



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Monografía Final de Grado:

Una problematización de las intervenciones familiares en Rehabilitación Psicosocial

Tutora: Celmira Bentura

Autor: Leonardo Zabala

2018

AGRADECIMIENTOS

La redacción de este agradecimiento está cargada de cierta afectividad para todos aquellos quienes nombraré, sin que la mención implique un orden de importancia.

Este trabajo no es obra de una sola persona. Lleva en su centro la inspiración y los aportes, de muy variado tipo, de quienes supieron estar ahí, presentes, de una forma u otra. No puedo más que estar profundamente agradecido con todos ellos.

A nuestra tutora, Celmira Bentura que, con la mejor disposición, humildad, paciencia y profesionalismo, promovió, acompañó y nutrió todo este proceso, aportando sus ideas y reflexiones acerca de la temática.

Al Centro Diurno Sayago (ASSE), su equipo técnico, usuarios y familiares, por su solidaridad, su dedicación, su compromiso, por los conocimientos compartidos y por las oportunidades de experiencia brindadas, por los buenos momentos y los recuerdos que nos acompañan.

A los compañeros de clase, por las experiencias compartidas, por hacer más ameno el recorrido, y por los amigos que nos llevamos.

A los docentes, el personal de biblioteca, y la FCS – UdelaR en general, por su cálida dedicación, compromiso y solidaridad.

A los amigos de la vida y a los nuevos que, todos ellos, nos acompañaron durante este proceso.

A quien no necesito nombrar, y se ha convertido en un soporte imprescindible para mí por su paciencia infinita, su especial escucha y su apoyo ininterrumpido e incondicional.

A Nuria, fuente de amor, que nació, crece y se desarrolla...

A mi familia toda, que siempre están ahí.

¡A todos muchas gracias!, una etapa culmina y otra comienza...

ÍNDICE:

Resumen	Pág. 1
Introducción: Algunos apuntes acerca de la reforma psiquiátrica y la emergencia del modelo de atención comunitaria en Uruguay	Pág. 2
Objetivos generales y específicos, justificación.	Pág. 6
Capítulo 1 – Marco teórico	
1.1 Apuntes sobre rehabilitación psicosocial: conceptos, objetivos, filosofía	Pág. 8
1.2 Rol e importancia de la familia en rehabilitación psicosocial	Pág. 11
1.3 Las teorías acerca de la relación entre familia y esquizofrenia: teorías etiológicas, teorías relacionales, sobrecarga familiar.	Pág. 13
1.4 Propuestas de intervención familiar en rehabilitación psicosocial	Pág. 20
Capítulo 2 – Intervención familiar en Uruguay	Pág. 26
Capítulo 3 – Problematización y análisis	Pág. 33
3.1 Transformaciones macro societarias y su impacto en las familias	Pág. 34
3.2 Los procesos de individualización social	Pág. 39
3.3 ¿Hacia un “neofamiliarismo ideológico” en salud mental?	Pág. 42
3.4 Algunas reflexiones sobre el enfoque o categoría del riesgo en las intervenciones familiares de personas con TMSP.	Pág. 47
Reflexiones finales	Pág. 52
Bibliografía	Pág. 55

RESUMEN

En esta monografía final de grado, como requisito obligatorio para acceder al título de Licenciado en Trabajo Social, se abordará el tema de las intervenciones familiares en rehabilitación psicosocial. Para ello nos situamos contextualmente en los procesos de desinstitucionalización de los servicios de atención a la salud mental de la población, y en particular de las personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP). Se describe el paradigma de la rehabilitación psicosocial. En éste resulta objetivo que se designa para las familias, como cuidadores informales, un papel *activo*, de significativa importancia, como *recurso de rehabilitación*. En base a ello se elaboran, proponen, experimentan, diversos modelos de intervención psicosocial para trabajar con las familias, desde una perspectiva sistémica. Se presenta evidencia empírica de Uruguay, desde el punto de vista de las instituciones entrevistadas, sobre las dificultades para trabajar con las familias. Se propone una hipótesis tentativa que dé cuenta de esa problemática, desde una mirada social, a partir de la objetivación, análisis y problematización de las actuales transformaciones macro societarias, los procesos de individualización social en condiciones de *modernidad tardía*, la tendencia hacia una “neofamiliarismo ideológico”, y la presencia del enfoque del riesgo en algunas de las intervenciones propuestas. Ello intentará desnaturalizar el cuidado informal como práctica familiar no remunerada y obligatoria y desresponsabilizar la capacidad sociopolítica de las familias para responder a las demandas que le son asignadas por las instituciones sanitarias. El trabajo cierra con unas reflexiones en torno a la necesidad de construir políticas sociales robustas que den sustancialidad a las intervenciones familiares.

Palabras clave: rehabilitación psicosocial – intervención – familia.

INTRODUCCIÓN

Algunos apuntes acerca de la reforma psiquiátrica y la emergencia del modelo de atención comunitaria en Uruguay

En Uruguay, hasta 1986 la asistencia de personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (en adelante TMSP) se desarrollaba exclusivamente en instituciones psiquiátricas¹. En esos establecimientos, “la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas: masificación, falta de intimidad, despersonalización” (Rodríguez, 2003, p. 77); la institucionalización venía de la mano de efectos adversos: “cronificación”², “iatrogenia”³, “estigmatización”⁴.

Si bien esas instituciones todavía existen, hoy conviven con otros dispositivos extrahospitalarios donde se desarrolla la atención en salud mental de las personas con TMSP. Este cambio, entre otros, expresa las transformaciones en el cuidado de la salud mental, por las que atraviesa el país.

Una multiplicidad de factores entre los que se destacan la mejora de los tratamientos psicofarmacológicos, y con ello la posibilidad de implementar otros tipos de intervenciones, además de cambios políticos y culturales y la demanda por los derechos civiles de las personas con TMSP, llevó paulatinamente a que

¹ En Uruguay, las primeras internaciones por trastorno mental se remontan al año 1778 en el Hospital de Caridad, ubicado en Montevideo. El primer nosocomio, llamado ‘Asilo de Dementes’, funcionó en la quinta de Don Miguel de Vilardebó en el año 1860. Pero el punto inaugural es la apertura del Manicomio Nacional en 1880, más tarde llamado Hospital Vilardebó. Su construcción formó parte del primer impulso modernizador del país” (De León, 2013, p. 18). Como medida para combatir el hacinamiento en ese establecimiento, se funda en 1912 la Colonia Etchepare en las afueras de Montevideo y “Tanto el hospital como las colonias se constituyen a partir de allí como centros de ‘contención’ de las capas sociales más vulnerables” (De León, 2013, p. 19).

² Siguiendo las investigaciones del psicólogo Nelson de León, los autores entienden la cronificación “como efecto de un estilo de vida en el que confluyen en forma gradual la pérdida de roles y potencialidades, la ruptura de los vínculos sociales cotidianos, la creciente pasividad y pérdida de autonomía, entre otros” (Techera, Apud y Borges, 2009, p. 26).

³ Iatrogenia “refiere a la cadena de eventos que llevan a un deterioro progresivo en las capacidades cognitivas y sociales de las personas internadas, en tanto son encerradas en una institución que las aísla del entorno social y las lleva a un sedentarismo y pasividad que las estancan, perdiendo cualquier posibilidad de salir adelante” (Techera, Apud y Borges, 2009, p. 25).

⁴ “Estigmatización como producto del mecanismo por el cual el conjunto social marca negativamente a las personas que no se adecuan a sus preceptos” (Techera, Apud y Borges, 2009, p. 26).

se empiece a pensar en un nuevo modelo de atención basado en innovaciones y en la creación de nuevos proyectos de acción hacia la salud mental.

A partir del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM, 1986) y con la Declaración de Caracas (1990) se inicia el proceso de transición con respecto al tratamiento de la enfermedad mental en Uruguay; inicia entonces un proceso de “desinstitucionalización” de las personas con TMSP. Según del Castillo, Villar y Dogmanas (2011) ha contribuido a que ello suceda

[...] diversos factores, entre ellos el desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental (1986), la humanización de los tratamientos, la descentralización de los servicios asistenciales, la creación y desarrollo de la Red de Salud Mental y la mejora de los tratamientos psicofarmacológicos. Esto último habilitó, entre otros aspectos, la posibilidad de profundización de los abordajes psicosociales (pp. 84-85)⁵.

Esta transformación hace que surja como prioritario “el desarrollo de estrategias en rehabilitación psicosocial integral desde un enfoque participativo e inclusivo [...] se apunta hacia el logro de una mejora de la calidad de vida e inserción de la persona como miembro activo de la comunidad” (del Castillo, Villar y Dogmanas, 2011, p. 85).

Desde el PNSM (1986) se genera paulatinamente, y en forma interrumpida, un cambio en la política institucional y en la institucionalidad, conformándose diversas políticas públicas en torno al campo de la salud mental, surgiendo en base a esto el Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Desde el año 2005 nuestro país se encuentra abocado en una profunda reforma de su Sistema de Salud. Como parte de ésta se destaca la creación, en el año 2007, del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), enmarcado en la Ley N°18.211. Esta Ley establece que “las entidades públicas y privadas que integran el SNIS están obligadas a brindar a sus usuarios los programas

⁵ “Han incidido además de los esfuerzos profesionales y de diferentes actores sociales, la creación y el fortalecimiento desde la vuelta de la democracia de las Asociaciones de Familiares de Personas con TMSP, que participan activamente de la elaboración de programas, planes y políticas de salud mental” (del Castillo, Villar y Dogmanas, 2011, p. 85).

integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública” (Artículo N° 45, Ley N° 18211)⁶.

En el año 2011 se definen los lineamientos para articular el PNSM al SNIS, que se concreta en el Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental (PIPSM) en el SNIS, con el objetivo general de

realizar intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de salud mental correspondiente a todos los efectores integrales del país, a través de la implementación de nuevas prestaciones, a partir de setiembre de 2011 (MSP, 2011, p. 8).

Para este cometido dicho Plan reconoce que resultaba imprescindible articular políticas y acciones en Salud Mental dentro del primer nivel de asistencia, en donde la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) cumple un rol destacado.⁷

Es de destacar que ASSE viene trabajando desde 1996 en un Plan de Desarrollo Nacional a través de los Centros de Salud y los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM). En el año 2005 se crea la Coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP responsable de operativizar el Plan y que tiene a su cargo la dirección técnica de los ECSM.

La progresiva incorporación de prestaciones en Salud Mental dentro del SNIS se inscribe en una concepción que reconoce que “el concepto de salud mental es inseparable del concepto de salud integral” (MSP, 2011, p. 3). Dentro de este cambio conceptual actúan como principios rectores que “la enfermedad ya no es concebida como un fenómeno individual y está directamente vinculada al entorno familiar y social, el cual puede actuar como agravante o protector” (MSP, 2011, p. 5), que “la salud mental es uno de los componentes de la salud

⁶ En este contexto, el MSP como organismo público rector en materia de salud, del cual emanan los lineamientos programáticos, crea el Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES) del cual depende el Área de Promoción y Prevención en Salud (APROPYEN) y el Área de Ciclos de Vida, dentro del cual se enmarca el Programa Nacional de Salud Mental, que tiene como antecedente directo el PNSM de 1986.

⁷ Dado que es el principal prestador estatal de atención integral a la salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), con una red de servicios en todo el territorio nacional, y lidera el cambio del modelo asistencial de acuerdo a los postulados del SNIS.

integral de las personas” (MSP, 2011, p. 4); y, que “la salud mental es un derecho humano fundamental” (MSP, 2011, p. 5).

Como política institucional vigente en el país, el PIPSM establece tres modalidades de intervención. A los efectos de este trabajo solo mencionaremos aquellos que hacen referencia a los abordajes familiares de personas con TMSP. El modo 1 asegura “la atención en grupo con carácter gratuito y hasta 16 sesiones anuales para cada usuario” (MSP, 2011, p. 9). Dentro de la población usuaria de este modo (según los objetivos específicos) se incluye a “familiares de usuarios que tengan diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Bipolar Grave (F20 o F31 respectivamente según la clasificación CIE 10)” (MSP, 2011, p. 10).

Además de estos cambios en la política institucional y en las instituciones sanitarias rectoras, se generan cambios en los dispositivos asistenciales: cierre del Hospital Musto en 1996; el Hospital Vilardebó se redefine como “hospital de agudos” desde 1996; se reduce el número de personas que se encuentran institucionalizadas en las “Colonias de Alienados” Etchepare y Santin C. Rossi; ASSE crea 11 Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) en Montevideo y 23 en el interior del país; se crean centros de rehabilitación psicosocial en todo el país (públicos y privados). Se han creado también, en forma incipiente todavía, las casas de medio camino, las residencias asistidas y los programas de trabajo protegido.

Un lugar común en el discurso de quienes impulsan estos procesos de desinstitucionalización sugiere la necesidad, y condición *sine qua non*, de construir una red de apoyo social lo suficientemente sólida y organizada, reconocida como derecho legítimo, que, entre otros aspectos, permita aliviar la sobrecarga familiar en todos sus sentidos. Este aspecto viene siendo señalado como un déficit en el proceso uruguayo.

Acerca de la falta de soportes comunitarios, Bentura y Mitjavila (2012) señalan que:

Si bien el proceso de ‘desinstitucionalización’ de las personas con trastornos psiquiátricos fue tardío en Uruguay, esa tardanza no fue aprovechada para

procurar la implementación de recursos comunitarios que permitieran sostener” la población que era “liberada” de los manicomios, constituyéndose en lo que consideramos un proceso de desmanicomialización forzosa (p. 5).

De modo que nos encontramos en un contexto donde conviven dos modelos de atención en salud mental. El primero de ellos, tradicional y en retroceso, 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 interdisciplinarios para la atención ambulatoria.

El foco actualmente está puesto en fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental, de manera de superar el modelo asilar y asegurar la erradicación del sistema manicomial.

Objetivo general y objetivos específicos

Dentro de este nuevo modelo comunitario de atención a la salud mental de la población, uno de los cambios fundamentales que se evidencia es la consideración terapéutica de la familia como *sujeto activo* en los tratamientos.

Ello tiene implicaciones de diversa índole (políticas, sociales, asistenciales, académicas, éticas, etc.), también alcances, límites, y desafíos. El propósito (entiéndase por esto **objetivo general**) de la presente monografía final de grado es problematizar las intervenciones familiares en los procesos de rehabilitación psicosocial destinados a personas con TMSP, en particular esquizofrenia, trastorno bipolar, y otras psicosis.

Para ello será necesario (**objetivos específicos**) el entendimiento del rol de la familia en el paradigma de rehabilitación psicosocial. Visualizar las teorías relacionadas con ello y las modalidades de intervención propuestas. Analizar y problematizar estas intervenciones a la luz de las macro transformaciones societarias, de los procesos de individualización social, de la creciente

responsabilización de individuos y familias por los problemas sociales, y de la presencia del enfoque de riesgo en las intervenciones familiares.

Se pretende con ello aportar a visualizar los cambios societarios estructurales que afectan la vida cotidiana de las familias, lo cual incide en sus posibilidades de brindar cuidado, y ser soporte de las personas con TMSP. Esto supone poner el centro de atención, no ya en los individuos y las familias, sino en lo social, para desnaturalizar y desresponsabilizar a las familias por situaciones de cuidado que hasta no hace mucho estaban a cargo de instituciones estatales.

Como metodología utilizada se realiza una exploración teórica sobre el tema de la rehabilitación psicosocial (dirigida a personas con TMSP, en particular esquizofrenia, trastorno bipolar, y otras psicosis), enfocando la atención en el rol que se le otorga a la familia para el diagnóstico e intervención.

Se utilizará como fuente primaria de información artículos y textos académicos de relevancia en el tema, y el material empírico que recolectamos en la investigación que realizamos durante nuestras prácticas pre-profesionales (Laureiro et al., 2017), así como comentarios expresados por técnicos del Centro Diurno Sayago (lugar donde hicimos nuestras prácticas pre-profesionales durante el período 2016-2017). Como fuente secundaria de información se utilizarán documentos institucionales que abordan el tema.

Justificación

El desarrollo de procesos de desinstitucionalización en el campo de la salud mental y los desafíos que ello conlleva para las familias que viven con personas con TMSP es un tema de actual relevancia en el Uruguay.

La consideración del rol e importancia de las familias como *sujetos activos* en los procesos de rehabilitación psicosocial, las teorías en curso, los modelos de intervención psicosocial que se proponen para trabajar con familias, configuran un nuevo marco conceptual, una nueva metodología de trabajo, nuevas problemáticas y desafíos ético políticos para los profesionales que intervienen.

La apropiación, análisis y problematización de los cambios que acontecen en el sistema de atención a la salud mental es tanto un reto como una oportunidad para el Trabajo Social dada la implementación, en los últimos años, de un modelo de trabajo en red de los diversos servicios sanitarios que conforman el Sistema de Salud.

Entendemos fundamental la consideración de esta problemática en el marco de los desafíos profesionales que depara para el Trabajo Social como profesión inserta en el campo de la salud mental.

CAPITULO 1 – Marco Conceptual

1.1 Apuntes sobre rehabilitación psicosocial

A lo largo de los últimos años la rehabilitación psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria a las personas con esquizofrenia y otras psicosis.

La rehabilitación psicosocial puede definirse como un “modelo terapéutico basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad” (del Castillo, Villar y Dogmanas 2011, p. 85).

Florit-Robles (2006) considera que

la rehabilitación psicosocial debe apoyarse como eje primario en las habilidades conservadas por los sujetos y potencialidades que de modo natural ofrece su medio. La necesidad del profesional es agotar todos los recursos para poder lograr destacar las virtudes de los sujetos (p. 227).

Desde un punto de vista pragmático la rehabilitación psicosocial es entendida como

[...] un conjunto de estrategias de intervención psicosocial y social que complementan a las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y de manejo de los síntomas, se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento personal y social, de la calidad de vida y al apoyo a la integración comunitaria de las personas afectadas de esquizofrenia, así como de otras enfermedades mentales graves y crónicas. (Gisbert Aguilar, 2003, p. 38)

Una de esas estrategias apunta a la descentralización de los servicios asistenciales. Se apuesta a incluir en el modelo comunitario todos los ámbitos que coexisten en la sociedad, creando

[...] una estrategia de atención basada fundamentalmente en centros de salud comunitarios establecidos en los barrios, donde las personas puedan recurrir en cualquier momento y recibir asistencia, orientación y tratamiento (De León, 2013, p. 30).

Los profesionales que trabajan en rehabilitación articulan, bajo criterios de intersectorialidad⁸ e interdisciplinariedad⁹, un entramado múltiple de estrategias y técnicas procedentes de diversas disciplinas: intervención psicológica y modificación de conducta, trabajo social, estrategias socioeducativas, técnicas del campo de los recursos humanos, estrategias de animación comunitaria, etc., que sean relevantes y pertinentes para el logro de los objetivos planteados para cada usuario.

Objetivos de la rehabilitación psicosocial

En las definiciones expuestas anteriormente se encuentran implícitos los objetivos de la rehabilitación psicosocial: propiciar la autonomía, la iniciativa propia y la reinserción social de la persona con TMSP.

⁸ Siguiendo los aportes de Cunill-Grau (2014; 8), Laura Paulo (2017) entiende la intersectorialidad como una perspectiva que “implica que diversos sectores gubernamentales no sólo entreguen a un mismo público específico los servicios que son propios de cada uno, sino que de manera articulada atiendan necesidades sociales o prevengan problemas que tienen complejas, diversas y relacionadas causas en sus orígenes” (pág., 43)

⁹ “[...] cuando el planteo es de *interdisciplinariedad* se trata de un trabajo sostenido colaborativo en el que se construye una caracterización común y donde cada disciplina debe imbricar con las otras en un producto común al que también podemos denominar momento *transdisciplinario* (Stolkiner, A., 1999 apud Stolkiner, A. 2017; 196).

Para Gisbert Aguilar (2003) el objetivo es

mejorar la calidad de vida de estas personas y ayudarlas a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en la comunidad tan activamente como sea posible y a manejarse con la mayor independencia posible en su entorno social (p. 38).

Las definiciones y objetivos de la rehabilitación psicosocial se basan en una concepción amplia e integral de los derechos humanos que reconoce y promueve el derecho de las personas con TMSP a una ciudadanía plena y digna¹⁰.

Filosofía de atención en rehabilitación psicosocial

Los anteriores objetivos y conceptos de rehabilitación psicosocial se visualizan mejor dentro de un conjunto de valores y principios que guían los procesos de rehabilitación.

Siguiendo los aportes de Pilling (1991), el Documento de Consenso sobre Rehabilitación e Integración social de las Personas con Trastorno Mental Grave (IMSERSO, 2007) entiende que la rehabilitación psicosocial (RPS) lleva implícita unos determinados valores ínsitos en la filosofía para la prestación de los servicios, que serían:

¹⁰ Según Florit-Robles (2006) los objetivos de la rehabilitación psicosocial serían los siguientes: Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles. Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente posible, así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados. Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad de modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso, incluyendo la rehabilitación vocacional y el alojamiento. Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalización y/o institucionalización. Asesorar y apoyar a las familias de los enfermos mentales crónicos de modo que puedan ser más competentes en el manejo de los problemas que se les plantean e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares (p. 228).

Una concepción amplia de los derechos humanos de forma que se reconozca y promueva una ciudadanía plena y digna de la persona con enfermedad mental. Debe promover y fomentar la implicación activa y responsable del sujeto en el control de su vida y del proceso de rehabilitación según sus objetivos y planes personales (p. 70)¹¹.

1.2 Rol e importancia de la familia en rehabilitación psicosocial

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 comunidad¹². Se trata de un enfoque integral donde cada parte juega un rol que, de no cumplirse, ejerce, por decirlo de alguna manera, una influencia negativa en el proceso como un todo, y que, por tanto, disminuye su eficacia, que se evidencia en trayectorias más largas por las que transitan los usuarios de los centros de rehabilitación.

En los aportes teóricos sobre rehabilitación psicosocial se entiende que:

[...] la familia cumple un papel esencial en el cuidado y soporte de la persona con TMSP y se reconoce su necesidad de información, orientación, apoyo y entrenamiento en estrategias de afrontamiento, comunicación y solución de problemas (De la Hoz Garcimartin et al., 2006, p. 273).

Se asigna a la familia un papel fundamental, como *sujeto activo*, en el proceso de rehabilitación, en el sentido de que “ellas pueden incidir tanto positiva como

¹¹ A ello agregan que: “La RPS no puede concebirse como un tratamiento forzoso. Ha de promover la integración del sujeto en su comunidad natural. El desarrollo de pautas de vida y el desempeño de roles debe ser lo más normalizado posible dentro de la Comunidad. Se debe maximizar la autonomía e independencia basándose en las capacidades del sujeto. Se ofrece el apoyo que cada sujeto necesite, de una manera individualizada y durante el tiempo que precise. Ha de partir de la individualización, por lo que el proceso de intervención debe diseñarse para cada persona. Tiene que implicar una actitud sostenida de esperanza (por parte de los profesionales) sobre las posibilidades de cada persona. Se debe enfatizar la evaluación de resultados (calidad de vida, satisfacción, eficacia y eficiencia...), revisándose constantemente los servicios y programas prestados” (IMSERSO, 2007, p. 70).

¹² En la investigación que realizamos, varios de los técnicos de las instituciones entrevistadas manifestaron comentarios similares al siguiente: “para incursionar una rehabilitación se necesita cuatro patas: la familia, médico tratante, usuario y equipo técnico del centro; si de esas cuatro patas falta una se nota mucho y si están las cuatro se nota la evolución” (Laureiro et al. 2017, pp. 14-15).

negativamente en el proceso de rehabilitación del usuario” (De la Hoz Garcimartín et al. 2006, p. 272).

En diálogo con lo anterior, Amico (2004) señala que 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.

En un trabajo posterior, Amico (2005), concluye que lo anterior evidencia la importancia de los tratamientos no sólo al paciente sino también haciendo partícipe a la familia del mismo.

El PIPSM (2011) establece que “[...] la enfermedad no es un fenómeno individual y está directamente vinculada al entorno familiar y social, que puede actuar como agravante o protector” (p. 5). Estos agravantes no se dan sólo en la persona que padece la enfermedad, sino que también a nivel de sus familiares. Esta realidad hace que los tratamientos no sean dirigidos únicamente a los usuarios sino también a sus familiares. A partir de ello es que se habla de “rehabilitación del usuario” y “rehabilitación de la familia”.

Como apunta Albornoz (1998) citada en Amico (2005) “A veces tratando solo al paciente no se alcanzan los mismos logros que cuando se trata a la familia y a su entorno social” (p. 57). A su vez, Amico (2005) sugiere que “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” (p. 55).

La familia pasa a ser así un eje central en los procesos de rehabilitación psicosocial. Por otro lado, el núcleo familiar también es afectado por la enfermedad porque se tiene que adaptar a la nueva realidad y necesidades de su pariente.

Ante la emergencia de una psicosis en un miembro del grupo familiar, éste debe volver a organizarse, en sus rutinas, sus hábitos y sus costumbres que se ven alterados y se generan cambios en la dinámica familiar. De aquí la importancia de trabajar no sólo con el paciente sino también con las familias, para la mejora de la calidad de vida de todo el núcleo.

Se reconoce que la irrupción de la “enfermedad” en uno de los miembros de la familia es un evento trágico para ellas, y no sólo se pretende acompañarlas sino “cuidarlas”, y también se intenta guiarlas por considerarlas *agentes de cambio*, en el sentido de que éstas pueden cumplir un papel positivo en el proceso de rehabilitación y para la prevención de recaídas de las personas con TMSP.

1.3 Las teorías acerca de la relación entre familia y esquizofrenia

Se expone a continuación un breve resumen de los principales marcos teóricos desarrollados a partir de estudiar la vinculación entre familia y esquizofrenia, que sin ser exhaustivo da cuenta de las principales investigaciones realizadas. Comenzamos primero con aquellas teorías que atribuyen un factor etiológico a la familia en la esquizofrenia; luego pasamos a aportes teóricos basados en factores relacionales, para culminar con los estudios acerca de la sobrecarga de los familiares generadas por los cuidados informales.

Consideramos que la importancia de este recorrido es que estas teorías se encuentran presentes a la hora de realizar diagnósticos e intervenciones. Algunas de ellas han sido desestimadas dado que nunca pudieron comprobarse.

La familia en la etiología de la esquizofrenia

Uno de los primeros estudios que se destacan es el de Fromm-Reichmann (1948) que acuñó el término de “madre esquizofrenógena” para designar a aquella madre incapaz de establecer límites claros no diferenciando entre las emociones de ambos.

Desarrollada para explicar las causas psicológicas de la esquizofrenia, la teoría del “doble vínculo” (Bateson et al 1956) asociaba la esquizofrenia a patrones de

comunicación familiar inadecuados. De modo que la persona diagnosticada como esquizofrénica tiene dificultades para asignar un significado correcto a los mensajes que recibe, a los mensajes que emite, y a sus propios pensamientos, sentimientos y percepciones.

Lidz (1958) desarrolla el término de “cisma y sesgo marital”; en el cisma marital hay una situación de competencia por la autoridad, un cónyuge utiliza al hijo contra el otro. En el sesgo marital, un padre con graves alteraciones psicopatológicas pretende imponer su dominio¹³.

Wynne y cols. (1958) desarrolla el término de “pseudomutualidad” según el cual el enfermo busca su identidad a través del progenitor con el que la establece (De la Hoz Garcimartín et al., 2006, p. 272)¹⁴.

Synger y Wynne (1966) a partir de su hipótesis de “desviación de la comunicación” consideran la esquizofrenia como consecuencia de las perturbaciones de la comunicación interpersonal en la familia. En estas familias las comunicaciones son fragmentadas o amorfas, usando referencias ambiguas e incoherentes, tendientes a confundir (Touriño González et al 2007; 24).

En *Esquizofrenia y Presión Social*, Laing y Esterson (1965), desde la perspectiva de la antipsiquiatría, establecen que no es el individuo quien está enfermo sino la familia. Así, la aparente irracionalidad del individuo encuentra su racionalidad en el contexto familiar y social de origen.

Cabe destacar que este conjunto de teorías “no han podido ser contrastadas empíricamente, así como que han sido rebatidas conceptualmente (Strachan, 1986), y generaron implicaciones bastante negativas para las familias al favorecer o promover sentimientos de culpabilidad” (De la Hoz Garcimartín et

¹³ “Según Lidz, una patología grave del medio familiar constituye el hallazgo más constante en lo que se refiere a la etiología de la esquizofrenia. Consideramos la esquizofrenia como una forma extrema de retraimiento social, caracterizada específicamente por esfuerzos destinados a modificar la realidad de modo que esta asuma una forma tolerable mediante una distorsión de la simbolización de la realidad o una limitación extremada del medio interpersonal” (Touriño, Ingloft, Baena y Fernández, 2007, p. 24).

¹⁴ “es un esfuerzo para mantener el acuerdo y evitar la confrontación emocional abierta, a expensas de la diferenciación de la identidad de las personas que participan de la relación. La relación de pseudomutualidad implica un dilema característico: la divergencia se percibe como un factor de desquiciamiento de la relación, por lo cual es necesario evitarla, pero si se evita, la relación no puede crecer. Para los autores, en las familias de personas que desarrollan episodios esquizofrénicos, las relaciones que se reconocen abiertamente como aceptables exhiben una cualidad de pseudomutualidad intensa y perdurable” (Touriño et al., 2007, p. 24).

al., 2006, p. 272); como también hay que señalar que este grupo de estudios fue fuertemente influenciado por los estudios realizados y aplicados al campo de las relaciones familiares que, posteriormente confluyeron en la Teoría de la Comunicación humana (Watzlawick, 1967) y la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1969).

Relacionado a los aportes de Laing y Esterson (1965), y por la proximidad regional, además encontramos los aportes de Pichon Riviere y Badaracco, utilizados actualmente en Uruguay.

Desde la psicología social Pichon Riviere (1985) apunta que la persona que sufre de esquizofrenia cumpliría el “rol” de “portavoz”, que “denuncia”, la situación de un “grupo familiar enfermo”.

En sintonía con el anterior autor, Badaracco (2000) desarrolla el dispositivo de “Psicoanálisis Multifamiliar”, actualmente trabajado en Ciprés, donde, según la institución, “el sujeto de consulta es la familia”. Vale el esfuerzo distinguir ese dispositivo del de las Asambleas Familiares, que, en Rehabilitación Psicosocial, cumplen más una función de psicoeducación.

La interacción familiar como mediadora en el curso de la esquizofrenia ya diagnosticada

Este segundo grupo de estudios, dicen ya no asignar un papel etiológico a la familia en el curso de la esquizofrenia, sino que centran la atención en factores relacionales. La importancia de estos estudios se encuentra en que configuran el marco teórico actual desde el cual se construyen los distintos modelos de intervención familiar de personas con TMSP.

La exploración bibliográfica realizada sitúa como principales investigaciones el Modelo de vulnerabilidad a la esquizofrenia o Teoría de la vulnerabilidad, estudios iniciados por Zubin y Spring (1977), y Zubin y Steinhauer (1981), y el constructo de Emoción Expresada (en adelante EE) que se atribuye a los estudios iniciales de Brown, Birley y Wing (1972), y Vaughn y Leff (1976).

El concepto de EE¹⁵ ha surgido para designar algunos aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia sus miembros enfermos:

La noción es puramente pragmática en cuanto que sólo engloba aquellos aspectos de la conducta emocional de los familiares o personas con las que convive un paciente y que ejercen una influencia significativa sobre el curso de los trastornos, y, por todo ello, resultan útiles de cara a un pronóstico (Vizcarro y Arévalo, 1987, p. 90).

En cuanto a su contenido específico se señala que

La EE 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 extremadamente críticos, que implican una impresión negativa generalizada o un rechazo manifiesto del paciente como persona y no sólo de su conducta); 3) sobreimplicación (que refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar, una conducta exageradamente sobreprotectora hacia el paciente o los intentos, por parte del familiar, de ejercer 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) (De la hoz Garcimartín et al., 2006, pp. 274-275).

Para identificar estos cinco componentes se utiliza como metodología una entrevista semiestructurada que se denominó Camberwell Family Interview (CFI), de cuatro horas de duración, desarrollada inicialmente por Brown y Rutter (1966), y luego reducida a hora y media por Vaughn y Leff (1976).

Se valora que el constructo EE ha permitido identificar objetivamente factores de riesgo que podrían desencadenar en un episodio psicótico, o en la reiteración de éste. En palabras de los autores:

¹⁵ “Como antecedente al constructo de EE, Brown (1959) desarrolla el concepto de ‘implicación emocional’, en pleno auge de las teorías culpabilizadoras de la familia, al observar que el índice de recaídas de jóvenes esquizofrénicos, al año del alta, era más alto en aquellos que volvían al hogar paterno que entre los que vivían solos o con algún hermano” (Muela y Godoy 2001, citado en Touriño et al., 2007, pp. 25-26).

[...] la posibilidad de delimitar un grupo de alto riesgo constituido por los pacientes esquizofrénicos que conviven con familiares de alta EE ha permitido diseñar estrategias terapéuticas que traten de prevenir la aparición de nuevas recaídas [...] estamos ante la posibilidad de modificar las variables de interés, diseñando intervenciones adecuadas. En efecto, se ha comprobado en varios estudios recientes que mediante la utilización de terapias psicosociales es posible disminuir las tasas de recaídas (Vizcarro y Arévalo, 1987, p. 100)¹⁶.

Zubin y Spring (1977), y Zubin y Steinhauer (1981) desarrollan el Modelo de vulnerabilidad a la esquizofrenia o Teoría de la vulnerabilidad.

El aporte teórico “fundamental” que realiza este modelo “para explicar la etiología de la esquizofrenia” es que introduce el concepto de *variable moderadora*. El modelo de vulnerabilidad a la esquizofrenia es entendido de la siguiente forma:

Según Zubin y Steinhauer (1981) dos personas con el mismo grado de vulnerabilidad y sometidos a acontecimientos estresantes similares, serán diferencialmente proclives a desarrollar un episodio esquizofrénico si las variables moderadoras que influyen en cada caso son distintas (De la Hoz Garcimartín et al., 2006, p. 274).

Los autores reconocen tres categorías de variables moderadoras: “el nicho ecológico, las características de personalidad, y la red social o de relaciones interpersonales” (De la Hoz Garcimartín et al., 2006, p. 274).

Dentro de esta última categoría los autores destacan como una variable clave el “ambiente familiar”, que puede incrementar o reducir la influencia de los factores amenazantes sobre un individuo vulnerable. Concretamente, se han descrito cuatro tipos de ambientes familiares que se consideran “tóxicos”: “ambientes cognitivamente confusos (comunicación desviada); ambientes críticos e intrusivos; ambientes excesivamente demandantes; y, ambientes físicamente amenazantes” (De la Hoz Garcimartín et al., 2006, p. 274).

¹⁶ Incluso, como resultado de los estudios realizados, se concluye en que: “la EE constituye el mejor predictor individual de recaída en sujetos esquizofrénicos” (Vaughn y Leff 1976b citado en Vizcarro y Arévalo, 1987, p. 94). Pero también, ambigüamente, otro estudio señala que “toda la investigación realizada, incluso la nuestra, en torno a la asociación entre EE y el curso de la esquizofrenia tropieza con un mismo obstáculo, a saber, la incapacidad de determinar el estatus causal de EE sobre el mencionado curso, o viceversa” (Gutiérrez et al., 1988, p. 311).

Por otra parte, se señala que:

[...] el modelo está fundamentado tanto en los modelos biológicos (que atribuyen etiología a una disfunción orgánica) como en modelos evolutivos (con una etiología atribuida a un proceso psicológico interno producto del desarrollo) como en modelos ecológicos (que definen la etiología como un proceso determinado por el ambiente). La teoría de la vulnerabilidad surge como un compromiso entre los dos polos propuestos por los modelos biológico-genético y ecológico-psicosocial (INMERSO, 2007, p. 18).

Y agregan que,

Cada individuo participa de un determinado grado de vulnerabilidad que bajo determinadas circunstancias se traduce en un episodio esquizofrénico. La vulnerabilidad a este se define como la predisposición a desarrollarlo cuando las circunstancias vitales (externas o internas) producen un grado de estrés tal que supera el umbral de tolerancia al estrés del individuo (INMERSO, 2007, p. 18).

Unas palabras más que delinean las formas de intervención (que se desarrollan en el próximo capítulo), prescriben que “Es en estos individuos altamente vulnerables en quien deben promoverse conductas de protección que potencien medidas de seguridad específicas para las conductas de riesgo personales” (IMSERSO, 2007, p. 19).

Luego de identificar como factores de riesgo (“medioambientales”), porque pueden desencadenar una crisis en una personalidad altamente vulnerable, “la sucesión de acontecimientos vitales estresantes” y “la alta emoción expresada familiar”, especifican cuatro características que están presentes en las actitudes de las familias: “intromisión con respecto a su familiar enfermo; enfado y ansiedad aguda; manifiesta culpabilización del familiar enfermo; marcada intolerancia a los síntomas y al deterioro a largo plazo” (Vaughn y Leff, 1981, citado en IMSERSO, 2007, p. 19). En base a estos aportes concluyen en que “parece estar demostrado que las personas afectadas de una enfermedad mental grave y persistente cuyo estilo afectivo familiar es de alta emoción expresada tienden a recaer con más facilidad si el período diario de contacto con la familia es alto” (IMSERSO, 2007, p. 19).

Sobrecarga familiar

Un tercer grupo de estudios surge a partir del desarrollo de los procesos de desinstitucionalización, y han puesto el acento en otra dimensión de los efectos de esos procesos cuando no se construye una red de protección lo suficientemente organizada en torno a las necesidades de los familiares. Como es abundante la literatura al respecto, desde diversos países, y existen diversas clasificaciones que, salvando pequeñas diferencias, abordan el mismo fenómeno, sólo tomaremos dos o tres artículos de referencia, de los autores que venimos manejando, para explicar a qué se refiere el término “sobrecarga” de las familias.

El término carga familiar o carga del cuidador es un concepto general que se refiere a las múltiples dificultades que se experimentan en el cuidado y manejo de un familiar con enfermedad mental (Schene, Tessler y Gamache, 1996, citado en Touriño et al., 2007, p. 30).

Los estudios sobre el estrés familiar han llevado a acuñar el término de “carga” (Platt 1985), que está constituida por el efecto que tienen sobre la vida familiar todos los problemas derivados de la enfermedad (estigma social, contradicciones entre los profesionales, ocurrencia de crisis periódicas, cargas económicas, etc.) (De la Hoz Garcimartín et al., 2006, p. 273).

Los estudios distinguen entre carga objetiva (referida a problemas económicos, de hacinamiento, ocupacionales, etc.) y carga subjetiva (referida a las vivencias y emociones familiares, el stress familiar, etc.) (De la Hoz Garcimartín et al., 2006, p. 273)^{17, 18}.

¹⁷ Hoeing y Hamilton (1966) citado en Touriño et al., (2007) también realizan esta distinción: “la carga objetiva incluye todo lo que los familiares deben hacer por el paciente en su tarea como cuidadores: supervisión, control, gastos económicos, los trastornos que supone en su vida, ocupación del ocio, relaciones sociales, y los impedimentos para el desarrollo de la vida profesional y la práctica de aficiones. La carga objetiva estará determinada por lo que el paciente haga o deje de hacer, lo que dependerá de su estado funcional y su sintomatología. El modo en el que la familia experimenta y sufre esta carga objetiva, se adapta y reacciona ante ella, supone la carga subjetiva. Muchas veces es difícil evaluar la carga subjetiva porque puede estar enmascarada por actitudes de resignación, sobre todo en casos de larga evolución.” (p. 30)

En su tesis de doctorado, Ribe (2014), aborda en profundidad este tema y, resumiendo su exposición al extremo, aporta que:

La “carga del cuidador” se considera, como avanzábamos anteriormente, un constructo multicausado, que se ve influenciado por las **características propias de los cuidadores**, las **características clínicas del paciente**, del **apoyo social** que poseen los cuidadores y del **soporte profesional** que reciben (p. 32).

Los estudios se multiplican y abordan diversas variables y establecen correlaciones entre ellas; por ejemplo, Touriño et al. (2007), recopilan un conjunto de estudios que abordan la relación entre “carga” y “Emoción Expresada” (pp. 29.30).

Estos estudios, entre otros, dan cuenta de la multiplicidad de vivencias, sentires, dificultades, que evidencian el sufrimiento psíquico por el que atraviesan las familias cuando no cuentan con una red de soportes de protección lo suficientemente organizada en torno a sus necesidades.

1.4 Propuestas de intervención familiar en rehabilitación psicosocial

En base a los anteriores avances teóricos que describimos en el apartado anterior se han desarrollado, en las últimas décadas desde el campo del psicoanálisis familiar y la psiquiatría comunitaria, diversas estrategias para intervenir con familias de personas con TMSP (específicamente para esquizofrenia), que los autores resumen en cinco *modelos de intervención psicosocial con familias*.

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 Esquizofrenia y la Emoción Expresada (EE).

¹⁸ Desde Brasil, Pegoraro y Caldana (2006) siguiendo la clasificación de Melman (2002) y Miles (1982) distinguen tres dimensiones de *sobrecarga* familiar: *emocional; práctica; económica*.

Como esta sección tiene un fin meramente expositivo, reproduzco extensamente a continuación los modelos propuestos¹⁹, a partir de la información aportada por De la Hoz Garcimartin et al., (2006, pp. 276-283). Según los autores, estos modelos serían²⁰

Modelo 1: Terapia familiar orientada a las crisis. A partir de varias investigaciones citadas (Goldstein y Kopeikin (1981); Goldstein (1985); Goldstein y Strachan (1986)), se hace hincapié en el alto riesgo de recaída durante el período inmediato posterior al alta hospitalaria. Se deriva de los estudios la necesidad de empezar la atención posthospitalaria inmediatamente después del alta y actuar directamente sobre estresores definibles dentro del período de alto riesgo.

Los objetivos de este modelo serían: identificar factores estresantes que pueden haber rodeado la aparición de la crisis. Desarrollar estrategias de evitación y afrontamiento del estrés. Anticipar y planificar futuros sucesos estresantes.

La metodología de intervención consiste en realizar sesiones de forma conjunta con la familia y el paciente. Se emplea en pacientes de primera o segunda hospitalización. La duración es de seis semanas a partir del momento del alta hospitalaria.

Modelo 2: intervención familiar conductual. Diversos estudios desarrollados por Falloon y sus colaboradores (Falloon y Liberman (1983); Falloon y Pederson (1985); Falloon, McGill, Boyd y Pederson (1987); Liberman (1993)) han desarrollado un modelo de intervención familiar de orientación conductual. Basándose en el modelo de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento-competencia, señalan que las habilidades de afrontamiento proporcionan la competencia y el dominio ante los retos de vida fortaleciendo al individuo ante los estresores y protegiéndolo de su propia vulnerabilidad psicológica. La carencia de

¹⁹ La extensa bibliografía existente sobre el tema expone los mismos modelos con pequeñas diferencias y realizan consideraciones, valoraciones y críticas, acerca de los mismos; todos coinciden en que son modelos de "eficacia contrastada" (Florit-Robles, 2006, p. 239). Se ha consultado para corroborar diversas fuentes de información: De la Hoz Garcimartin et al (2006), IMSERSO (2007), Vallina y Lemos (2000) (2001), Touriño et al. (2007), Gisbert (2003), Fernández (2016), entre otros.

²⁰La forma en que se exponen los modelos, es elaboración nuestra, adaptada a los fines del presente trabajo.

habilidades de comunicación y de resolución de problemas conduce al paciente y a su familia a fracasos cíclicos en la reducción del estrés y la tensión ambiental en el hogar. A medida que el estrés crece, el umbral de vulnerabilidad del familiar enfermo puede sobrepasarse y producirse una recaída. El modelo se basa en los procedimientos conductuales de cambio de conducta, en el condicionamiento operante y en el aprendizaje social.

Los objetivos de este modelo son: mejorar conocimientos sobre la enfermedad, mejorar la comunicación familiar, desarrollar estrategias eficaces de solución de problemas.

La metodología de intervención consiste en, un primer momento, realizar un análisis funcional teniendo en cuenta a todos los miembros del grupo familiar. Sesiones conjuntas con el paciente y la familia. Sesiones uni y multifamiliares. Se fomenta la participación de familiares en asociaciones y grupos de autoayuda. La duración aproximada es de un año, proponiéndose un seguimiento de un año más con evaluaciones periódicas.

Modelo 3: Psicoeducación familiar. Este modelo desarrollado por Anderson y otros (Anderson, Hogarty y Reis (1980); Anderson (1983); Anderson (1988)) se basa en la Teoría de la Vulnerabilidad (expuesta en el apartado anterior), y en las dificultades familiares puestas de relieve por los estudios de EE y comunicación desviada.

Los objetivos de este modelo son: desarrollar en la familia expectativas más realistas. Crear barreras a la estimulación excesiva. Exigencias progresivas. Fijación de límites inter e intrafamiliares. Mejorar la comunicación. Normalizar la rutina familiar. Evitar el aislamiento social de la familia.

La metodología de intervención propuesta consta de varias fases o etapas: al inicio del proceso de intervención, conexión con la familia y establecer alianza terapéutica, mientras el paciente está hospitalizado. Luego, talleres de habilidades de supervivencia en psicoeducación, sólo con las familias, sin pacientes. Posteriormente se pasa a la reincorporación del paciente a la vida normalizada, sesiones unifamiliares con el paciente y la familia, para poner en marcha lo tratado en la fase anterior. Por último, se propone a la familia una

terapia familiar intensa para afrontar los conflictos que surjan o sesiones de apoyo, cada vez menos frecuentes.

Modelo 4. Intervención familiar para reducir la Emoción Expresada. Basándose en los trabajos acerca de EE (Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon (1982); Leff, Kuipers y Berkowitz (1983); Vaughn, Snyder, Jones, Freeman y Falloon (1984)) diseñan una intervención familiar dirigida a (objetivos): disminuir la emoción expresada, y disminuir tiempo de contacto con los familiares.

Se propone como metodología de intervención: un programa de sesiones psicoeducativas (de entre 2 y 4 sesiones). Se separan grupos de familiares de alta y baja EE. Sesiones de terapia familiar individual. Sesiones conjuntas entre familia y paciente.

Modelo 5. Terapia multifamiliar (TMF). Modelo propuesto por McFarlane a través de diversos estudios realizados (1983, 1994, 1995). Señala que hay cuatro factores familiares relacionados entre sí, que se ha visto estaban relacionados con la esquizofrenia, dejando a un lado su rol etiológico, estos factores son: la emoción expresada, la comunicación desviada, el aislamiento social, y el estigma y carga (objetiva y subjetiva).

En un orden de dificultad creciente, este modelo propone como objetivos: 1) prevención de recaídas (incluye: reducción del aislamiento, reducción del estigma y la carga, objetiva y subjetiva, reducción de la EE, y reducción de las disfunciones de la comunicación). 2) mejorar el funcionamiento psicosocial (incluye: disminuir los patrones interactivos de dependencia y expansión de la red social). 3) creación de una red social semipermanente organizada alrededor de las necesidades a largo plazo de los miembros de la familia.

Se propone como metodología de intervención: grupos cerrados de larga duración, que ha demostrado ser la fórmula más eficaz, ya que gran parte de la efectividad de la TMF depende de la formación de una red social entre las familias en el grupo. En los grupos participan familiares y pacientes juntos. Duración estimada de dos a tres años. Tamaño de los grupos de cuatro a siete familias. La intervención se realiza en fases: reunir el grupo y contactos previos

de evaluación de cada unidad familiar; 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. En este modelo se hace más hincapié en la creación de una red social organizada en torno a las necesidades a largo plazo de las familias.

Con respecto a los diversos modelos de intervención señalados, investigaciones evidencian resultados positivos cuando las familias participan de los procesos de rehabilitación.

Estas estrategias de psicoeducación e intervención profesional con las familias se han convertido en una herramienta de trabajo fundamental en la atención comunitaria del enfermo mental y en la rehabilitación psicosocial (De la Hoz Garcimartin et al., 2006, p. 273).

Otros autores que han sistematizado y evaluado estos modelos de intervención con familias delinear cambios positivos en diversas variables. Por ejemplo, Gisbert Aguilar (2003) señala reducciones en las tasas de recaídas, en los ingresos hospitalarios, reducción en el tiempo de estancia hospitalaria, y en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Así mismo, se percibe una mejor inserción laboral en pacientes cuyas familias reciben intervención psicosocial (pp. 186-187).

Un aspecto que queremos destacar por su centralidad como dispositivo de intervención es el de las **asambleas multifamiliares**. En rehabilitación psicosocial las asambleas multifamiliares se basan en tres pilares:

- 1) Información sobre la esquizofrenia. Dotar a las familias de información clara y objetiva sobre la naturaleza de la esquizofrenia, su tratamiento, pronóstico y prevención de recaídas.
- 2) Habilidades de comunicación. Es importante mejorar la comunicación desviada (conductas de comunicación vagas, confusas, complicadas, contradictorias, afectivas y cognitivamente). Los programas de intervención familiar van dirigidos actualmente al incremento de la comunicación y de la capacidad de establecer estrategias de solución de problemas.
- 3) Disminuir la emoción expresada, dado que los comentarios críticos, las actitudes hostiles y sobreprotectoras repercuten negativamente en el propio enfermo (De la Hoz Garcimartin et al., 2006, p. 286).

La psicoeducación de familias persigue los siguientes objetivos:

- 1) Buscar el apoyo y la colaboración de la familia en el proceso de rehabilitación.
- 2) Que conozcan la enfermedad y se concienticen de su papel como agente de cambio y normalización.
- 3) Que se incremente la red social de la familia, promocionando el asociacionismo (De la hoz Garcimartin et al., 2006, p. 286).

Se realiza en ellas un trabajo de psicoeducación con las familias de los usuarios, donde se brinda información sobre características de las patologías, tratamiento, seguimiento, es un espacio grupal de apoyo y asesoramiento. En ellas las familias también hablan de las dificultades de relacionamiento que tienen con las personas que están a su cargo, y se les brinda contención y apoyo desde un lugar terapéutico. Adelantando los contenidos del próximo capítulo, los técnicos entrevistados manifiestan que:

[...] en el trabajo con la familia ,empezamos por la contención apoyo y espacio con aspiración terapéutica, donde desde el propio grupo, de su 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 (Laureiro et al., 2017, p. 13).

Expuesto el marco conceptual de la rehabilitación psicosocial como campo de intervención creciente dentro de la atención comunitaria de personas con TMSP, el rol e importancia de la familia dentro de éste, las diferentes teorías y estudios que relacionan familia y esquizofrenia y los modelos de intervención con familias propuestos, veremos a continuación el desarrollo y las complejidades de las intervenciones con familias a cargo de personas con TMSP en Uruguay.

CAPÍTULO 2

Intervención familiar en salud mental en Uruguay.

Un antecedente importante de las intervenciones familiares en salud mental, y como signo de que se considere a la familia como *agente de salud*²¹, es el Programa de Asistencia Familiar de la Colonia Dr. Bernardo Etchepare, iniciado el 1° de junio de 1929. Adaptado a los tiempos que corren el programa continúa existiendo al día de hoy.

El antecedente es importante porque establece la inspiración de las bases de lo que hoy se considera intervenciones en familia y en la comunidad²². Es también importante en términos de sustancialidad de la asistencia dado que, se trataba de un sistema de “colocación”²³ donde, la familia podía ser la del usuario, o una tercera, extraña al usuario; y donde este sistema de colocaciones funcionaba con una contraprestación económica que recibía la familia que se encargaba del “alienado”, a modo de sueldo o pensión por sus servicios. Es también importante dadas las funciones que cumplía el programa: seguridad, terapéutica, sociales, económicas.

²¹ Al respecto ver: Foucault (2011, p. 235); Foucault (2012, pp. 110-122, 135-143, 145-146).

²² La propuesta de una “Colonia Familiar” del Dr Rossi, en *El Alienado y la sociedad* (1914), se inspira en la leyenda (siglo VI) de la princesa Dyfna, convertida luego en Santa Dyfna (siglo XIII), santa de los enfermos mentales, refugiada en Gheel, provincia de Amberes: “Es la aldea de Gheel, pueblo de locos. - Quince mil habitantes, repartidos en unas quince familias, hospedan, cuidan, curan y aman a dos mil alienados” (Rossi, 1914, p. 11). Experiencia estudiada, apropiada e incorporada, por la psiquiatría, para la “psicoterapia y terapéutica del trabajo” (Rossi, 1914, p. 11), desde inicios de SXIX, se envían allí “alienados crónicos”, que son atendidos por “los paisanos ya familiarizados con los enfermos, fueron transformados en enfermeros” (Rossi, 1914, p. 11), al punto que “actualmente el principio de la asistencia familiar está definitivamente incorporado a la terapéutica de los alienados” (Rossi, 1914, p. 12).

²³ La teoría de ese momento visualizaba tres modalidades o “sistemas” de asistencia familiar de alienados: “La colonización familiar propiamente dicha, sistema belga cuyo tipo secular es Gheel; la colocación en casas particulares sin más unidad de organización que la inspección común de alienados, originario de Escocia; y un sistema intermediario que consiste en colocar los crónicos inofensivos de un asilo en un vecindario, en cuyas casas quedan sometidos a la administración y vigilancia del asilo originario. Es la fórmula que predomina en Alemania, Rusia, Holanda, Austria y Suiza” (Rossi, 1914, p. 69). De los tres sistemas, el Dr. Rossi consideraba el tercero como el más apropiado para Uruguay: “es acaso la forma menos aventurada de distribución familiar, y particularmente indicada en países como el nuestro dónde hay que modificar el ambiente desde la primera noción: el concepto de locura” (Rossi, 1914, p. 71), sin perder de vista la aspiración de tender hacia “el ideal de la colonia autónoma” (Rossi, 1914, p. 73).

Esta experiencia dista mucho de lo que hoy día se considera una intervención familiar²⁴, y por supuesto, del concepto de familia que se tenía en aquel momento. Al respecto, y afirmando el éxito del sistema de colocación familiar, Garmendia apoya su comentario en una cita de Griesinger (s/f):

“la Asistencia Familiar reserva al enfermo lo que el manicomio más rico y mejor dirigido no podrá darle nunca, la existencia entre los sanos, el retorno de un ambiente artificioso y monótono a un ambiente social natural, entre el bienestar de la vida de familia.” (citado en Garmendia, 1931, p. 220)

A partir de los anteriores apuntes queremos destacar que en aquel entonces se comenzaba a incorporar a la familia desde un lugar terapéutico, se la consideraba a la familia como “sana”, lo cual posibilitaba la vida en un ambiente “natural”, en medio del “bienestar” familiar. También el hecho de que la familia, en un ideal, podía convertirse en “enfermeros”, y la comunidad en una “colonia de alienados”. Sin dejar de lado el hecho de que este sistema de colocación familiar reportaba considerables ventajas en términos de *economía de la salud*, para el presupuesto nacional.

Dejando de lado este antecedente para futuros trabajos, en esta sección queremos aportar información acerca de estudios, artículos, y otros escritos, publicados o no, del ámbito nacional, que, sin ser una exposición exhaustiva, remiten a la situación de la intervención familiar en Uruguay en salud mental, enmarcada en las instituciones de rehabilitación psicosocial, públicas o privadas, que trabajan con personas con TMSP.

Como hemos visto las intervenciones familiares han sido objeto de cuestionamientos por culpabilizar o responsabilizar a las familias acerca de la etiología del padecimiento psíquico. Abordando este tema de los saberes técnicos que culpabilizan a las familias, Fernández Castrillo (2009) señala que

²⁴ La consideración que se tenía en aquel momento del rol que puede jugar la familia y la comunidad puede ser desprendida de la siguiente idea. A partir de clasificar a los alienados como “curables”, “incurables” y “peligrosos”, asoma para los primeros una idea: “el alienado curable puede ser asistido a domicilio en condiciones de local, ambiente y dirección médica que hagan de su hogar un asilo en reducción” (Rossi, 1914, p. 24). Exportado el sistema de Alemania, el Dr. Garmendia (1993) entiende que “este método consiste en hacer de la asistencia familiar una prolongación de la asistencia en sus grandes establecimientos para alienados” (p. 220) (Artículo originalmente publicado en la Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal, N°105, mayo-junio de 1931, Buenos Aires, Argentina).

Las practicas del sector Salud y en especial el de Salud Mental, suelen estar especialmente comprometidas en este proceso, en la medida que es frecuente ver como se abordan los problemas sociales a través de la tramitación de fragilidades individuales mediados por tratamientos personales (p. 101).

Y, agrega que:

Con estas explicaciones que conciben a la familia como un conjunto de relaciones configuradas en su interior y no como estructuras mediadoras entre los espacios privados y públicos, lo que se hace es psicopatologizar los comportamientos familiares y autoreferenciar el análisis técnico. La consecuencia es un escenario dominante donde proliferan interpretaciones teóricas y se diseñan indicadores diagnósticos que clasifican anomalías, patologías o riesgos sociales, culpabilizando y distribuyendo responsabilidades para establecer con valor paradigmático, estigmatizaciones sociales que atañen a la familia (Fernández Castrillo, 2009, p. 102).

Agnes Heller (1985) citada en De Martino (2014; 147) estableció que una de las características del pensamiento cotidiano es la *ultrgeneralización*.

Esto es de fundamental importancia para las intervenciones porque, como categoría conceptual, permite comprender los reduccionismos del pensamiento. Entre lo planificado, lo teorizado y lo previsto, y, por otra parte, lo que sucede en la realidad existe una brecha que es precisamente el lugar donde se interviene en las instituciones para hacer cumplir el mandato sociopolítico que se les ha encomendado.

A propósito de esto y con relación al concepto que las familias se forman de los centros de rehabilitación psicosocial en Uruguay, se evidenciaba correctamente que:

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 y Mitjavila, 2012, p. 7).

En esta línea de argumentación, desde el Grupo Salud Mental Comunitaria de la UdelaR, una reciente publicación sostiene que:

[...] la rehabilitación psicosocial, instrumentada desde enfoques clínico-asistenciales no acaban de reconocerla e incorporarla como parte de las ofertas de atención o aparece desvirtuada a la manera de talleres y actividades de carácter operativo (Natella, 2017, p. 249).

Respecto de las intervenciones familiares destacan que:

Las intervenciones con los referentes familiares del usuario, revelan también la continuidad de prácticas clínicas desde las que la familia es considerada otro 'paciente' [...] La convocatoria a la familia sucede con frecuencia con el fin de tratarla (Natella, 2017, pp. 249-250).

Respecto de la impresión de los profesionales acerca de la participación de las familias en los procesos de rehabilitación y de la organización de los dispositivos de atención a familias se identifica que:

Se identifica un continuo reclamo de los profesionales acerca de familiares abandonados y sobre el escaso apoyo familiar en los tratamientos, sin proponer un trabajo intensivo, programático y continuo que los involucre, informe y prepare para afrontar un tratamiento y una rehabilitación a largo plazo, tanto del paciente internado como del propio grupo (Natella, 2017, p. 250).

En cuanto a la sobrecarga familiar, Fernández Castrillo (2009) da cuenta que "Las familias, desbordadas por las exigencias sociales y desprotegidas del amparo social que otrora prestaba el Estado de Bienestar, se encuentran desconcertadas" (p. 99).

Dentro de los estudios realizados, es posible despejar como dimensión de análisis la escasa inclusión de dispositivos de intervención para las familias dentro del PIPSM. Fernández Castrillo (2017), en su tesis de doctorado²⁵, analizando las prestaciones de Salud Mental dirigidas a familiares, en el sector público y privado, encuentra que "la consideración de los familiares, según se

²⁵ Cuyo propósito es "hacer una revisión sobre la situación actual de las prestaciones de Salud Mental en el escenario de Reformas del Estado y la profundización de las transformaciones de las políticas sanitarias incentivadas por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el marco de la propuesta programática del gobierno progresista uruguayo" (p. 17).

informa, sería escasa en todo el sistema, en el eje del 27,4% en el sector privado y del 30 % en el público” (p. 168)²⁶.

A partir de ello entiende que “la inclusión de los familiares o de personas allegados a los tratamientos, en general, parece ser excepcional”, y que “cuando se habla de los familiares es centrado en el sujeto que consulta, o para que aporten datos sobre él (si toma la medicación, si lo ven de mejor, si duerme durante la noche)” (Fernández Castrillo, 2017, p. 168), o sea que se los considera como informantes calificados, no como un recurso socio-terapéutico. Además, en el estudio, los actores entrevistados (familiares organizados o no), manifiestan restricciones en cuanto a “accesibilidad” a los servicios, “percepción de la oferta” de servicios, y “desinformación” respecto de las prestaciones disponibles (Fernández Castrillo, 2017, p. 169).

Sumado a lo anterior, y esto agrava la situación, podemos decir que, una segunda dimensión de análisis es la escasa participación de las familias dentro de los dispositivos disponibles para intervenir con ellas (asambleas familiares). La investigación que realizamos en el marco de nuestras prácticas pre-profesionales (Laureiro et al., 2017) constataba empíricamente la impresión de los centros de rehabilitación, públicos y privados, del área metropolitana de Uruguay, acerca de los siguientes ejes de análisis: los modelos de intervención familiar utilizados²⁷, rol e importancia de la familia en los procesos de rehabilitación²⁸, la participación efectiva de la familia en los dispositivos grupales destinados a ellas, si consideran si es obligatorio²⁹ o no que participen, y se indagaba acerca de las dificultades que tenían para trabajar con las familias.

²⁶ El bajo registro de esta variable, al observar la distribución según regionales, llega a ser nula en el sector público de la zona este y muy escasa en el sector mutual del noreste. Montevideo presenta los mejores registros de conformidad respecto a la inclusión de los familiares en la consulta de los servicios tanto públicos como privados (p. 168)

²⁷ Se pudo observar la presencia de diversos vectores epistemológicos, por lo cual no todos los centros de rehabilitación trabajan con los mismos modelos. Incluso ninguno de los modelos se utiliza de forma completa, no constatamos intervenciones diseñadas para trabajar puntualmente con una familia.

²⁸ Vale mencionar que todos los centros consideraron a la familia como un “sujeto activo” en la rehabilitación de los usuarios. Y, respecto de la importancia de la familia en los procesos de rehabilitación psicosocial todos los centros manifestaron lo mismo “es esencial trabajar con las familias”, “la familia es un pilar fundamental del proceso de rehabilitación”.

²⁹ Sólo en una de las instituciones entrevistadas se constató que es obligatoria la asistencia de la familia porque “el sujeto de consulta es la familia”. En este caso, la institución trabaja con el modelo de Psicoanálisis Multifamiliar de García Badaracco.

En cuanto a la participación de las familias, en las asambleas familiares o multifamiliares, se constató que su asistencia oscila entre un 10% y un 20%, (aunque muchos técnicos aseguran que no llega a un 10%³⁰ y que ello es un problema general de todos los centros de rehabilitación), y raramente son siempre las mismas familias las que asisten, lo cual actúa como factor de disgregación³¹.

Al respecto de esta problemática, y de las dificultades que tienen para trabajar con las familias, consultamos a los profesionales por qué consideraban que esto sucedía. Las respuestas que obtuvimos fueron las siguientes.

En referencia a la consideración que los familiares tienen de los centros de rehabilitación psicosocial: “una vez que los usuarios entran al centro o a la institución algunos familiares creen que se pueden desentender del tema” (Laureiro et al., 2017, p. 18); “ellos lo que quieren es mandarte a los hijos” (Laureiro et al., 2017, p. 19).

Con relación a los límites de las asambleas multifamiliares como dispositivo:

[...] 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 [...] a veces los familiares vienen a hacer catarsis y nada más, porque no da el tiempo para otra cosa (Laureiro et al., 2017, p, 18).

Se evidencia también en los comentarios la presencia aún hoy en día de las explicaciones que el pensamiento precientífico asociaba a fuerzas externas por aquellos problemas que no podía controlar³²

³⁰ Claro está que este porcentaje sólo considera a las familias representantes de usuarios que asisten a los centros de rehabilitación. Hacemos la salvedad porque se puede confundir el dato con la cantidad de usuarios que asisten a los centros de rehabilitación. Recordemos que algunos de ellos no tienen familiares.

³¹ De las 9 instituciones entrevistadas, sólo en dos instituciones no realizan asambleas familiares. Una de ellas, privada, donde manifiestan “no trabajamos con familias”, y la otra pública donde argumentan “por falta de presupuesto”.

³² Tal era el caso de los “demonios”, las “posesiones diabólicas”, la enfermedad como un “castigo”; asimismo, como dice Carballada (2010, p. 2) de la mano de estas concepciones también venían asociadas prácticas de intervención específicas, lógicas, esquemas de pensamiento, sistemas de

Hay 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 (Laureiro et al., 2017, p. 19).

Otro factor que se detecta es el tema de la temporalidad, que influye en que haya o no un desgaste en las familias, y ello repercute en que participen más o menos de las asambleas; los técnicos manifiestan que:

[al inicio de la enfermedad] 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 [...] 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 [...] 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 está, carga con una tensión muy fuerte y la otra parte del núcleo familiar no quiere venir [...] 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 (Laureiro et al., 2017, pp. 19-20).

A su vez, también se evidencian diferencias en las familias en que no todas se visualizan a sí mismas en sus posibilidades de constituirse como una *fuera viva*, con capacidad de incidir en el curso de las políticas públicas, y ello hace que no sea posible la formación de Asociaciones de familiares “con las familias nunca se logró formar un grupo de estables, no hemos podido constituirlos como grupo, como asociación de familiares” (Laureiro et al., 2017, p. 20)

Como es de apreciar los comentarios de los profesionales entrevistados dan cuenta de múltiples situaciones y factores, que ejercen en carácter de mediaciones, que marcan una brecha entre lo que las instituciones necesitan de las familias y lo que a ellas les es posible dar, y que explican las dificultades de trabajar con familias en salud mental.

explicación para comprender y modalidades de hacer que cimentaron subjetividades, se inscribieron en los cuerpos, en la vida cotidiana y en las instituciones.

CAPÍTULO 3 – Problematización y análisis

Como se ha expuesto, el cambio en el modelo de atención sugiere la participación de nuevos actores. Se pasa de una atención cuerpo a cuerpo, marcada por la relación psiquiatra-paciente, donde la familia no participaba de la terapéutica, a un modelo de atención integral donde los actores rehabilitadores serían la persona con TMSP, el psiquiatra tratante, el centro de rehabilitación con su correspondiente equipo interdisciplinario, la familia y la comunidad.

Centrando la atención en las familias, lo que se manifiesta es cierta desatención, ausencia, sólo un 10 % o menos participan de las asambleas multifamiliares o talleres de psicoeducación. De modo que el problema es que las propuestas de los centros de rehabilitación no logran captar la atención de las familias para que ellas puedan desempeñar su rol como “recurso de rehabilitación”.

Nos preguntamos acerca de este fenómeno, y en primera instancia uno es tentado a decir que hay una *herencia cultural*, en el rol que las familias han tenido históricamente con relación a los tratamientos, y ello puede llevar a sugerir que las familias *no saben qué hacer con ellos*.

Otro eje de análisis podría ser la presencia del paradigma sistémico en las intervenciones familiares que, con un fuerte arraigo en el ámbito profesional, ha incorporado algunas de las etiquetas surgidas de las especulaciones teóricas que apostaron por hipótesis unilaterales³³, que son escuchadas frecuentemente, que muestran a las familias “ausentes”, “desinteresadas”, “abandónicas”, “tóxicas”, y que atribuyen responsabilidad a las familias en la etiología de los TMSP.

Prueba de ello, por ejemplo, y es otro de los aspectos a problematizar de la concepción sistémica sería que “parte de la idea de que hay una estructura familiar normal y que modificaciones a esa organización estructural, indican

³³ Decimos unilaterales porque en la generación de estos conceptos, por ejemplo, el de “madre esquizofrenizante” todavía no se pensaba “en términos de relación madre o padre o hijo, sino en términos de epistemología correspondiente a la psicología individual. Se atiende a la madre desde el modelo individual intentando conceptualizarla intrapsíquicamente” (Vidal, 1992, pp. 12-13).

anormalidad, y aumentan la probabilidad que esa familia produzca patología en su seno” (Vidal, 1992, p. 28)³⁴. Se parte de un modelo ideal de familia, y al detectarse el tipo de desviación del que se trata, por el manejo de los límites, estamos frente a una “familia anárquica” o “familia desligada” o “familia aglutinada”, entre otras etiquetas estigmatizantes.

También se podría poner el acento, y no es un tema que abordaremos aquí, en la eficacia de los dispositivos para trabajar con las familias, la capacitación técnica, lo atractivo que pueden ser los talleres de psicoeducación para las familias, los recursos disponibles en las familias, entre otros aspectos.

El análisis y problematización que proponemos para comprender el problema que se plantea en torno a la intervención con familias en rehabilitación psicosocial pone el acento en lo social, en un intento de desresponsabilizar a las familias, desnaturalizar las relaciones, los vínculos afectivos y los cuidados informales como práctica familiar no remunerada y obligatoria. Se intenta con ello colocar una hipótesis tentativa sobre los problemas de intervención con familias en rehabilitación psicosocial a la luz de los *procesos de individualización social* en condiciones de *modernidad tardía*.

A tales efectos se abordará a continuación la siguiente temática: las principales transformaciones macro societarias y su impacto en las familias; los procesos de individualización social; el neofamiliarismo ideológico; y la presencia del enfoque del riesgo en las intervenciones familiares.

3.1 Transformaciones macro societarias y su impacto en las familias

Queremos hacer unos breves apuntes acerca del ascenso de la *modernidad*. Veremos la importancia de este lejano tema que sin embargo sigue repercutiendo en el presente, y veremos su relación con el tema que estamos abordando. Nuestra intención es mencionar brevemente, para recordar, el largo peregrinaje por el que vienen atravesando las relaciones familiares y que se

³⁴ La Terapia Familiar Sistémica ha sido bien recibida en el ámbito institucional dada su funcionalidad al orden instituido, en términos de *normalización* de la sociedad.

asocian con una fragilización de los vínculos, que en tiempos de la sociedad feudal operaron como soportes de protección.

La tradición sociológica (Marx, Weber, Durkheim) visualiza que el pasaje de las sociedades premodernas a las sociedades modernas vino de la mano con el pasaje de la comunidad a la sociedad. Es clásica la distinción entre comunidad y sociedad de Tonnies (1979)³⁵, y la relación de ese pasaje con el ascenso del individuo³⁶ en el contexto de la aparición de las sociedades modernas. Al decir de Giddens (1991) las dimensiones institucionales de la modernidad³⁷ han sido la industrialización y el capitalismo.

Estas transformaciones macro societarias señalaron el rumbo de profundos cambios en los modos de vida de las personas y de sus relaciones con su entorno social y natural.

La ruptura con los lazos feudales y su cosmovisión del mundo debilitó las protecciones de proximidad propias de ese orden: la comunidad, la vecindad y la familia. Ello no generó sociedades más libres, sino que condujo al fenómeno de la alienación del individuo³⁸.

Otra consecuencia de la irrupción del capitalismo fue que separó el trabajo de la esfera familiar, y ello también contrajo un debilitamiento de los vínculos

³⁵ La comunidad es una instancia percibida por sus miembros como una entidad natural y trascendental, unida mediante lazos familiares, religiosos y de amistad. Mientras que la sociedad, desprovista de su carácter trascendental y sagrado, será reconocida como un producto que es posible transformar, y el escenario urbano se constituye en el espacio de tejido de los vínculos sociales, que ya no se verán constreñidos por lazos exclusivamente religiosos, familiares o comunitarios.

³⁶ Individuo moderno en tanto liberado del sometimiento y tiranía de las ataduras propias del orden feudal: la religión (lo sagrado, lo trascendental) y las jerarquías sociales estamentales.

³⁷ "... en un sentido general para referirme a las instituciones y formas de comportamiento impuestos inicialmente en la Europa posterior al feudalismo, pero que en el siglo xx ganaran, debido a sus efectos, un carácter histórico mundial. El término modernidad puede ser considerado aproximadamente equivalente a la expresión mundo industrializado en cuanto se acepte que la industrialización no se reduce únicamente a su aspecto institucional... Utilizo la palabra industrialización para referirme a las relaciones sociales que deriva del empleo generalizado de la fuerza física y de la maquinaria en los procesos de producción. En este sentido, constituye uno de los ejes institucionales de la modernidad. Otro de sus aspectos es el capitalismo, término que debe ser entendido como sistema de producción de mercaderías que abarca tanto los mercados de productos competitivos como la transformación en mercancía de la fuerza de trabajo" (Giddens, 1991, pp. 26-27).

³⁸ La ruptura con el orden feudal, lejos de significar los inicios de una sociedad en la que los individuos conducen sus vidas libremente, conduce al fenómeno de la alienación del individuo en el mercado bajo el manto de la ideología del mercado libre donde todos perseguimos nuestros intereses particulares (Zizek, 2001, p. 360)

afectivos³⁹, además de convertirlo, cada vez más, en un ámbito individualista, donde predominan las competencias propias y la competencia para con los otros.

Ello también significó que el individuo tuviera que pensarse a sí mismo por fuera de lo divino, las tradiciones y supersticiones, lo sobrenatural y lo místico. El programa propuesto por la modernidad es que en adelante su supervivencia será su propia responsabilidad⁴⁰.

Derribadas las protecciones comunales del orden feudal, el Estado asume, en forma progresiva, como una de sus funciones, la integración social; y, lo realizará a través de intervenciones, que procuraran la inscripción del individuo en protecciones de carácter social. Este sistema de protecciones sociales se desarrolla fuertemente, asociado al mundo del trabajo, con los Estados de Bienestar desarrollados durante la «era de oro». Hobsbawm (1995, pp. 255-256) señala que la «era de oro» del capital (1945-1973) fue un fenómeno mundial.

Según Castel (2003) la inscripción del individuo en protecciones de carácter social permitió que los riesgos de la existencia fueran mutualizables, asumidos por el conjunto de la sociedad, al tiempo que permitió la aparición de la propiedad social para aquellos que no accedían a la propiedad privada. El mecanismo privilegiado para ello fue el seguro social⁴¹.

Por otra parte, estas transformaciones en las redes de protección llevaron a algunos críticos a sugerir la pérdida de funciones familiares (Lash 1984), que la reproducción de la sociedad había sido “socializada”⁴² y que la familia atravesaba por una especie de “crisis”⁴³.

³⁹ Bauman (2001) señala que el capitalismo separó la esfera de la producción del ámbito familiar, y así destruyó la asociación entre el trabajo como forma de ganarse la vida y los lazos afectivos, familiares y de vecindad (p. 166).

⁴⁰ La sociedad moderna es la primera formación social en la que al individuo se le atribuye la responsabilidad de su destino (Castel, 2003, p. 45)

⁴¹ Los seguros sociales se configuraron como el instrumento tecnológico que posibilitó la reducción de los riesgos, siendo la asistencia social el dispositivo destinado a los «casos sociales», los «minusválidos» y los «pobres» (Castel, 2003, p.42).

⁴² “la socialización de la producción – bajo control de la industria privada – proletarizó la mano de obra del mismo modo que la socialización de la reproducción proletarizó la paternidad, con el resultado de

El debilitamiento de los vínculos familiares era tal que llevó a Hobsbawm a afirmar que:

A cierta altura de la década de los setenta, reformadores sociales [...] golpeados por los efectos de la institucionalización sobre los enfermos o perturbados mentales, hicieron con éxito campaña para sacar del confinamiento a tantos de ellos como fuera posible, «a fin de recibir cuidados de la comunidad». Pero en las ciudades de Occidente no había más comunidad para cuidar de ellos. No había parentesco. Nadie los conocía. (Hobsbawm, 1995, p. 330)

Podríamos decir, a la luz de los anteriores aportes, que la familia no es algo natural, no es algo “dado”, abstracto, que sea así porque sí, la familia moderna (nuclear) es algo que ha sido fabricado y moldeado, para intervenir en ella sociopolíticamente, acorde a los requerimientos de las sociedades modernas.

¿Familia o Familias?

Entendemos aquí por familia “una institución social, creada y transformada por hombres y mujeres en su accionar cotidiano, individual y colectivo” (Jelin, 2016, p. 18).

Esta definición nos aleja de un lugar común que la palabra familia tiene en el imaginario colectivo y que alude a un conjunto de personas que viven bajo un mismo techo y que tienen roles adscriptos: padre, madre e hijos. En la bibliografía se señala este lugar común con el nombre de *familia nuclear* (Parsons, 1955)⁴⁴. Este lugar común no es algo natural, algo dado, que siempre haya sido igual; en este sentido, la familia es una construcción social (cultural e histórica)

que las personas fueran incapaces de satisfacer sus propias necesidades sin la supervisión de expertos profesionales” (Lasch, 1984, p. 42).

⁴³ “la familia no evolucionó simplemente en respuesta a influencias sociales y económicas, fue deliberadamente transformada por la intervención de planificadores y políticos” (Lasch, 1984, p. 36).

⁴⁴ La familia nuclear como modelo cultural ha tenido un desarrollo muy especial: idealizada como modelo normativo, asumida en términos de lo normal por las instituciones educativas, y de salud, la familia nuclear de mamá, papá y los hijos y las hijas se combina con una fuerte ideología familista, en la cual la consanguineidad y el parentesco han sido criterios básicos para definir las responsabilidades y obligaciones hacia los otros (Jelin 2016, pp. 136-137).

(...) o pressuposto de que a família é uma instituição social historicamente condicionada, introduzem a segunda ideia subjacente (...): a família não é a priori o lugar da felicidade. O florescimento da ideia que a família é o lugar de felicidade está vinculado justamente ao ocultamento de seu caráter histórico. Este ocultamiento permite pensarla como um grupo natural, e com isso veio também a naturalização de suas relações e o enaltecimento de sentimentos familiares, tais como amor materno, amor paterno, amor filial (Miotto, 1997, p.117).

Adherimos aquí al planteo de Elizabeth Jelin de considerar a la familia dentro de una óptica democrática

[...] plantear la perspectiva de democratización en la familia implica, como horizonte, un entorno de intimidad y convivencia planteado desde el respeto y el reconocimiento de todos sus miembros como sujetos de derecho, sin estar subordinados a un poder arbitrario, a menudo basado en la violencia (Jelin, 2016, p. 28).

La familia como parte del entramado de instituciones y prácticas sociales está ligada a las transformaciones sociales, económicas y culturales, no puede ser vista como una institución aislada, monolítica, natural, inmutable.

Los cambios que acontecen en la familia forman parte de los procesos de democratización de la vida cotidiana y de la extensión del “derecho a tener derechos” a todos los miembros de una sociedad (Jelin, 2016, p. 25).

A partir de ello la pregunta ¿familia o familias? refiere a los cambios⁴⁵ que indican nuevas formas de organización, constitución y composición de las familias. Presenciamos una creciente multiplicidad de arreglos familiares y de convivencia que llevan a Paredes (2003) a plantear la cuestión del tránsito hacia una segunda transición demográfica en Uruguay. Estos cambios no se entienden aquí como una crisis de la familia, sino que indican “una mayor libertad de elección, de la posibilidad de salir de relaciones conyugales insatisfactorias y de la introducción y expansión de nuevas formas de familia” (Jelin, 2016, pp. 118-119).

⁴⁵ Estos cambios aluden a la disminución en la tasa de matrimonios, el aumento de divorcios, el aumento de los hogares unipersonales, el aumento de los hogares monoparentales, madres solas con hijos a cargo, padres en la misma situación, etc.

3.2 Los procesos de individualización social

Hemos visto en el punto anterior cómo el ascenso de la modernidad afectó los lazos familiares en un proceso de creciente desarraigo de los vínculos. Veremos a continuación cómo sigue ese proceso en condiciones de *modernidad tardía*.

A partir de los años setenta comienzan a acontecer una serie de cambios enmarcados en la transformación de las formas institucionales típicas de la modernidad⁴⁶; Beck, Giddens y Lash acuerdan en que estas transformaciones pueden ser comprendidas bajo el término de *modernidad tardía* o *modernidad reflexiva*⁴⁷. Se indica con ello el pasaje de una sociedad industrial a una sociedad de riesgo, y se visualiza la individualización social como producto de la liberación del agente de las estructuras (Beck, Giddens y Lash, 1997).

Este pasaje en el régimen de acumulación y regulación sociopolítica es posible verlo en el campo de la salud mental con los procesos de desinstitucionalización que abren los muros *rígidos* de los hospitales psiquiátricos y dan paso a las intervenciones *flexibles* de los servicios de externalización. Acerca de este proceso, en Francia, se decía lo siguiente:

El tratamiento moral muere en el manicomio, pero de ese detrito sale una estructura flexibilizada [...] se desvanecen los puntos de sujeción objetivos y visibles [...] desde ahora la relación es más flexible, más móvil, fácilmente transferible y transportable prácticamente a donde sea, la violencia que siempre implica es más discreta, y al final invisible [...] No hay casi ninguno de los soportes objetivos de la relación médico-enfermo en la consulta privada (Castel, 1980, p. 298).

Esta flexibilización de la relación médico-enfermo supone cambios en las intervenciones. Con respecto a estos cambios en las intervenciones el autor afirma que se trata de:

⁴⁶ Harvey (1992), Netto (1996), y otros autores de reconocida trayectoria, sitúan estas transformaciones en el pasaje de un régimen de acumulación y regulación sociopolítica rígido (fordismo) hacia un régimen flexible (toyotismo) como respuesta a una crisis estructural del capital.

⁴⁷ Según estos autores, concebida como un avance en la libertad de los individuos, "la modernización reflexiva implica el potenciamiento de los sujetos [...] abre una genuina individualización, abre posibilidades positivas de subjetividad autónoma respecto a nuestros entornos naturales, social y psíquico (Beck, Giddens y Lash, 1997, p. 141)

[...] intervenir directamente sobre las “superficies de emergencia” de la locura en esas instituciones no sanitarias que son la escuela, el ejército, la familia... es la modalidad de la prevención la profilaxis, el chequeo. [...] También se transforma profundamente la naturaleza de la intervención. Se trata menos de curar que de prevenir, de evaluar riesgos, de detectar anomalías, de chequear aptitudes. También se trata menos de actuar sobre el individuo que modificar el medio con programas de higiene que no están necesariamente indexados medicamente. La función médica irradia. El especialista está a la vez presente y menos visible en todas partes (Castel, 1980, pp. 294-295)

Si en la modernidad, como se señaló anteriormente, según Giddens (1991) las dimensiones institucionales de la modernidad han sido la industrialización y el capitalismo, en la modernidad reflexiva entiende Lash (2006) que dos son los procesos epocales que modifican esencialmente los fundamentos de la convivencia en todos los campos de acción sociales: la individualización y la globalización (p. 30)⁴⁸.

Entendiendo el proceso de individualización en tanto responsabilización de problemas de origen social en individuos, familias y grupos determinados; y la individualización en tanto ruptura de hilos que unían al individuo al entramado social general:

La noción de individualización social remite a la percepción y definición de los problemas sociales como si fuesen problemas individuales, por medio de mecanismos que promueven la biografización y familiarización de lo social, esto es, la responsabilización creciente del individuo y de la familia en la construcción de sus trayectorias sociales (Mitjavila citada en Ortega 2008, pp. 14-15).

En este contexto, “los individuos se transforman en actores, constructores, malabaristas, directores de sus propias biografías e identidades, pero también de sus vínculos y redes sociales” (Beck, 2001, p. 235).

⁴⁸ Dejaremos el tema de la globalización de lado dado que excede los fines de este trabajo, pero nos parece importante señalar que “la otra cara de la globalización es la destradicionalización [...] Ello no quiere decir que la tradición no desempeñe ya ningún papel; con frecuencia ocurre todo lo contrario. Pero las tradiciones tienen que ser escogidas, y, muchas veces inventadas, y solo tienen fuerza a través de las decisiones y la experiencia de los individuos. Las fuentes de identidad colectiva y de grupo y de significado que caracterizan a la sociedad industrial (identidad étnica, conciencia de clase, fe en el progreso), cuyas formas de vida y nociones de seguridad sostuvieron las democracias y economías occidentales hasta los años setenta, pierden aquí su mística, y se desintegran, exhaustas” (Beck, 2001, p. 240).

El individuo está obligado a elegir y debe diseñar su proyecto de vida. Cada elección realizada conlleva riesgos que vuelven al individuo responsable por sus acciones. Dentro de este marco conceptual,

[...] no tenemos más elección que elegir cómo ser y cómo actuar [...] [las elecciones] son modos de hacerse cargo de la multiplicidad de posibilidades que ofrece cualquier aspecto de la vida cotidiana cuando se mira de la forma apropiada (Beck, Giddens y Lash, 1997, p. 97).

La otra cara de la creciente responsabilización de los individuos por los resultados obtenidos en la construcción de su proyecto biográfico:

[...] es que el fracaso se vuelve personal y deja de percibirse como una experiencia de clase en una «cultura de la pobreza». [...] Vivir nuestra propia vida significa asumir la responsabilidad de las desgracias personales y los hechos inesperados. En general, no se trata solo de una percepción individual, sino de una atribución vinculante desde el punto de vista cultural (Beck, 2001, p. 237)

Lash plantea que en este nuevo contexto existen «ganadores de la reflexividad» y «perdedores de la reflexividad». Entiende que existen «condiciones estructurales», que refieren a «un conjunto articulado de redes globales y *estructuras de información y comunicación*» (Lasch, 1997, p. 149), y que es el acceso o no acceso de los individuos a dichas estructuras lo que define la presencia de ganadores y perdedores de la reflexividad:

En la modernidad reflexiva, las oportunidades de vida —el resultado de quiénes han de ser los ganadores de la reflexividad y quiénes los perdedores de la reflexividad— depende, por contraste, del lugar en el «modo de información». Las oportunidades de vida en la modernidad reflexiva son cuestión de acceso no al capital productivo o a las estructuras de producción, sino del acceso a y del lugar en las nuevas estructuras de información y comunicación (Beck, Giddens y Lash, 1997, p. 150).

Estos autores cuestionan la intervención que el Estado de Bienestar llevó adelante sobre la pobreza, criticando la producción de dependencia en relación con los servicios asistenciales. Es así que, para estos autores «cuando pensamos en la política global, ya no es útil concebir algún tipo de gigantesco

Estado redistributivo del bienestar. Tenemos que pensar en otros términos [...] las medidas adoptadas para contrarrestar el subprivilegio deben ser capacitadoras» (Beck, Giddens y Lash, 1997, pp. 233-234).

Así, la creciente responsabilización individual viene de la mano de la pérdida de los soportes colectivos construidos durante los Estados de Bienestar, la protección y la seguridad dejan de estar ancladas a soportes colectivos y adoptan formas individualizadas, convirtiendo problemas sociales en riesgos individuales relacionados a estilos y modos de vida inadecuados.

3.3 ¿Hacia un “neofamiliarismo ideológico” en salud mental?

Los apuntes realizados en los apartados anteriores (3.1 y 3.2) refieren a transformaciones sociales de carácter global, pues sus efectos y consecuencias se despliegan a lo largo y ancho del planeta, aunque con diferencias marcadas según cada país. Veremos a continuación algunos aportes que describen el caso uruguayo.

Estudiando la vinculación entre Familia y Políticas Sociales, en el desarrollo del Estado de Bienestar en Uruguay, y en el pasaje de éste a un régimen neoliberal, en el que nos encontraríamos actualmente, Mónica De Martino (2001) ha puesto como hipótesis la existencia de una tendencia que denomina “neofamiliarismo ideológico” haciendo referencia a que se pretende que “las familias, como unidades políticas y económicas, asuman las consecuencias de la racionalidad global del modelo” (De Martino, 2001, p. 104).

Ello significa que ante la “crisis” del Estado de Bienestar, “la solución propuesta sería la responsabilidad e iniciativa doméstica para cubrir los diferentes servicios colectivos o sociales” (De Martino, 2001, p. 111).

Afirma que durante el *reformismo batllista*⁴⁹, “el Estado de Bienestar se expandió públicamente a partir de la articulación trabajo/ciudadanía con

⁴⁹ Diversos autores sitúan la construcción del Estado de Bienestar, en Uruguay, entre las primeras tres décadas del SXX, período conocido como Batllismo temprano según Panizza (1990). Un nuevo impulso

tendencia a la democratización de los procesos familiares y la articulación de roles públicos y privados” (De Martino, 2001, p. 110). Las Políticas Sociales cumplían una función de integración y eran consideradas como parte de la inversión y no un gasto. Y agrega que, “en tanto Estado de Bienestar, no existió una voluntad expresa de ‘modelar’ la vida familiar” (De Martino, 2001, p. 110).

Cuando el Estado de Bienestar entra en crisis, y se opera el pasaje hacia un modelo neoliberal⁵⁰, las Políticas Sociales pierden su función integradora, y consideradas como “una dimensión del gasto”, son concebidas como transitorias, ya no universales e integradoras: “En este contexto, las Políticas Sociales asumen tres características principales: privatización, focalización, descentralización” (De Martino, 2001, p. 106).

Este rol sociopolítico asignado a las familias, las coloca como *sujetos activos* dentro del modelo neoliberal, teniendo que asumir ellas los efectos de los recortes en el gasto público social, la privatización de los servicios, las deficiencias de las prestaciones, los cambios en los modelos de atención. Se podría coincidir con que el imperativo que se les coloca a las familias es el de ser “un agente activo en la implementación de nuevas formas de ejercicio del poder” (De Martino y Vecinday, 2011, p. 36).

¿De qué manera se manifiesta este “neofamiliarismo ideológico” en el campo de la salud mental?

reformador adquirió el proceso durante los años 1947-1958, conocido como *neobatllismo*. El *reformismo batllista* concebirá al Estado como garante del derecho a la vida y a la felicidad (De Martino, 2001, p. 19); la idea central que predominaba era la de *justicia social*: “Entiendo por Estado de Bienestar el que tiene una matriz de funciones de producción y distribución de bienes y servicios considerados necesarios para todos los individuos y el equilibrio social desmercantilizados con alta e igual calidad para toda la ciudadana y población a los que se accede por derecho positivo” (Narbondo, 2014, p. 20).

⁵⁰ El Estado neoliberal comienza a instalarse en Uruguay, y en el resto de los países de América Latina, luego de un período dictatorial, que para nuestro país abarcó los años 1973-1985, y puso fin al Estado de Bienestar construido en el período anterior. El neoliberalismo puede entenderse, en términos generales, como una doctrina político económica, ideológica, cultural y social que coloca el acento en lo tecnocrático y el equilibrio macroeconómico, pretendiendo reducir al máximo posible la intervención del Estado en todo aquello que respecta a lo económico y social, a través de la defensa del libre mercado capitalista como mejor garante del equilibrio institucional y del crecimiento de un país.

Entiendo por Estado neoliberal “aquel en el cual la lógica de acción dominante tiene por objetivo central y ordenador contribuir a construir y garantizar un orden político, económico, social y jurídico que permita garantizar y fomentar –tanto en el sector privado como en el sector público– la mayor ampliación posible de los bienes y servicios mercantilizados para aumentar las posibilidades del capital privado de alcanzar las mayores ganancias posibles en la libre competencia mercantil” (Harbando, 2011^a citado en Narbondo, 2014, p. 14).

Como metodología de intervención se diseña un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) en el cual la implicación del usuario y su familia son esenciales: “si no se da la participación e implicación del usuario y de su familia dicho Plan no pasaría de ser una ‘receta’ del profesional para solucionar una situación evaluada, y las posibilidades de su desarrollo real serían muy escasas” (IMSERSO, 2007, p. 37).

De modo que lo que hoy no abarca el Estado queda, en parte, bajo la responsabilidad de las familias. Hay que preguntarse inmediatamente si estas familias están en condiciones de hacerse cargo de esta demanda sociopolítica que se les realiza. Ello porque, recordemos, durante el período denominado como Estado de Bienestar, se ha constatado como tendencia “la transferencia desde la familia y la comunidad hacia las instituciones estatales de la responsabilidad sobre los pobres, dependientes y ‘díscolos’” (De Martino, 2001, p. 108). Esto parece ser bastante claro en el ámbito de la salud mental, a partir de la creación de los hospitales psiquiátricos y las colonias de alienados.

Entonces, de lo que nos habla este “neofamiliarismo ideológico” es de uno de los efectos⁵¹ de los procesos de desinstitucionalización en el área de la salud mental: la responsabilización de las familias por los cuidados de las personas con TMSP acentuada principalmente en las mujeres, responsabilización de la dinámica familiar por cuanto puede afectar el curso de la enfermedad, responsabilización también al ser consideradas agentes activos de salud (como *recurso de rehabilitación*). Ello parecería ser constatable a partir de los modelos de intervención presentados anteriormente.

Como veíamos, es clave la centralidad de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial, y en base a ello surgen propuestas de nuevas funciones que debe asumir, siendo pensada, tratada, asumida, como objeto que se debe modelar mediante estrategias que proponen la “intrusión de

⁵¹ Dígase de paso que son efectos por demás estudiados, analizados, descriptos en aquellos países que han iniciado procesos de desinstitucionalización más tempranamente (Amarante (2006) da cuenta que en Brasil la reforma inicia entre 1978 y 1980); y, por lo tanto, efectos que pueden ser previsibles y de interés para la formulación de diferentes políticas públicas en nuestro país.

sistemas abstractos”⁵² en el hogar para capacitar a la familia en el desarrollo de sus nuevas funciones⁵³.

Para poner algún ejemplo de este modelaje familiar en las propuestas de rehabilitación psicosocial se propone trabajar en el aumento de las “competencias” a través de estrategias psicoeducativas que propicien el cambio de conductas por medio de fortalecer habilidades de comunicación, proporcionar estrategias de resolución de problemas o talleres de habilidades de supervivencia.

Es posible, desde este punto de vista, advertir la profundización de otra tendencia ya en curso: “el tránsito de modalidades de intervención sustitutivas de la familia hacia modalidades prescriptivas sobre la misma” (Vecinday, 2003, p. 71).

Las pautas de convivencia familiar son las que deben ser transformadas mediante estrategias de capacitación, de socialización y de transferencia de herramientas, técnicas y conocimientos para contrarrestar la “sobrecarga” de convivir con la esquizofrenia.

Parecería ser que, en los diagnósticos y evaluaciones, cada vez más, se recurre a las historias individuales y familiares, a sus trayectorias particulares, dejando en un plano, por lo general secundario, el entramado social, sus transformaciones, sus presiones sobre los individuos, por ser demasiado abstracto para algunos, o demasiado poco manejable para otros.

Por ejemplo, en el modelo 2 se recomienda la intervención familiar para generar un “cambio de conducta”, que posibilite “mejorar la comunicación familiar, desarrollar estrategias eficaces de solución de problemas”. Prescripción de formas de comportarse, comunicarse, relacionarse.

⁵² Entendida como el desplazamiento y la reapropiación del conocimiento experto social especializado (Guiddens (1997) citado en De Martino y Vecinday, 2011, p. 36)

⁵³ Desde otra mirada crítica, el depender cada vez más de sistemas expertos hasta para los ámbitos más cotidianos de la vida “no es sino otro aspecto de la insidiosa emergencia de un dominio de clase de nuevo tipo (Pérez Soto (2016) citado en Díaz y Ramírez, 2017, p. 211)

Al centrar la cuestión en los comportamientos individuales vinculados al estilo de vida de las familias, se apela al despliegue de estrategias de autocuidado, sin que se esté planteando una protección susceptible de ser socializada.

Al explicar los problemas como problemas individuales y ofrecer respuestas a partir de la consideración de ciertos atributos individuales y familiares, ¿ello significaría que se está poniendo en cuestión la centralidad de los derechos sociales?

Estas exigencias a las familias, sobre todo a las más vulnerables, cuando no son acompañadas de soportes materiales que les brinden sustento para poder enfrentar la cotidianeidad de convivir con una persona con TMSP, las colocan en situación de vulnerabilidad, las hacen frágiles, ponen en riesgo su supervivencia o lo poco que tienen.

Si nos acercamos a estas familias, se podrá acceder a su impresión de que la situación de las familias es de un profundo desasosiego, ya que no encuentran ni en ellos, ni en su medio próximo, ni en la asistencia otorgada actualmente, las condiciones necesarias, los esfuerzos desplegados, los registros oportunos, que les garanticen las condiciones necesarias (no mínimas) de subsistencia como para que ellas puedan responder a las demandas que se le colocan.

Insustancialidad de la asistencia, por cuanto la asistencia sólo se materializa en un sostén psicológico, o en talleres de psicoeducación. Castel se refiere a este punto como *norma de interioridad*, haciendo referencia con ello a que “se intenta modificar la conducta de los individuos con dificultades incitándolos a cambiar sus representaciones y reforzar sus motivaciones para salir, como si fueran ellos los principales responsables de la situación en la que se encuentran” (Castel, 2004, p. 97)

¿Se podría desprender de lo anteriormente expuesto que es la familia quien debe soportar en sus hombros los efectos de los procesos de desinstitucionalización en curso? ¿Qué régimen de bienestar se está perfilando cuando la asistencia a las familias carece de materialidad? ¿Cómo podría implementarse la idea de un seguro social o una pensión social para estas familias, sin que sea asistencialista, sino un derecho social legítimo?

Como es posible apreciar, las intervenciones familiares propuestas no son todas universales, en el sentido de que se propongan para toda la población en cuestión, es decir aquellas familias que conviven con personas que padecen algún TMSP. El criterio que se utiliza para la decisión es intervenir en aquellas familias que puedan implicar mayor vulnerabilidad para la persona con TMSP. De ello se desprende otra de las dimensiones a analizar (lo que haremos a continuación) que es la presencia del enfoque o categoría conceptual del *riesgo*.

3.4 Algunas reflexiones sobre el enfoque o categoría del riesgo en las intervenciones familiares de personas con TMSP

El punto anterior se encuentra intrínsecamente ligado a este y si se los separa es sólo a efectos analíticos. La interrelación se encuentra en que las estrategias actuales de protección social se procesan en base a la categoría del riesgo, que visualiza los problemas sociales como riesgos, y prescribe intervenciones individualizantes, que responsabilizan individuos, familias y grupos.

¿Por qué se hace necesario problematizar el uso de la noción de riesgo para las intervenciones familiares en rehabilitación psicosocial?

El enfoque de riesgo se define como

Un método que se emplea para medir las necesidades de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades en salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Es un enfoque no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención (OPS: 1980 citado en Bentura, 2009, p. 22).⁵⁴

Por ejemplo, el PIPSM en la fijación de prioridades delinea que:

⁵⁴ Según la autora, el concepto es de uso cotidiano en los discursos de trabajadores de la salud, luego de la Declaración de Alma Ata, en la que se prioriza el enfoque de riesgo como el método que permitirá el logro de la equidad en los sistemas de salud; es uno de los elementos que definen a la estrategia de Atención Primaria en Salud que pretende el logro de una “salud para todos” (Bentura, 2009, p. 21)

Los servicios de salud no están brindando respuesta adecuada y efectiva a la demanda y que la atención a los grupos vulnerables o en riesgo con necesidades especiales requiere de una consideración prioritaria. Los factores de riesgo y de protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida y muchos de ellos pueden modificarse (MSP, 2011, p. 8).

Se observa también la presencia de la categoría de riesgo en la propia teoría acerca de la esquizofrenia.

Los modelos de intervención familiar, que describimos más arriba, tienen en común que parten de los supuestos teóricos de la Teoría de la Vulnerabilidad y el constructo Emoción Expresada (EE). ¿De qué forma se introduce la categoría de riesgo en las intervenciones familiares? ¿Cuál es la necesidad de su existencia? ¿Cómo se manifiesta el enfoque de riesgo en estos marcos teóricos? ¿Cuál es su utilidad? ¿Qué beneficios reporta?

Como hemos presentado, se considera al sujeto con esquizofrenia como una persona altamente “vulnerable” a “variables moderadoras” internas (su personalidad) o externas (la familia, la red social extensa, etc.). Se establecen relaciones causales del tipo a mayor grado de estrés, mayor vulnerabilidad. ¿Qué puede provocar mayores grados de estrés?: según los autores, la influencia (negativa) que genera en la persona vulnerable la presencia de esa variable.

De modo que el ambiente familiar, al ser una variable externa, puede constituirse como un “factor amenazante”; y, de ello, que se desprendan los cuatro tipos de ambientes familiares que se consideran “tóxicos”. Los repetimos para que no haya confusión: “ambientes cognitivamente confusos (comunicación desviada); ambientes críticos e intrusivos; ambientes excesivamente demandantes; y, ambientes físicamente amenazantes” (De la Hoz Garcimartín et al., 2006, p. 274).

Nuevamente, como es posible apreciar, esto podría llevar a una responsabilización de la familia, en este caso como factor en interacción con otros factores (orgánicos, psíquicos). En este sentido, la familia vuelve a ser puesta en cuestión como un riesgo para la persona con TMSP.

Ejemplo de ello es que se identifica a la “alta emoción expresada familiar” como uno de los “factores de riesgo medioambientales” (IMSERSO, 2007, p. 19), en los cuales se hace necesario intervenir para generar cambios en “actitudes”, “comportamientos”, “conductas”, propiciadoras de mayores niveles de stress en la persona con TMS. Por ejemplo, recordemos las cuatro características, citadas anteriormente, presentes en las “actitudes” de las familias, descritas por Vaughn y Leff (1981): “intromisión con respecto a su familiar enfermo; enfado y ansiedad aguda; manifiesta culpabilización del familiar enfermo; marcada intolerancia a los síntomas y al deterioro a largo plazo” (IMSERSO, 2007, p. 19). Con base en estos aportes concluyen que “parece estar demostrado que las personas afectadas de una enfermedad mental grave y persistente cuyo estilo afectivo familiar es de alta emoción expresada tienden a recaer con más facilidad si el período diario de contacto con la familia es alto” (IMSERSO, 2007, p. 19).

La relación de causalidad entre familia y el curso de la esquizofrenia es tal que para algunos autores

[...] resulta lógico pensar que un alto nivel de EE puede ser una fuente de estrés mucho más importante si la vulnerabilidad del paciente es mayor, si su red social es más estrecha y menos cohesionada (ejerciendo, por lo tanto, en menor medida su efecto protector), o, finalmente, si el paciente dispone de estrategias cognitivas que le permiten minimizar el efecto desfavorable de estas manifestaciones negativas de emoción (Vizcarro y Arévalo, 1987, pp. 94-95).

Hablando acerca de la utilización del enfoque de riesgo en el área de la salud mental Celmira Bentura da cuenta de su *sutil y aparente “ingenuidad”*, y señala que “Habitualmente el riesgo es utilizado como un concepto neutro, sin realizar un análisis del mismo y tomándolo como una herramienta “de vanguardia” o innovadora encubriendo sus raíces conservadoras” (Bentura, 2009, p. 22).

Y Mitjavila, a propósito de la versatilidad del concepto de riesgo, aporta que:

[...] a linguagem do risco possui a propriedade de permanecer aberta à construção de múltiplos significados sociais. A análise do dispositivo permitiu observar, através da modelização de traços típicos ideais da gestão dos riscos, a justaposição de elementos socio referenciais (risco como perigo) e técnico

instrumentais (risco como probabilidade) nas práticas e nos discursos de um mesmo agente ou instituição (Mitjavila, 1999, p. 256 citado en Bentura, 2000, p. 22).

El constructo EE es una medida de evaluación que designa el curso de las intervenciones. Clasifica a las familias, básicamente, en dos grupos: familias con alta emoción expresada (AEE) y familias con baja emoción expresada (BEE), siendo estas últimas, como vimos anteriormente, en las que se considera necesario intervenir. Pero, el punto que encontramos problemático es que esta clasificación, como toda construcción teórica, parte de una abstracción, que correlaciona estadísticamente diversos elementos, que se constituyen en factores susceptibles de producir un riesgo. Piénsese en la infinidad de situaciones, que se dan con concurrencia, que pueden ocasionar o desencadenar “comentarios críticos” o una “sobre implicación emocional”.

Paralelamente, si se habla del enfoque de riesgo como encubridor de raíces conservadoras no es por azar, sino justamente es porque en la historia hay hechos concretos que dan cuenta de ello. Como ejemplo, hacia mediados del SXIX, “Morel había visto bien la necesidad de intervenir *in vivo* sobre las condiciones susceptibles de producir riesgo” (Castel, 1986, p. 227); hablando sobre “profilaxis preservadora” se escribía lo siguiente:

[...] consiste únicamente en intentar modificar las condiciones intelectuales, físicas y morales de aquellos que, por motivos diversos, han sido separados del resto de los hombres; dicha profilaxis debe proporcionarles armas por así decir contra ellos mismos antes de devolverlos al medio social, con el fin de atenuar el número de recaídas (Morel, 1857, p. 691 citado en Castel, 1986, p. 225).

Si observamos las propuestas de intervención familiar que surgen a partir del constructo Emoción Expresada ¿No existe acaso una similitud en los términos, y una inversión en el sujeto de la intervención? Es a la familia a la que hay que “modificar” en sus actitudes, conductas, comportamientos. Es a la familia a la que hay que “armar”, empoderar, a partir de los talleres o asambleas de psicoeducación. Y ello con el fin de evitar la “sobrecarga familiar”, y “atenuar el número de recaídas”.

No parece ser tanto que las familias estén en riesgo⁵⁵, sino que las familias son un riesgo para las personas con TMSP ¿Acaso no conlleva esto la posibilidad de diagnosticar una infinidad de situaciones de la vida cotidiana como probabilidades de producir un riesgo? ¿Quién es un riesgo y para quién?, en ello creemos que es posible ubicar una de las ambigüedades de los diagnósticos y de las intervenciones con familias que encontramos hoy en día bajo la óptica del enfoque del riesgo.

La concepción de riesgo bajo este enfoque deja de ser social y estar orientada hacia la protección y seguridad; se inclina, en cambio, hacia un plano más individual que depende de decisiones particulares. Plantea Castel (1986) que en esta concepción:

Un riesgo no es el resultado de un peligro concreto del que es portador un individuo o incluso un grupo determinado, sino que es un efecto de la correlación de datos abstractos o *factores* que hacen más o menos probable la materialización de comportamientos indeseables (p. 229).

Y aporta que ello conlleva una:

Concepción de la prevención que [...] pretende construir las condiciones objetivas de aparición del peligro para deducir de ellas nuevas modalidades de intervención [...] espacio generalizado de factores de riesgo que marca el paso de la peligrosidad al riesgo que implica una multiplicación infinita de posibilidades de intervención (Castel, 1986, p. 232).

Aun aceptando el enfoque del riesgo, nos es inevitable preguntarnos lo siguiente ¿de qué tipo de riesgos se trata? Nos surge como pregunta que nos interpela como futuros profesionales porque tiene que ver con la dimensión ético-política de toda profesión, e interpela al sentido socio político de la intervención.

Si bien se trata de riesgos “clásicos”, es decir, sociales (desempleo o criminalidad, por ejemplo), la forma de presentarlos, visualizarlos, combatirlos, alude a rasgos individuales de personas y familias que se consideran inadecuados.

⁵⁵ Por la vulnerabilidad a la que se les expone dada la sobreexigencia de las demandas que se le realiza.

Como es posible apreciar, los riesgos a los que se refieren las intervenciones familiares son a futuro, son *probables*: lo que se nos está diciendo es que es probable que una familia se constituya en un factor de stress para la persona con TMSP; y, como esos riesgos hay que prevenirlos, por ello las intervenciones son, algunas, *prescriptivas*, en el sentido que describíamos anteriormente: hay que modificar actitudes, conductas, comportamientos.

¿Se trata de normalizar, como si hubiese un sólo modo de comportarse, una conducta aceptable, un tipo de actitud acorde a las necesidades de la persona con TMSP, a las necesidades del proceso de rehabilitación, del equipo técnico que interviene? ¿Cómo y quién determina cuáles son las características y comportamientos individuales correctos o deseables? ¿Con base en qué criterios o intereses?

¿Se podría desprender de lo anteriormente expuesto que es la familia quien debe soportar en sus hombros los efectos de los procesos de desinstitucionalización en curso? ¿Qué régimen de bienestar se está perfilando cuando la asistencia a las familias carece de materialidad? ¿Cómo podría implementarse la idea de un seguro social o una pensión social para estas familias, sin que sea asistencialista, sino un derecho social legítimo?

Reflexiones finales

Lo expuesto en este trabajo no permite determinar conclusiones definitivas ni arribar a explicaciones cerradas que den cuenta de los por qué, según el discurso de las instituciones de rehabilitación psicosocial, existe cierta resistencia de parte de las familias de personas con TMSP para hacerse cargo de sus cuidados. El abordaje del tema ha sido incompleto, limitado, existen múltiples factores que inciden y actúan como mediaciones, y abordarlos en su totalidad requeriría de otro tipo de trabajo.

Hemos intentado problematizar, desde un punto de vista social, la consideración de las familias, como recurso de rehabilitación, para asumir las demandas sociopolíticas que desde las instituciones sanitarias se les demanda. Para ello se realizó un breve recorrido histórico para mostrar cómo el ascenso

de la modernidad y con ella, el del individuo moderno, afectó las fortalezas de los lazos familiares, y esa tendencia se profundizó con los procesos de individualización social en curso.

A partir de ello creemos que resulta paradójico el lugar que se asigna a las familias como espacio de cuidado, soporte y contención de las personas con TMSP. Por un lado, ello trae aparejado un cálculo estimable en términos de ahorro para el presupuesto nacional. Por otra parte, ese lugar implicaría una naturalización de la familia como lugar de solidaridades recíprocas con base en lazos de consanguineidad; tal vez, no podemos afirmarlo, pero lo que sí está profundizándose es su consideración como ¿única alternativa para el cuidado y protección de las personas con TMSP?.

La tendencia a ver en la familia un *recurso de rehabilitación*, también ha sido problematizada cuando las intervenciones se reducen a tratamientos conductuales, donde lo que prevalece es la *norma de interioridad* (Castel 2004), que termina llevando a una creciente responsabilización y culpabilización de la familia en los diagnósticos y en el curso del padecimiento mental. A esto es a lo que se refiere De Martino (2001) con el concepto de *neofamiliarismo ideológico*.

Entendemos que, para evitar arbitrariedades de parte de los profesionales y poderes públicos, las familias tienen un gran potencial para constituirse como una *fuerza viva* con capacidad de incidir en las decisiones de políticas públicas. Por ello vemos positivamente las intervenciones que proponen la creación o el fortalecimiento de espacios de control ciudadano y seguimiento de cumplimiento de derechos como lo son las asociaciones de familiares y usuarios. El enfoque de derechos humanos en salud mental contribuye en este punto al ver a las familias como sujetos de derecho, con derecho a la atención y participación.

El esfuerzo en cuanto al fortalecimiento de las políticas sociales dirigidas a familiares de personas con TMSP dará cuenta del tipo de régimen de bienestar existente en Uruguay. Las transformaciones actuales en el sistema de atención a la salud mental deberían tomar en cuenta sus necesidades materiales de vida

que, sobrecargadas en los cuidados de forma determinada y determinante de sus posibilidades de vida, requieren de soportes institucionales que las acompañen. Es necesario, imperioso, urgente que, desde el Estado, se le brinde legitimidad y reconocimiento al cuidado, facilitando y promoviendo procesos de *desfamiliarización* de los cuidados.

Con ello entendemos que los instrumentos de protección social que se generen para las familias requieren de políticas públicas que reflejen sus funciones integrativas y redistributivas con el fin de contrarrestar las protecciones sociales individualizadas e individualizantes, y de disminuir las desigualdades sociales que delimitan las fronteras que separan los incluidos de los excluidos de la sociedad.

En base a ello cabe preguntarse en qué medida las políticas públicas y dentro de ellas las políticas sociales responden o no a las necesidades de las familias que conviven diariamente con personas con TMSP. ¿En quién recaerá la responsabilidad por los cuidados? ¿Serán las familias quienes tengan que cargar sobre sus hombros el peso de las transformaciones en el sistema de atención a la salud mental de la población? ¿Se están previendo los recursos, económicos, profesionales, institucionales, necesarios para acompañar a las familias en este rol que se les atribuye de cuidadores informales? ¿En el actual contexto, cómo podemos visualizar la presencia de un Estado que garantice la salud de los familiares expuestos a la sobrecarga que les genera el tener que cuidar de personas con TMSP sin los soportes materiales e institucionales necesarios? ¿Cuáles son los límites y desafíos que se visualizan al dejar en manos de las familias la responsabilidad por los cuidados de las personas con TMSP? ¿De qué forma se visualiza una materialización de la responsabilidad por los cuidados en términos de derecho social?

Todas estas actuales interrogantes, y otras, aún sin respuesta, se encuentran dentro de los desafíos vigentes que evidencian las transformaciones en curso en el actual sistema de atención a la salud mental. Las respuestas dependerán del desarrollo que tome la futura implementación de políticas públicas destinadas a atender las necesidades de las familias que conviven con personas con TMSP.

Bibliografía

Amico, L. (2004). "Desmanicomialización: 'Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental'". En: *Margen*. [Online] Edición N° 35. Recuperado de:

<http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html#sdfootnote18anc>.

Amico, L. (2005). *La institucionalización de la locura: la intervención del trabajo social en alternativas de atención*. Buenos Aires: Espacio.

Badaracco, J. (2000) *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.

Becerra G, J. A. (2008). "El constructo Emoción Expresada en la esquizofrenia". En: *Portales Médicos* [On Line]. Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1053/1/El-constructo-emocion-expresada-en-la-esquizofrenia.html>

Beck, U. (1998). *La sociedad del Riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.

Beck, U. Comp. (2006). *Hijos de la libertad*. 2ª ed. 1ª reimp. México: FCE.

Beck, U., Giddens, A. y Lash, S. (1997). *Modernidad reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza

Bentura, C. y Mitjavila, M. R. (2012). *Sobre los dispositivos posmanicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya*. 13° Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, Trabalhos Completos. (1) 1-9 São Paulo. Recuperado de: http://www.13snhct.sbhct.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf

Bentura, C. (2009). *La sutil y aparente "ingenuidad" del concepto de riesgo en el campo de la salud*. En: *Fronteras*, N°5, pp. 21-34.

Carballeda, A. (2010). "La Medicalización de la Vida Cotidiana como trasfondo de la Intervención Social. Una revisión del concepto de 'determinantes del medio'". En *Margen* [Online] Primavera – Edición N° 59, pp 1-10. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen59/carballeda.pdf>

Casarotti, H. (2007). "Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en Uruguay". En: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol 71 - N° 2, pp 153-163.

Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico. La edad del oro del alienismo*. 1ª ed. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.

Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. (De la antipsiquiatría al post-análisis)*. Barcelona: Anagrama.

Castel, R. (1986). "De la peligrosidad al riesgo". En Wright Milles, C. y Foucault, M. et al. *Materiales de sociología crítica*. Madrid: Ediciones de La Piqueta, pp 219-243.

Castel, R. (2003). *Propiedad privada, propiedad social, propiedad de sí mismo. Conversaciones sobre la construcción del individuo moderno*. Rosario: Homo Sapiens.

Castel, R. (2004). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires: Manantial

De la Hoz Garcimartín, M. Á. 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, N. (2013). *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. Art. 2. Montevideo: UdelaR - CSIC. Recuperado de: www.csic.edu.uy/renderResource/index/resourceId/33327/siteId/3

De Martino, M. (1998). "Políticas sociales y familia. Estado de bienestar y neoliberalismo familiarista". En *Revista Fronteras*, N° 4. Montevideo: UdelaR – FCS - DTS.

De Martino, M. y Vecinday, L. (2011). "Notas sobre nuevas formas de gestión de la pobreza: individualización, informatización y responsabilidad familiar de los problemas sociales. En Revista *Tendencia & retos* N° 16, noviembre. Colombia, pp 33-42.

De Martino, M. (2014). *Familias y Estado en Uruguay: continuidades críticas 1984-2009: lecturas desde el Trabajo Social*. Montevideo: CSIC – Udelar. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/4624>

Del Castillo, R., Villar, M., y Dogmanas, D. (2011). "Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay". En: *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. Vol. 1, N° 4, noviembre, pp. 83-96. Recuperado de: <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102>

Díaz, A., y Ramírez, R. (2017). "Interdisciplinariedad y salud mental comunitaria". En: *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. GSMC – Udelar. Montevideo: Psicolibros.

Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias. Familia, sociedad y poder*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Fernández, C. P. (2016). *Estudio de la eficacia de un programa de intervención psicosocial en la prevención o reducción de la sobrecarga del cuidador del paciente con trastorno de esquizofrenia o trastorno esquizoactivo (EDUCA-III)*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Fernández Castrillo, B. (2017). *Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista*. Montevideo: Ediciones Universitarias. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/10667>

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

Foucault, M. (2012). *El poder psiquiátrico*. 1ª ed. 3ª reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2011). *Seguridad, territorio, población*. 1ª ed. 4ª reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2011). *Los anormales*. 1ª ed. 7ª reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

García Austt, E. y Sicco, A. (1931). "Asistencia familiar en el Uruguay. Informe presentado a la Asistencia Pública Nacional". En: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol 2 – N° 10-11-12 (julio, agosto, octubre), pp 887-905.

Garmendia, F. (1930). "La asistencia familiar de alienados en Uruguay". En *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 2, N° N° 7, pp 639-656. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/vertex13.php>

Gisbert Aguilar, C. Coord. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Recuperado de: http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf

Grupo de Salud Mental Comunitaria de la UdelaR. (2017). *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Montevideo: Psicolibros

Gutiérrez, E., Escudero, V., Valero, J. A., Vázquez, M. C., et al (1988) "Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia: II". En: *Análisis y modificación de la conducta*. Vol N°15, N° 40, pp 275-316

Jelin, E. (2016). *Pan y Afectos: la transformación de las familias*. 2ª ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Jones, M. (1968). *Más allá de la comunidad terapéutica. Aprendizaje Social y Psiquiatría Social*. Buenos Aires: Genitor

Laing, R. (1972). *Esquizofrenia y presión social*. Barcelona: Tusquets.

Laing, R. y Esterson, A. (1986). *Cordura, locura y familia: familias de esquizofrénicos*. 1ª ed. 3ª reimp. México: Fondo de Cultura Económica.

IMSERSO. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Doc. N°21005. 1ª ed. España. Recuperado de:

<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf>

IMSERSO. (2007). *Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial*. Doc. N°21016. 1ª ed. España: recuperado de:

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/crehabpsico21016.pdf>

Mioto, R. (1997). "Familia y Servicio Social. Contribuciones para el debate". En: Revista *Servicio Social e Sociedade*. Año XVIII N°55. San Pablo, Brasil: Cortez, pp 114-129.

Mitjavila, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Documento de trabajo N°33. Montevideo: UdelaR – FCS. Departamento de Sociología.

Narbondó, P. (2014). "Estado neoliberal, Estado desarrollista y Estado de bienestar universalista. Definiciones conceptuales y aplicación a una caracterización preliminar de algunas de las reformas del estado y del sector público de los gobiernos del Frente Amplio". Documento On-Line / UR. FCS-DGP; N°2-2014.

Natela, G. R. (2017). "Salud mental comunitaria en acción: el problema de la formación profesional". En GSMC: *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. EI – UdelaR. Montevideo: Psicolibros, pp. 237-263.

Ortega, E. (2008). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Montevideo: Trilce.

Ortega, E. y Vecinday, L. (2009). "De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social". En: *Fronteras* N°5. UdelaR – FCS – DTS, pp 11-20

Paredes, M. (2003). "Los cambios en la familia en Uruguay: ¿Hacia una segunda transición demográfica?". En: *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*. UNICEF – UDELAR. Recuperado de: http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf

Parsons, T.; Bales, R. (1955). *Family, Socialization and Interaction Process*. Cap. 1: *La familia norteamericana*. FCU. Mdeo. s/f. Recuperado de: <http://www.csun.edu/~snk1966/T.%20Parsons%20The%20American%20Family.pdf>

Paulo Bevilacqua, L. (2017). “Intersectorialidad como fundamento político y expresión funcional/tecnológica en dos programas sociales de proximidad”. En: *Fronteras* N° 10, pp. 41-54.

Ribe Buitrón, J. M. (2014). *El cuidador principal del paciente con esquizofrenia: calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional*. Tesis de doctorado. Universidad Ramón Llull Facultad de Psicología: Barcelona.

Rodríguez González, Abelardo. (2003). “Organización de cuidados comunitarios. El papel de la atención psicosocial y social en la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental grave y crónica”. En: *Atención comunitaria, rehabilitación y empleo. Actas del II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental. II Congreso Ibérico de Salud Mental*. Publicaciones del IINICO: Salamanca, pp. 67-95. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6579/Actas_rehabilitacion.pdf

Rossi, S. C. (1914). *El alienado y la sociedad: asistencia y legislación*. Montevideo.

Stolkiner, A. (2017). “El enfoque interdisciplinario en el campo de la Salud”. En GSMC: *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. El – UdelaR. Montevideo: Psicolibros, pp. 185-206.

Techera, A., Ismael, A., y Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido: un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: UdelaR – CSIC.

Touriño González, R. et al. (2007). *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. 2ª edición. Barcelona: Glosa.

Vallina F, O., y Lemos G, S. (2000). “Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia”. En *Psicothema* [online], Vol. 12, N° 4, pp 671-681. Recuperado de: <http://www.psicothema.es/pdf/388.pdf>.

Vecinday, L. (2014). *Protección social en Uruguay: Transformaciones institucionales y tecnológicas del esquema de protección social en el Uruguay. El caso del Plan CAIF 2003-2009*. Montevideo: UdelaR – CSIC.

Vidal, R. (1991). *Conflicto Psíquico y Estructura Familiar*. Montevideo: Editorial Ciencias

Viscarro, C., y Arévalo, J. (1987). “Emoción Expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicancias pronosticas y terapéuticas”. En: *Estudios de Psicología*, pp 89-109. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/65969.pdf>