sólo algunos lo han logrado (Martínez Visca, Sur-Palermo, ASSE - Pando).

Para superar esta situación se estima necesario realizar investigaciones sobre los procesos subjetivación política, como *praxis*, y cómo éstos pueden ser aplicados a al trabajo con familias en el área de salud mental; las asambleas familiares, en este sentido, no las concebimos sólo en términos terapéuticos, sino que también pueden ser vistas como espacios democráticos, de construcción ciudadana, y de control cívico sobre el cumplimiento de sus derechos de los usuarios y las familias. Esto, también significaría un importante avance, para contrarrestar los procesos de individualización en curso, al sacar a las familias de la órbita individual e inscribirla en procesos democráticos de construcción colectiva.

En relación con lo anterior, queremos esbozar la idea de que vemos una potencialidad en los dispositivos territoriales de atención a la salud mental cuando estos son concebidos como *soportes institucionales*, emancipadores para los usuarios y sus familias, en especial para aquellos con escasos recursos. Para que esa potencialidad sea efectiva, real, sería deseable que estas instituciones propicien intervenciones con las familias que tiendan a la construcción de ciudadanía y al fortalecimiento de derechos. Para ello se hace necesario superar la intervención sistémica, propiciando instancias de reflexión entre la institución y las familias que trasciendan el proceso de rehabilitación y se encuadren en una perspectiva democratizadora de control ciudadano. En este sentido el Trabajo Social, como profesión, ha jugado un rol fundamental como constructor de ciudadanía y de valores democráticos.

Consideramos de vital importancia la creación de nuevas investigaciones sobre la temática analizada, para así, construir nuevos conceptos relacionados a la familia y su rol en los procesos de rehabilitación, así como también sobre las dificultades ante las cuales se enfrentan cotidianamente en relación al manejo de la enfermedad mental. Esto permite apostar al desarrollo de nuevas modalidades de intervención que se adapten de la mejor forma posible a las múltiples realidades que deben enfrentar las familias, para así,

favorecer el acceso de los individuos a un proceso de rehabilitación psicosocial eficiente y de calidad.

Finalizando este trabajo quedan más preguntas sin responder que certezas, las cuales marcan la necesidad de seguir investigando en la materia para poder así seguir realizando mayores aportes no solo a la comprensión del problema sino para el diseño de más y mejores políticas públicas que contemplen el desafío de trabajar con familias.

Bibliografía

- ✓ Amico, Lucia del Carmen (2004) “Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental"” en Revista Margen. {Online} Edición N° 35. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html#sdfootnote18anc>. [Ultimo Acceso: 09/07/2017]
- ✓ Bentura, C. y Mitjavila, M. R. (2012). *Sobre los dispositivos posmanicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya*. 13° Seminario Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, Trabalhos Completos. (1) 1-9 São Paulo. Disponible en: http://www.13snhet.sbhc.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf [Ultimo Acceso: 09/07/2017]
- ✓ Carballada, Alfredo (2010) *La Medicalización de la Vida Cotidiana como trasfondo de la Intervención Social. Una revisión del concepto de “determinantes del medio”*. En Revista Margen {Online} Primavera 2010 – Edición N° 59, pp 1-10. Disponible en <https://www.margen.org/suscri/margen59/carballada.pdf> [Ultimo acceso 09/07/2017]
- ✓ Chape, Alejandra (2015) *Familia: ¿En la salud y en la enfermedad?* Montevideo, Uruguay. Universidad de la República, Facultad de Psicología
- ✓ Corbetta, Piergiorgio (2007) “Metodología y técnicas de investigación social” España. McGraw-Hill.

- ✓ De la Hoz Garcimartín, María Ángeles et al (2006) "La familia como recurso en rehabilitación psicosocial" en Rodríguez González, Abelardo coord. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide, pp 271-296.

- ✓ De León, Nelson (2013) "Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental" Art. 2. Montevideo. UdelaR y CSIC.

- ✓ De Martino Bermúdez, Mónica (2014) *Familias y Estado en Uruguay: continuidades críticas 1984-2009: lecturas desde el Trabajo Social*. Montevideo: CSIC – UdelaR.

- ✓ Florit-Robles, A. (Junio 2006) La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*. 24(1-3), 223-244.

- ✓ Garcés Trullenque, Eva María (2010) El trabajo social en salud mental. Universidad de Zaragoza: Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Disponible en:
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS1010110333A/7489> [Ultimo Acceso: 09/07/2017]

- ✓ Gisbert Aguilar, Cristina coord. (2003) "Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo". Ponencia. Congreso Asociación española de neuropsiquiatría Madrid. Disponible en
http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf
 [Ultimo Acceso: 09/07/2017]

- ✓ Ley N° 9.581. Psicópatas. Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Disponible en:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5794143.htm> [Ultimo Acceso: 09/07/2017]

- ✓ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007) Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. España: INMERSO. Disponible en: <https://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf> [Último Acceso: 09/07/2017]

- ✓ Paredes, Mariana (2003) “Los cambios en la familia en Uruguay: ¿Hacia una segunda transición demográfica?”. En UNICEF – UDELAR *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*. Disponible en: http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf [Ultimo Acceso: 09/07/2017]

- ✓ Parsons, T.; Bales, R. (1955). Family, Socialization and Interaction Process. Cap. 1: La familia norteamericana. FCU. Mdeo. s/f. Disponible texto en inglés: <http://www.csun.edu/~snk1966/T.%20Parsons%20The%20American%20Family.pdf> [Ultimo Acceso: 09/07/2017]

- ✓ Plan Nacional de Salud Mental (1986) República Oriental del Uruguay. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf> [Ultimo Acceso: 09/07/2017]

- ✓ Scribano, Adrian (2007) “El proceso metodológico de la investigación cualitativa”. En El proceso de investigación social cualitativo. Prometeo Libros.

- ✓ Vallina Fernández, Oscar y Lemos Giráldez, Serafín (2000) “Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia”. En *Psicothema* [online], Vol. 12, N° 4, pp 671-681. Disponible en: <http://www.psicothema.es/pdf/388.pdf>. [Ultimo Acceso: 15/8/2017]