

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**  
**Tesis Licenciatura en Trabajo Social**

**Rehabilitación y familia: una mirada  
desde el Trabajo Social**

**Nelsy Suhr Allío**  
Tutora: Celmira Bentura

**2018**

## **Agradecimientos**

El agradecimiento de esta monografía es dirigido a todos aquellos que brindaron su apoyo incondicional en este camino de formación profesional, que sin ellos muchos de los logros no serían posibles. El orden en que están mencionados no implica necesariamente el grado de importancia.

A Celmira Bentura, tutora que supo ser comprensiva con la situación, por la paciencia, la disposición y el aporte de ideas en el proceso. A María José Beltrán, quien inició conmigo esta monografía pero que por la llegada de Amadeo no pudo continuar.

A mis padres, los pilares fundamentales en este recorrido; a la familia que impulsó a seguir y estuvo a disposición siempre. A los amigos que ya son parte de mi familia, que comprendieron y compartieron conmigo cada alegría y cada tristeza que generó este proceso de estudiante universitaria.

A Él... que aportó ese abrazo único cuando todo parecía ir en contra.

A cada persona que formó parte de este camino aportando lo suyo para poder formarme como profesional. A la Facultad que además de formarme como profesional, me brindó amistades únicas.

A todos ellos, ¡MUCHAS GRACIAS!

## **Tabla de contenidos**

<b>Resumen</b>	Pág. 1
<b>Introducción</b>	Pág. 2
<b>Capítulo I</b>	
1.1 Evolución histórica respecto a la concepción de la enfermedad mental	Pág. 8
1.2 Mirada histórica de la atención de la Salud Mental en Uruguay	Pág. 11
1.3 Rol de la familia en la historia de la rehabilitación de la enfermedad mental en Uruguay	Pág. 17
<b>Capítulo II</b>	
2.1 Rehabilitación	Pág. 20
2.2 Rehabilitación y familia	Pág. 22
<b>Capítulo III</b>	
3.1 Intervención familiar en la rehabilitación	Pág. 28
3.2 Modalidades de participación de las familias en el proceso de rehabilitación	Pág. 30
3.3 Familia, rehabilitación y la intervención del Trabajo Social	Pág. 34
<b>Reflexiones finales</b>	Pág. 38
<b>Referencias bibliográficas</b>	Pág. 41

## **Resumen**

La presente monografía final de grado tiene como objetivo indagar el rol y la importancia de las familias en la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental. Se realiza un recorrido histórico en base a lo que ha sido el tratamiento de la Salud Mental en Uruguay desde sus comienzos hasta el presente, analizando en paralelo el rol de la familia en la rehabilitación y cómo este se ha modificado a lo largo del tiempo.

Para el análisis se toman en cuenta distintos autores que esbozan la importancia que tiene la familia en los procesos de rehabilitación, así como también evidencia empírica generada durante la investigación realizada en los años 2016/2017 en la práctica pre profesional, considerando significativas las entrevistas realizadas a los distintos técnicos de los Centros Psicosociales de Montevideo y Canelones.

Asimismo se realiza una interpretación del rol que cumple el Trabajo Social en el proceso de la rehabilitación psicosocial y el trabajo con familias.

El trabajo finaliza con una reflexión que enfatiza la importancia de la familia en el proceso de rehabilitación de las personas que presentan trastorno mental.

Palabras clave: Familia - Rehabilitación – Trastorno mental

## Introducción

El presente documento corresponde a la monografía final de Grado, siendo la misma exigida para la obtención del Título en la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El siguiente trabajo tiene como interés abordar la relación existente entre la familia y el proceso de rehabilitación de una persona con enfermedad mental. Este estudio se centrará en centros de rehabilitación psicosocial de Montevideo y Canelones<sup>1</sup>.

La temática fue elegida en base a una investigación realizada en 2016/2017, en la cual el objetivo principal fue “Identificar cuál es la importancia de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial en las instituciones” así como también “Identificar cual es el rol de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial en las instituciones”<sup>2</sup>.

Este documento se realiza a partir del análisis de los datos recabados en la investigación, así como de otros documentos que tratan la importancia de la familia en los procesos de rehabilitación (Amico, 2004; Chape, 2015; De León, 2013; Florit-Robles, 2006; Guerrini, 2009; entre otros).

En base al relevamiento de fuentes bibliográficas que aborden la temática, se comprobó que existen escasos antecedentes en el país con relación a esta. Tal como lo plantea Corleto en su trabajo monográfico existen pocos documentos e investigaciones que desarrollen la temática específica de familias y rehabilitación de personas con algún tipo de sufrimiento psíquico (2013).

Por otro lado pero con estrecha relación a lo mencionado, existe un contexto socio-institucional que inspira a continuar trabajando ya que en Uruguay la Salud Mental y sus

---

<sup>1</sup> Los Centros Psicosociales a los que se hace referencia son Cedai, Centro de Orientación y Rehabilitación Psicosocial Montevideo, Centro Psicosocial Sur Palermo, Centro Diurno Sayago (ASSE), TAITA, Centro Martínez Visca, Centro Diurno Vilardebó (ASSE), CIPReS, Centro Psicosocial Pando (ASSE)

<sup>2</sup> Proyecto de investigación “Modelos de intervención utilizados con familias en Centros de Rehabilitación Psicosocial de Montevideo y Canelones”, realizado por estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social en las prácticas pre-profesionales. Laureiro, Leal, Pouso, Suhr, Zabala; 2016 y 2017

actores han adquirido una destacada visibilidad, reivindicándose demandas y posturas que lograron conquistar, luego de un largo camino de lucha, una nueva Ley de Salud Mental (N° 19.529) que existe en nuestro país desde el 9 de agosto de 2017 y propone una reforma con intenciones rupturistas en relación al cierre de las instituciones asilares existentes hasta el momento. Esta nueva reforma tiene su base en una perspectiva de derechos humanos y dignidad de las personas. En marco del proceso de reglamentación de la nueva Ley y de las nuevas estrategias que propone para abordar la temática, es que se problematizan un gran número de dimensiones que hacen a su ejecución; es en este sentido que se torna relevante interpretar a la familia como actor fundamental, ya que a partir de este nuevo marco de abordaje tiene un destacado rol participativo, dado que se proponen estrategias sustitutivas al encierro que promuevan un tratamiento multidisciplinario con restauración de los lazos sociales, y es justamente en este proceso de restauración de los lazos sociales que la familia ocupa un lugar mediador clave (Ley 19.529, Artículos 6, 16, 24, 37)

Problematizar e investigar el rol de las familias en marco de este contexto permite generar información para la actualización de políticas sanitarias que se alinean a este nuevo paradigma, y puedan acompañar y potenciar este proceso de reglamentación de la nueva ley. Por otra parte, también se pretende a través de este proyecto, brindar insumos para el debate en cuestión sobre las nuevas estrategias de abordajes a la salud mental en general.

Objetivo general: Describir y analizar el rol de las familias en los procesos de rehabilitación de las personas con enfermedad mental en los Centros Psicosociales de Montevideo y Canelones.<sup>3</sup>

Objetivos específicos:

---

<sup>3</sup> Los Centros Psicosociales son diurnos y su funcionamiento es de lunes a viernes.

-Analizar el vínculo entre las personas con trastornos mentales severos y sus familiares en el marco de su proceso de rehabilitación psicosocial en los Centros Psicosociales de Montevideo y Canelones.

-Identificar la importancia que los Centros de Rehabilitación Psicosocial le asignan a la participación de las familias en los procesos de rehabilitación.

-Conocer las modalidades de participación de las familias en la rehabilitación de sus miembros a partir de los espacios otorgados y la significación atribuida a los mismos.

Como metodología se propone utilizar técnicas de análisis cualitativo, y en base a ello interpretar datos de las distintas entrevistas realizadas en la investigación “Modelos de intervención utilizados con familias en Centros de Rehabilitación Psicosocial de Montevideo y Canelones” para así visualizar la perspectiva de los centros con relación a los objetivos planteados. Se utilizará el material empírico de dicha investigación para el presente trabajo monográfico. Siguiendo la misma línea, se implementa la técnica de observación participante desarrollada durante la práctica pre-profesional realizada en 2016-2017 en el Centro Psicosocial Pando. El conocimiento adquirido durante las mismas así como la comunicación informal desarrollada frente a la temática en cuestión serán de utilidad para el desarrollo de la monografía.

Por otro lado se realiza una revisión bibliográfica de distintos autores que aportan a la temática e involucra los distintos puntos que se propone analizar este trabajo. La bibliografía que se toma en cuenta está relacionada en su mayoría directamente a la temática de la familia así como a la rehabilitación. Por otro lado se buscaron diversos documentos que den conocimiento del proceso histórico de la Salud Mental en el Uruguay, siendo este el punto de partida de la presente monografía.

Para el desarrollo se tomaron en cuenta distintos documentos donde el enfoque siempre está puesto en la familia, la rehabilitación y enfermedad mental. Por ello es que se establece a

estas como las distintas categorías de análisis y es a las cuales durante todo el documento se hará referencia. Se cree necesario dar una definición de acuerdo a cómo será manejada cada categoría. Según Guerrini,

La familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio, es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que, a su vez, rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca (2009, p.1)

Continúa planteando que además de apoyar la individuación proporciona un sentimiento de pertenencia necesario para cada persona (Guerrini, 2009, p. 1). Es interesante analizar cómo la presencia de algún tipo de enfermedad mental moviliza los pilares de la familia, las “pautas de interacción” comienzan a irrumpirse por cuestiones que no estaban previstas en el día a día, generándose así una serie de conflictos internos donde la estructura familiar entablada hasta el momento se desmorona.

Es importante señalar que cuando se hace mención a familia, no necesariamente se habla de lazos sanguíneos, sino que se hace referencia a las personas allegadas que quien presenta un trastorno mental y que son importantes en su cotidianeidad, teniendo influencia así en el proceso de rehabilitación.

La familia entonces

“se constituye como un espacio altamente complejo. Es construida y reconstruida histórica y cotidianamente, a través de las relaciones y negociaciones que establece entre sus miembros, entre sus miembros y otras esferas de sociedad, tales como Estado, trabajo y mercado. Se reconoce también que además de su capacidad de producción de subjetividades, ella

también es una unidad de cuidado y de redistribución interna de recursos.”

(Mito, 2015, p. 41)

En el presente documento el término “enfermedad mental” se desarrolla en base a la concepción de Amico (2004), donde plantea tanto a la salud como a la enfermedad como categorías que no son ni absolutas, inmutables u objetivas, sino que dependen del contexto social en el que los individuos se encuentran. Consecuentemente, la autora plantea que salud mental y enfermedad mental expresan problemas de diversa índole que no dejan de ser construcciones sociales y culturales que están históricamente determinadas, con lo cual puede interpretarse que poseen una carga valorativa y lo normal y/o patológico va a cambiar o determinarse según distintos factores: por los modelos médicos que predominen en el momento, la teoría utilizada, las concepciones morales y sociales vigentes, los diagnósticos psicológicos utilizados, entre otros (Amico, 2004). Es importante aclarar que en el cuerpo del documento se utilizará tanto el término enfermedad mental como el de trastorno mental, siendo el mismo definido por la Ley número 19.529 como

la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno. (Ley 19.529, art. 2)

El enfoque central del trabajo se presenta en entender el rol de la familia con respecto a la rehabilitación de personas con enfermedad mental, entendiendo a la rehabilitación y a la familia como central. La rehabilitación es considerada en el documento desde el punto de vista psicosocial, siendo el objetivo de la misma ayudar y apoyar a las personas con algún tipo de enfermedad mental a su reintegración en la comunidad, “de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social” (Florit-Robles, 2006, p. 228) y donde logre tener

una buena calidad de vida. Concretamente con la rehabilitación psicosocial se pretende “promover aquellos recursos existentes en el medio natural donde vive el sujeto, más que crear entornos ideales pero alejados de la realidad del propio sujeto.” (Florit-Robles, 2006, p. 227).

Estas categorías fueron planteadas brevemente, ya que en el cuerpo del documento y en el desarrollo de los tres capítulos se intenta dar un enfoque central a la familia en este proceso de rehabilitación, donde en base a diversa bibliografía e investigaciones se retoman los distintos conceptos.

El documento se divide en tres capítulos. El primero desarrolla cómo se estructuró con el correr de los años el trastorno mental en el Uruguay y el lugar que ocupa la familia en dicho proceso de cambio.

El segundo capítulo articula el proceso de rehabilitación de personas con trastornos mentales y el rol de la familia, específicamente la importancia que se le da a la familia durante el tratamiento.

En el tercer capítulo se realiza un análisis de entrevistas realizadas a técnicos<sup>4</sup> en diversos centros de rehabilitación para interpretar cuál es la importancia de la familia en el proceso de rehabilitación de las personas que allí concurren, cuál es la modalidad de participación que utilizan para con las familias y los resultados que visualizan en las situaciones donde la familia interviene. Por otro lado, se interpreta el rol del Trabajo Social en el proceso de la rehabilitación y el trabajo con familias.

Para finalizar el trabajo se presentan las consideraciones finales, donde queda plasmada la importancia de la familia y el rol activo que cumplen las mismas en la rehabilitación de personas con trastorno mental.

---

<sup>4</sup> Los técnicos entrevistados fueron Psicólogos, Psiquiatras y Trabajador/a Social.

## Capítulo I

### 1.1- Evolución histórica respecto a la concepción de la enfermedad mental

En nuestro país han existido en las últimas décadas una serie de transformaciones tanto sociales como económicas y políticas, y de la mano de ello se da la reforma en el Sistema de Salud y Salud mental, lo cual será desarrollado en este primer capítulo. Se tomará en cuenta los factores históricos que influyen en el tratamiento de la enfermedad mental, y también el lugar de que se le dio a la familia en los distintos modelos de rehabilitación a lo largo de la historia.

La enfermedad mental es estructurada de tal modo en nuestro país que en un principio la familia no se incluía en el proceso de rehabilitación de las personas. Poco a poco esto se ha intentado modificar, pero resulta difícil romper con las estructuras establecidas desde el comienzo del “tratamiento de la locura” en nuestro país.

Tal como plantea Foucault (1961), la locura ha estado desde siempre relacionada a la sinrazón humana. Hacia el siglo XVI la locura era entendida como un fenómeno extra natural muy cercano a la brujería, en donde diversos factores de la naturaleza influyen en la conducta de los individuos. En una sociedad de época condicionada por normas religiosas, el “loco” o “demente” era quien actuaba en contra de lo que se consideraba correcto y normal, siendo estigmatizado y excluido socialmente al considerar que su destino era el encierro y su separación del resto de la población evitando conflictos y alteraciones del orden establecido.

Hacia el siglo XVIII y con la instauración de la Edad Moderna a partir de la Revolución Industrial, se visualiza un cambio en la forma de concebir los fenómenos que afectan a la población, ya que el desarrollo de las ciencias se impone ante el peso de las ideas religiosas. Por lo cual, la locura empieza a ser comprendida desde una perspectiva racional, pasando a ser denominada como “enfermedad mental”. En este contexto el centro de análisis e indagación es el hombre, dejando atrás lo divino y sobrenatural.

Por lo tanto, la locura empieza a ser comprendida como la separación del individuo con su razón, reflejado en sus conductas por fuera de lo socialmente aceptado, lo cual es definido por un saber técnico. Si bien la forma de concebirla cambió, la forma de abordarla no lo hizo. Para Foucault (1961) su falta de adecuación a las normas que orientan el funcionamiento del sistema era un problema a solucionar a través de la exclusión y encierro de los enfermos mentales en instituciones asilares creadas para este fin. En este contexto surge la Psiquiatría como disciplina médica encargada de abordar y analizar estas manifestaciones. El desarrollo de la industria farmacológica impone nuevos tratamientos médicos centrados exclusivamente en el individuo, apostando a que el consumo de píldoras actúe como complemento del encierro. Poco a poco diversos actores sociales han ganado terreno en el tema y se han manifestado otras formas de tratamiento, pero aún no es posible derribar esta mirada exclusivamente médica con respecto a las distintas enfermedades mentales, lo cual se da por el aporte y el lugar médico que se ocupa en este tipo de situaciones.

Es interesante destacar que actualmente en diversos países se han implementado cambios importantes con respecto a la mirada histórica desarrollada en el presente trabajo. El abordaje en nuestro país de la enfermedad mental y el rol que ocupa el núcleo familiar en esto está en concordancia con las líneas de acción implementadas a nivel regional, lo cual permite conducir el abordaje a la salud mental a partir de una misma perspectiva. Se considera que es en 1964 cuando la “Organización Panamericana de la Salud”, compuesta por la mayoría de los países de América del Sur, América Central y América del Norte y encargada de orientar las conductas a desarrollar por los países en el ámbito de la salud, reconoce la necesidad de impulsar nuevas formas de atender las cuestiones psiquiátricas de la población de las Américas, apartándose de los modelos de abordaje manicomial y fomentando la inclusión del abordaje de la salud mental dentro de la salud pública, teniendo consideración en la influencia que la comunidad, la familia y la legislación existente tienen en ello. Es así que en

1990 los países de la región adoptan la “Declaración de Caracas” como guía para orientar la forma de tratar la enfermedad mental desde una perspectiva de derechos humanos, la cual con el paso del tiempo va modificándose considerando entre otras cosas, que se deben crear centros de atención comunitarios en donde se priorice la protección de los derechos y dignidad de los individuos, así como el abordaje integral al trastorno psíquico incluyendo a la familia y la comunidad.

Si bien todos los países de la región legitiman esta resolución a nivel continental que pretende orientar el abordaje a la salud mental hacia una misma dirección, la implementación en cada país de la región no es homogénea ya que los mecanismos de abordaje desarrollados dependen directamente de los sistemas políticos y regímenes de bienestar presentes en cada país, así como el presupuesto destinado a esta área. Por lo tanto, cada país maneja tiempos históricos distintos.

Se destacan realidades como la de Brasil, en donde en 2013 contaba con 51 centros de atención a los trastornos psíquicos enfocados en incluir a la familia y comunidad en los procesos de rehabilitación, destacándose mecanismos como Centros Psicosociales y Residencias terapéuticas, siendo acompañados por programas de acompañamiento familiar (“NSAF”) o “De Volta para Casa”, orientado a fortalecer la rehabilitación luego de un extenso tiempo de internación. (De León et al, 2013)

Por otro lado, en 2010 se aprueba una nueva Ley de Salud Mental en Argentina donde se promueven medidas para abordar la enfermedad mental desde una mirada integral. Las “Casas de Medio Camino” y los “Talleres protegidos en conjunto entre personas con trastorno psíquico y familiares” son los mecanismos de intervención más utilizados para ejecutar la rehabilitación psicosocial, incluyendo en el abordaje todas las dimensiones que la componen y apostando a la plena inserción de la población en la comunidad. (De León et al, 2013)

En Uruguay luego de una larga transición, se apuesta a un modelo comunitario donde el enfoque está puesto en “la asistencia a nivel territorial en equipos multidisciplinarios para la atención ambulatoria” (Laureiro et al, 2017, p. 6). El mismo pretende crear “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; 30). Existen diversos Centros Psicosociales que trabajan en la actualidad con personas que presentan algún tipo de enfermedad mental, pero los mismos se encuentran centralizados en el área metropolitana del país generando dificultades para quienes están alejados de esta zona. La descentralización de los servicios de atención a personas con enfermedad mental sería importante en cuanto a la rehabilitación de las mismas. Se han fomentado cambios significativos durante décadas en el área de la salud mental, y los mismos continuarán efectuándose de acuerdo a lo que se considere importante en cuanto a derechos y necesidades de las personas.

### **1.2-Mirada histórica de la atención de la Salud Mental en Uruguay**

Se cree necesario ahondar en este capítulo sobre la historia del país en términos de Salud mental, y para ello se hará un recorrido histórico sobre varios documentos que dan por sentados determinados hechos que marcaron los distintos modos de tratar la enfermedad mental.

Siguiendo a los autores Techera, Apud y Borges (2010), en Uruguay existe un período abarcado entre 1860 y 1920 donde la salud pasa a ser concebida como valor y se asienta el estamento médico así como la medicalización de la sociedad. Los mismos autores toman un concepto del historiador Barrán para caracterizar este período: “disciplinamiento”. Es importante entender que los pasos implementados por el país responden siempre a un contexto internacional, donde se debe avanzar hacia todo aquello que es entendido como progreso. El “disciplinamiento” responde a este tipo de cuestiones siendo “una respuesta

estatal para asegurar el orden social, enderezar a aquellos que no se adaptaban a las exigencias sociales” (De León et al, 2013, p. 16) y así asegurar la “tranquilidad social” para toda la población. Se asegura con ello el avance de la medicalización y sanitización que tuvo su auge a fines del siglo XIX y durante el XX.

Si tomamos en cuenta determinado orden cronológico, en nuestro país las primeras internaciones por trastorno mental se dan en 1778 en el Hospital de Caridad, mientras que en 1860 surge el primer Asilo de Dementes, y es en 1880 cuando se inaugura el Manicomio Nacional, llamado más tarde Hospital Vilardebó. En 1912 se crea la Colonia Etchepare con el fin de aliviar la sobrepoblación del Vilardebó; allí abunda la reclusión y el aislamiento. (Techera et al, 2010, p. 107). Los modelos a seguir provenían principalmente de Europa, donde se establecía que para las personas con algún tipo de enfermedad mental el trabajo era “un elemento terapéutico que va a permitir desarrollar en los pacientes cierto sentido de orden y disciplina” (Bentura y Mitjavila, 2012, p. 2) pero siempre en el sentido del aislamiento, trabajos con las propias características del encierro.

El modelo predominante es el asilar, donde justamente es el asilo lo que se cree como mejor “solución” a la situación que atraviesan las personas con algún tipo de trastorno mental. Las chances de la “rehabilitación” pasan a ser mínimas y donde el disciplinamiento, encierro y aislamiento son los protagonistas.

Es el 1966 donde se pone mayor atención a la situación del país con respecto al aislamiento con el informe elaborado por el Doctor Pierre Charnoit como consultor de la Organización Mundial de Salud, donde establece un duro cuestionamiento a la atención y las condiciones de vida de los pacientes del Hospital Vilardebó:

El paciente mental es un estorbo para la sociedad y la atención que de él se realiza se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído de la vista de la población, termina su infeliz existencia. En

esta condición no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a saciedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica), y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en estas circunstancias no se cura, han dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables. (Será preciso intervenir para modificar estas condiciones) ya sea creando nuevos asilos o enfrentándose con el problema. (Charnoit, apud Bentura y Mitjavila; 2012, p. 3)

La intervención sobre la enfermedad mental se debate cada vez más; se dan diversos movimientos con el fin de cuestionar el saber psiquiátrico y los métodos que se utilizan para la rehabilitación. Con ello surge en 1972 la iniciativa para un Plan de Salud Mental que tenga en cuenta las cuestiones establecidas por Charnoit para llevar a cabo diversas reformas necesarias para el avance en el sistema de salud. A pesar del impulso que este “ideal” tuvo, con la dictadura militar del 73 en el país esta reforma no se pudo dar y se frena el proceso de transformación que había comenzado a promulgarse. Es en 1986 con la reapertura a la democracia que se

formulará el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Pública, conjuntamente con la emisión del primer documento oficial que se pronuncia a favor del desmantelamiento del modelo asilar y de crear una nueva modalidad de atención, basada en consideraciones diferentes respecto a la enfermedad mental e incorporando el objetivo de la rehabilitación y reinserción comunitaria de las personas que padecen trastornos mentales graves. (Bentura y Mitjavila, 2012, p. 4)

Distintas reformas son promovidas desde el mencionado Programa, donde la reestructuración de los servicios, el cierre de los manicomios así como un apunte primordial a todo aquello vinculado con lo comunitario son la prioridad y los pilares para el avance tanto

en la Salud Mental como en la atención a la salud en toda su amplitud. A pesar de que esto no se llevó a cabo en el tiempo previsto ni tuvo el éxito que se esperaba, existen varios cambios en este período interesantes: “creación del Área en Salud Mental, la Residencia Médica Hospitalaria en Psiquiatría, y la descentralización del servicio, a través de la reestructuración de la Colonia Etchepare y el Hospital Vilardebó, el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, y la creación de una gran cantidad de centros de rehabilitación” (De León et al., 2013, p. 28) (ejemplos de ello centro Diurno del Hospital Vilardebó, el Centro Sayago, entre otros)

A nivel general el Plan Nacional de Salud Mental muestra claros objetivos para el avance en el sistema de nuestro país, pero en la realidad existen múltiples factores que no son propicios para la ejecución de dichos cambios y/o avances. Por un lado la falta de recursos humanos y una escasa formación de los distintos profesionales en el área, así como la falta recurrente de apoyo económico y político por parte de distintos entes autoritarios, provocan que muchos de los proyectos queden en el aire, lo cual se va a acentuar aún más durante la crisis del año 2002. Es en el año 2005 cuando determinadas políticas que apuntan a la salud y con ello a la salud mental empiezan a formularse:

Se crea la denominada Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del Programa de Salud Mental, buscando la construcción participativa de los nuevos lineamientos a desarrollar, de acuerdo a las normas y recomendaciones internacionales que actualmente se utilizan para el caso de los Derechos Humanos en Salud Mental. (De León et al., 2013, p. 29)

Esto es un gran avance para nuestro país en cuanto a términos de Salud Mental.

Existe un compromiso para superar el modelo asilar que representaba a la atención y rehabilitación de la Salud Mental hasta ese momento, así como también poder derribar ese prejuicio y discriminación que existe frente a los trastornos mentales.

La ONG “Mental Disability Rights Internacional” (MDRI) presenta un informe en 1995 que sugiere determinados cambios con respecto al sistema de Salud Mental uruguayo. Entre estas recomendaciones para lograr los cambios se establecen: a) internar únicamente en casos sumamente necesarios y cuando el diagnóstico real lo requiera, y no en casos como indigencia; b) en cuanto a lo comunitario construir en los distintos barrios/ciudades centros de salud a los cuales recurrir en cualquier momento en busca de ayuda o información, así como la creación de redes de asistencia para “sostener emocionalmente” no solo a los usuarios sino también a sus allegados. Se propone que los propios usuarios colaboren de forma activa y que participen en el nuevo sistema de salud; c) con relación al tratamiento, el mismo debe estar evaluado constantemente, ver cuál es la evolución de los usuarios, así como la continua administración de la medicación para poder evitar los distintos daños colaterales. También se propone tener en cuenta distintos tratamientos interdisciplinarios, incluyendo alternativas al modelo médico; d) es necesaria la mejora de los servicios en cuanto a gestión, materiales, tratamientos así como recursos humanos, y para ello se propone informar así como especializar a los distintos profesionales de las áreas que intervienen en la Salud Mental. (De León et al, 2013)

Todos estos lineamientos propuestos por el MDRI, han sido tomados en cuenta y por eso es que hoy, en el año 2018, existen diversos avances en el área de la Salud Mental pero aún queda mucho por hacer y áreas que aún no han sido abordadas. Debe tenerse en cuenta la necesidad de educar a toda la población en cuanto a trastornos mentales; hay que combinar distintos tratamientos: no sólo basarse en la rehabilitación en cuanto a psicofármacos e internaciones sino que hay que tener en cuenta lo psicosocial, el abordaje comunitario y un anclaje territorial de los distintos servicios de salud. A nivel nacional existe en la actualidad una gran ausencia de educación, de información y sobre todo de atención a las personas que tienen algún tipo de trastorno mental, y esto es peor al momento de intervenir con familiares

ya que se cuenta con escasas instituciones que trabajen a nivel usuario-familia-comunidad.

Nelson de León junto con otros autores plantea que

El problema se dispara cuando consideramos a la enfermedad mental desde un punto de vista histórico y cultural. Nos encontramos con que el concepto de “enfermedad mental” responde a prácticas sociales relativas al tratamiento de lo “diferente”, y en nuestras sociedades actuales, de lo que hace “ruido” o no puede articularse productivamente en la cadena de capital-trabajo. (2013, p. 32).

A ello apunta el cambio, y para ello es que se está haciendo cada vez más énfasis en transformar la vieja Ley del Psicópata, dando lugar a una nueva en la cual los pilares son diversos cambios considerados de suma relevancia para un avance real en cuanto a Salud Mental. La manera en que la propia sociedad trata a las personas con enfermedades habla mucho de ellas, ya sea “en la medida que se hace cargo de ellos, confía en su recuperación y se compromete con su reinserción dentro del cuerpo social, esa sociedad se revela como más fuerte, más rica y más libre en sus potencialidades” (Abaca et al, 2007, p. 46), por ello es el fuerte hincapié en esta reforma, la sociedad en general debe avanzar y estar dispuesta a promulgar cambios positivos frente a determinadas situaciones que hasta el momento no han sido tratadas, según hemos desarrollado, como es conveniente. La Ley que se pretende impulsar representa muchos de estos cambios, los cuales ya han sido llevados a cabo en países limítrofes: Brasil y Argentina (cambio del modelo asilar, de asistencia institucional por el modelo comunitario), y cabe destacar su éxito en determinadas medidas que han sido consideradas. Es en octubre de 2016 cuando la Cámara de Senadores aprueba el Proyecto de Ley de Salud Mental dejando atrás la ley del Psicópata.

Los cambios a seguir deben promover lo comunitario, la interdisciplina así como la educación de la población y la información: “El abordaje de la enfermedad mental requiere

un plan que involucre a los usuarios, a los familiares, a los profesionales de salud y a otros actores comunitarios trabajando conjuntamente para desarrollar las mejores condiciones posibles” (Techera et al, 2010, p. 116), y en ello está la base de la nueva ley de Salud Mental (N°19.529) que se quiere implementar, la cual fue aprobada en agosto de 2017, donde se toma como base la integridad de las personas así como sus derechos y su dignidad. A más de un año de la aprobación de dicha ley, existen diversos movimientos de agentes que intentan llevar a cabo lo establecido por la misma; entre los distintos movimientos se conciben los grupos de familiares de personas que presentan una enfermedad mental.

### **1.3- Rol de la familia en la historia de la rehabilitación de la Enfermedad Mental en Uruguay**

Existen múltiples documentos que desarrollan los inicios de la psiquiatría y el desarrollo de la Salud Mental en nuestro país, incluso muchos de ellos se esbozan explicando la situación hasta nuestros días. Pero lo que no es fácil de encontrar en dichos documentos es el lugar que ocupa la familia de una persona que presenta algún tipo de enfermedad mental. Esto puede tener su base en que el trabajo con la comunidad y la familia es relativamente reciente, y puede remontarse a unos veinte o treinta años con las reformas que se dieron luego de reintegrada la democracia a nuestro país con el fin de la dictadura en la década del 80, donde se retoman temas relacionados a la salud en todos sus ámbitos.

Tomando en cuenta el desarrollo histórico planteado en el punto I. 2, se intenta establecer a continuación el lugar que la familia ha ocupado en este proceso de cambios con relación a la Salud Mental en nuestro país.

Retomando el modelo asilar mencionado anteriormente por Barindelli y Tobler (1958) citados por Techera, Apud y Borges (2010, p. 59) plantean dos vías para el proceso terapéutico: la primera es aquella que va a efectuarse sobre la “parte enferma” que sería el tratamiento; la segunda es aquella enfocada a la parte “sana” que se relaciona a la historia de

la propia persona con los aspectos que la mantenían en la comunidad. Los autores sostienen que sin ambas partes no se puede lograr un tratamiento íntegro del enfermo mental. Pero lo que resaltan los mismos, es que en el modelo asilar característico de la época sólo se lleva a cabo la primera, dejando de lado la historia de la persona y su relación con el mundo exterior una vez que ingresa a una institución manicomial. Con ello se realza la falta de intervención e importancia que se le da a la familia en estos procesos de internación, donde el individuo se aísla y lo comunitario no es tomado en cuenta al momento de la rehabilitación. En el momento histórico que esto ocurre no es cuestionado, ya que el asilamiento era considerado lo mejor para el enfermo mental. Allí se aseguraba el aislamiento del mundo exterior el cual podía perjudicarle para su enfermedad, así como también asegurar a la sociedad del mal estar y desorden que estas personas enfermas causaban.

Si bien existen documentos donde se establece que la propia sociedad había comenzado a tomar conciencia de la enfermedad mental, interpretándola como multicausal, la familia aún no es considerada como un pilar importante en la rehabilitación.

Las familias entienden de forma generalizada que la internación es la mejor solución ante la enfermedad, que de esa manera su familiar estará seguro y quizás haya lugar a la rehabilitación. Ello se da a causa de la escasa información sobre la propia enfermedad mental. El aislamiento de la comunidad y de la familia es el tratamiento más adecuado hasta casi finalizado el siglo XX, pero

está ampliamente documentado que este tipo de abordaje no sólo no produce mejoras en el estado de salud, sino que tiende a cronificar a los pacientes. El deterioro producido por las lógicas de “deshumanización” que se instalan en estas instituciones asilares, entre otras cosas producen lo que se conoce como el ‘síndrome de deterioro social’ (De León et al., 2013, p.156).

Ello conlleva a que los enfermos mentales se aíslen por completo y pierdan toda noción de humanidad, provocándose un deterioro continuo en su estado de salud general, empeorando en muchos casos la propia enfermedad mental.

En muchos casos, la propia familia a nivel histórico ha sido de alguna forma culpada de que una persona tenga algún tipo de enfermedad mental, o desde otros puntos de vista se ve al enfermo mental como una especie de castigo hacia esa familia. Una característica mencionada por Fernández Castrillo acerca de los problemas en cuanto a Salud Mental en el país, hace referencia a que los “usuarios y familiares no son debidamente informados sobre diagnóstico, procedimientos, riesgos, estrategias a emplearse, etc.” (2015, p. 31) siendo esto mismo, entre otras cosas, lo que se intenta corregir en los últimos años, donde la información sea clara en cuanto a todos los aspectos que se crean necesarios y se aporte de este modo a la familia así como a la propia persona que presenta alguna enfermedad.

En los últimos años se ha estudiado con firmeza el rol que debe ocupar la familia, así como también intentar que no exista el “abandono” a la persona con enfermedad mental, sino que sea parte del proceso de rehabilitación; Guerrini plantea que “hasta el momento ninguna otra institución humana o social ha logrado suplir el funcionamiento de la familia” (2009, p. 2).

En el “Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud” se plantea que “la enfermedad no es sólo un fenómeno individual” sino que “(...) está directamente vinculada al entorno familiar y social que puede actuar como agravante o protector” (2011, p. 5), pero en la mayoría de los casos y siempre y cuando se cuente con la familia, se sugiere que la misma es de gran apoyo a la persona que presenta la enfermedad, pero indudablemente el trabajo con la misma es lo que evita que sea de alguna forma “agravante”.

## Capítulo II

### 2.1-Rehabilitación

Para entender la importancia de la familia en la rehabilitación de personas con sufrimiento psíquico, es necesario en primer lugar comprender qué conlleva esa rehabilitación.

Cuando en salud mental se habla de rehabilitación, se hace referencia a la misma en base a una cuestión psíquico-social, donde el entorno es fundamental para dicha rehabilitación. Esta refiere a fomentar la autonomía de la persona que presenta algún tipo de trastorno mental, potenciándose las fortalezas de la persona y haciéndose foco en ello. La rehabilitación según Del Castillo, Villar y Dogmanas “puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad.” (Del Castillo et al, 2011, p. 85)

Según Aguilar, rehabilitación psicosocial

hace referencia a un espectro de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren de manera continuada trastornos psiquiátricos graves, en especial esquizofrenia. 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. Los programas de rehabilitación psicosocial están concebidos para reforzar las habilidades del individuo y para desarrollar los apoyos ambientales necesarios para mantenerse en su entorno (2003, p. 38)

Con la rehabilitación se pretende fomentar que la persona sea funcional, independiente, autónoma para manejarse en la vida cotidiana, pero sobre todo hacer hincapié en los derechos de la misma y no en la asistencia. “El sentido de rehabilitar no es sólo recolocar en un nuevo

lugar y con un tiempo ocupado, es hacer que esa persona sea de nuevo dueña de su vida, de sus proyectos, pero con un sentido realista, sabiendo cuáles son sus posibilidades.” (Aguilar, 2003, p. 26) En otras palabras, no sólo hay que hacer hincapié en la rehabilitación como recuperación<sup>5</sup>, sino que se debe complementar con diversas intervenciones que potencien las fortalezas de la persona, y por otro lado trabajar con su entorno, con las potencialidades que presenta de forma natural el medio en el que vive (Florit-Robles, 2006, p. 227). Es por ello que como profesionales se debe intervenir en base a estas fortalezas y no fijar el punto de vista en las debilidades que tanto la persona como el medio presentan: “el foco de intervención es promover aquellos recursos existentes en el medio natural donde vive el sujeto, más que crear entornos ideales pero alejados de la realidad del propio sujeto” (Florit-Robles, 2006, p. 227).

Florit-Robles, retomando aportes de Rodríguez (1997), plantean que el objetivo principal de la rehabilitación psicosocial es

el de ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles. La normalización de las personas con discapacidad no es sinónimo de normalidad (igualar unos patrones a lo estadísticamente mayoritario), cada persona es como es, con sus peculiaridades; se trata de ofrecer oportunidades y apoyo para permitir un estilo de vida similar al resto de los miembros de su comunidad (Florit-Robles, 2006, p. 228).

---

<sup>5</sup> “De manera general, recuperación no significa curación en el sentido de desaparición de síntomas, o vuelta a niveles de funcionamiento homologables a los previos a la enfermedad. Recuperación significa alcanzar una forma de vida en que es posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad, de manera que ésta se asume y se logra definir una expectativa de vida más allá de los efectos de la enfermedad.” (IMSERSO, 2007, p. 34)

La Ley número 19.529 hace referencia a los programas y estrategias de rehabilitación como aquellas que “estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital.” (Artículo N° 21)

Según Amarante (1998), a partir del surgimiento de la comunidad terapéutica es que la familia ocupa un lugar fundamental en la rehabilitación. Es allí donde comienzan a escucharse las necesidades de la propia familia, así como también los factores de la misma que conllevan a la rehabilitación de la persona con trastorno mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas” (2004). Es fundamental el trabajo desde este enfoque, y es a lo que se apunta para fomentar el fortalecimiento de lazos entre las personas con trastorno mental y la comunidad en general, favoreciendo así el proceso de rehabilitación. Se pretende “atender los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno.” (Gisbert Aguilar, 2003, p. 20) No se pretende el aislamiento, por el contrario es necesario trabajar en la comunidad para que se le permita desarrollar a la persona sus capacidades en su entorno, teniendo en cuenta que factores pueden influir en un posible deterioro en el proceso de rehabilitación. La familia es considerada parte fundamental del entorno de la persona que presenta un trastorno mental.

## **2.2-Rehabilitación y familia**

La rehabilitación psicosocial establece la intervención en diversos ámbitos de la persona que presenta trastorno mental. Aquí es donde se establece la importancia de la familia con

respecto a la rehabilitación. Como plantea Nucci se concibe a la familia como “(...) un espacio heterogéneo, cambiante” donde las funciones que se cumplen son muy diversas y van desde la procreación hasta actividades de producción y de consumo (2008, p. 49). Es allí donde se visualiza como cada familia es distinta y así mismo reacciona y acciona diferente frente a cualquier situación, siendo este el motivo por el cual “cada situación es estudiada como un hecho único” (Nucci, 2008, p. 50) pero a pesar de ello, existe una regla común ante cualquier situación de rehabilitación psicosocial de una persona que presenta algún tipo de enfermedad mental: la familia es considerada un pilar fundamental y sus necesidades también son tomadas en cuenta ya que se considera a la misma como parte de un todo, donde justamente la persona que presenta el trastorno mental muchas veces es la parte visible de un conjunto de situaciones problemáticas que presenta la familia. Como plantea Amico (2004) en la mayoría de los casos la persona que padece la enfermedad es la punta del iceberg de un combo de situaciones conflictivas que padece la familia.

Mioto (2015) establece que más allá de las reconstrucciones cotidianas y conflictos que la familia enfrenta, la misma es concebida como unidad de cuidado. Es a esto a lo que se debe enfrentar cuando surge algo tan complejo como la emergencia de un trastorno mental, donde se espera que el rol de protección y cuidado aumente con relación a lo que necesita la persona que presenta la enfermedad mental. Cuando se considera fundamental a la familia en el proceso de rehabilitación, este ideal no se aparta sino que se trabaja en ello para potenciar las fortalezas de la familia y que de ese modo intervenga como un medio para la rehabilitación.

La pérdida de lazos familiares se da en muchos casos por falta de información acerca del tratamiento de la persona que presenta una enfermedad mental, por un agotamiento frente a la situación sin encontrar pronta solución y diversos factores que hacen que las personas allegadas a quien presenta un trastorno mental se alejen. Por ello el establecer contacto con la familia es fundamental para evitar a tiempo diversos desenlaces que no sean favorables para

quien posee un trastorno. “Los niveles de carga familiar que soportan las familias de pacientes con esquizofrenia doblan los de la población general, (...) con frecuentes vivencias de angustia y tristeza ante lo inmanejable y lo incomprensible, apareciendo a menudo la culpa.” (Gisbert Aguilar, 2003, p. 181). Es en ello en lo que se debe trabajar para que la familia no sienta culpa por lo que ocurre, no se sienta recargada ni desmotivada, transformándose en un factor importante en el desarrollo de la rehabilitación.

Al momento de intervenir es importante establecer las necesidades no sólo de la persona que presenta la enfermedad mental, sino también en la familia. Según una investigación publicada por el Anuario de Psicología Clínica y de la Salud existen necesidades específicas que presentan las familias de las personas con algún tipo de enfermedad mental: “información, ayuda material y prestaciones económicas (...), apoyo emocional, apoyo técnico, y ser considerados en la toma de decisiones que puedan tener repercusiones sobre la familia.” (2011, p. 16) La familia es el principal soporte y recurso de cuidado de las personas con enfermedad mental, pero no siempre se las tiene en cuenta; así como también se ignoran sus necesidades y las problemáticas que enfrentan. Para que las mismas puedan ser favorables en el proceso de rehabilitación de la persona con trastorno mental estas situaciones familiares deben ser tomadas en cuenta, utilizando diversos recursos donde la familia canalice sus sensaciones y emociones. (Gisbert Aguilar, 2003)

En la historia de la enfermedad mental, la familia no era tomada en cuenta, y en la mayoría de las veces era culpada como causante de dicha enfermedad. Desde hace varios años esta perspectiva cambió y es a partir de ello que se comenzó a tomar en cuenta las sensaciones y situaciones que enfrenta la familia al contar con la presencia de la enfermedad mental en uno de sus integrantes. En nuestro país cada vez se hace más hincapié por parte de diversas instituciones en las necesidades mencionadas anteriormente, en cómo prestar apoyo a esas familias así como también brindar herramientas para que puedan lidiar con la

enfermedad. Lo que se intenta es “enfaticar en la fortaleza de la familia, se trata de detectar y potenciar los elementos positivos con el fin de promocionar la salud y el bienestar familiar.” (Guerrini, 2009, p. 3)

Amico (2004) plantea que la familia es un actor fundamental en el proceso de rehabilitación: puede acelerar el proceso de deterioro de la persona con sufrimiento psíquico o por el contrario ser quien impulse el bienestar de esa persona y brinden apoyo frente a las diversas crisis que la misma puede llegar a enfrentar. Es a esto último que se apunta, ya que se ha comprobado que en los casos en que la familia interviene se potencia el bienestar de la persona con enfermedad mental y a su vez se refuerza el propio bienestar familiar. Pero para que esto sea posible es necesario desarrollar actividades que involucren a la propia familia. El objetivo frente a las familias es involucrarlas en la rehabilitación brindándoles información sobre la propia enfermedad y sobre el tratamiento, “(...) propiciando el medio para desarrollar habilidades de manejo de la enfermedad y brindando el apoyo que dichas familias necesiten para hacer frente a este problema.” (Guerrini, 2009, p. 3)

No debemos dejar de lado el hecho de que existen personas con algún tipo de enfermedad mental que no cuentan con familiares. Esto generalmente ocurre con personas en situación de calle o con aquellos donde la familia no logró sostener la situación y se alejan de la persona con trastorno mental precisamente por no saber cómo actuar ante la misma y por falta de recursos o información. Otras veces el sostén de la persona está brindado por un solo integrante de la familia y ocurre que el cansancio y la falta de apoyo influyen para que se dé el alejamiento, ya que esta persona se ve recargada y no logra sostener con el tiempo la contención sin contar con apoyo. Cuando no se cuenta con un soporte familiar por detrás, el deterioro de la persona con sufrimiento psíquico es en muchos casos inevitable, ya que quedan internados en instituciones donde no se les brinda el apoyo y contención necesarios para que la persona desarrolle sus fortalezas, o directamente nunca concurre en busca de la

ayuda profesional necesaria. Por eso se cree necesaria la intervención con las familias, brindar determinada información sobre la enfermedad mental, qué implica la misma así como la importancia del entorno social y la familia en el proceso de rehabilitación de una persona con trastorno mental. No necesariamente se habla de familia en relación a lazos sanguíneos, el proceso de rehabilitación conlleva un acercamiento ante cualquier sujeto que sea considerado cercano a la persona con trastorno mental y que se visualice como sostén en la vida de dicha persona. Es esto lo que se debe tener en cuenta al momento de trabajar con la familia por parte de las instituciones.

El apoyo a las familias y el trabajo con ellas es fundamental, ya que las mismas en la mayoría de los casos se encuentran desbordadas y no cuentan con los recursos necesarios para hacer frente a la situación. Para que las mismas sean funcionales al proceso de rehabilitación de la persona con trastorno mental es “necesario proporcionar a las familias apoyo, información, educación y asesoramiento para dotarse de estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y ser agentes activos de la rehabilitación, así como para mejorar la calidad de vida de la propia familia.” (Gisbert Aguilar, 2003, p. 36) La familia pasa a ser así uno de los principales recursos con los que se cuenta a lo largo de la rehabilitación, y el asesorarlas permite que las mismas sean más competentes en cuanto al manejo de la situación incidiendo de forma positiva en la persona con trastorno mental y su rehabilitación. Lo que se debe evitar en los familiares es la sensación de no poder hacer nada frente a la situación, ya que a lo que tienden es a “depositar el saber en los otros, en los técnicos, en los profesionales, como los únicos capaces de poner remedio a estos problemas” (Cohen y Natella, 2007, p. 53) sin tener en cuenta que ellos mismos son una herramienta fundamental para la rehabilitación.

Que la familia logre determinada estabilidad, cuente con la información y recursos necesarios a su disposición influye directa y de forma positiva en la rehabilitación psicosocial

de la persona con trastorno mental. Por el contrario, si el trabajo con las familias se deja de lado las probabilidades de las recaídas en las personas que presentan un trastorno mental son mayores, tal como plantea Amico (2004) si la triada médico-paciente-familia es funcional las mejoras son notorias en quien presenta enfermedad mental y en la propia familia; pero por el contrario cuando este vínculo contenedor no se mantiene en el tiempo o ni siquiera se conforma el deterioro de la persona es notorio.

La presencia de la familia y su rol ante la rehabilitación de las personas con trastorno mental es fundamental, siendo la misma un recurso importante en cuanto se le proporciona herramientas, conocimientos y un sustento frente a la situación que atraviesan. En todo momento se la debe tener en cuenta ya que cuando la misma no interviene en los procesos de rehabilitación y se alejan de la persona que presenta enfermedad mental, el deterioro es sumamente notorio. La familia mantiene un rol importante en fortalecer la autonomía de la persona con trastorno mental, así como motivar a la reinserción de la misma en la comunidad, que sean responsables de su propia vida y lo más autónomos posibles. Esto se logra a partir del buen funcionamiento de la triada mencionada por Amico (2004) de médico-paciente-familia, concretamente: familia, paciente y grupo de técnicos presentes en la rehabilitación, cuidando que la familia no se convierta en el único soporte para la persona.

## Capítulo III

### 3.1-Intervención familiar en la rehabilitación.

Las intervenciones con familias en la rehabilitación han cobrado un papel fundamental en las últimas décadas. Se considera necesario trabajar con las emociones y situaciones a la que las familias se enfrentan cuando la enfermedad mental emerge en alguno de sus integrantes. Lo que se trabaja con los familiares es en primera instancia sus emociones, sus inseguridades frente a una situación que irrumpe en su cotidianeidad y desestabiliza la estructura que hasta el momento se había formado. Se contemplan diversos puntos para cubrir las necesidades que surgen, por un lado se debe brindar información así como estrategias y herramientas útiles al momento de hacer frente a la enfermedad mental. Cada uno de estos factores conlleva su tiempo: procesar la información brindada, comprenderla, comenzar a implementar lo sugerido por parte de técnicos en términos de herramientas o estrategias de trabajo. Pero con acompañamiento es posible que la familia logre su implementación. Cuando el objetivo del trabajo con las familias se logra, se comprueba que son una herramienta de gran utilidad frente al proceso de rehabilitación; si bien cada familia posee debilidades y un continuo proceso de adaptación a la situación, lo que se intenta es hacer hincapié en sus fortalezas, es invertir lo negativo en positivo: “el estrés experimentado por las familias al enfrentarse con la enfermedad y su influencia sobre el funcionamiento del paciente, han sido determinantes para que fueran consideradas aliadas en el proceso terapéutico” (Vallina y Lemos, 2000, p. 671)

Diversos técnicos de los centros de rehabilitación de Montevideo y Canelones manifiestan que “es esencial el trabajo con las familias. Cuando trabajas con este tipo de población tenes que trabajar con las familias”, “para incursionar una rehabilitación se necesitan cuatro patas: la familia, médico tratante, usuario y rehabilitación, si en estas cuatro

patas falta una se nota mucho y si están las cuatro se nota la evolución”<sup>6</sup> Algunos técnicos establecen que “Es necesario que haya una familia que sostenga a la persona que va a ingresar al centro de rehabilitación... Si bien las personas que vienen acá son adultos, por tener una patología severa, muchas veces requieren de apoyo familiar. Entonces es una condición tener un familiar de referencia para el ingreso.”

En el análisis de las entrevistas realizadas durante la investigación en el año 2017 a los distintos centros de rehabilitación, se visualiza en reiteradas ocasiones que es de total importancia el trabajo con las familias de las personas que poseen algún trastorno mental por parte de dichos centros. En la mayoría de los casos se hace mención a que es “imprescindible el trabajo con las familias”, acotando además que se considera “que es un padecimiento que está en trama en la familia, que puede haber una persona que emerja con otras características que se destacan más en la sintomatología de la enfermedad pero en realidad consideramos que es una situación de la familia, una situación relacional.” Esto reafirma el planteo de Amico (2004) que establece que la persona que presenta el problema de salud mental es la “punta del iceberg” de un conflicto o una trama aún mayor.

Es importante establecer el contacto con la familia desde un comienzo del proceso de rehabilitación ya que la misma “implica el encuentro entre la persona que presenta un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente” (Del Castillo et al, 2011, p. 85) y justamente la familia es el entorno más cercano a la persona que presenta la enfermedad mental, por ello desde los centros se cree que el trabajo y el acercamiento a las mismas es “crucialmente imprescindible, no se puede convivir con la tarea de rehabilitación sin la intervención con la familia porque el principal entorno que tiene la persona es la familia”. Es significativo especificar que en los centros de rehabilitación psicosocial la intervención de la

---

<sup>6</sup> Las citas corresponden al material empírico de la Investigación realizada en los años 2016/2017 durante la práctica pre profesional. “Modelos de Intervención con utilizados familia en los Centros de Rehabilitación Psicosocial de Montevideo y Canelones”

familia y el trabajo con la misma no es obligatorio, pero si deseable ya que cuando esto ocurre los logros son superiores y se visualizan de forma precoz.

El trabajo con las familias como referentes en la rehabilitación se ha ido moldeando a medida que determinadas acciones se creen más favorables que otras, y considerando las necesidades y dificultades que presenta cada familia en particular: “resulta fundamental considerar la diversidad de abordajes, adaptados a la situación de cada usuario y su familia” (Del Castillo et al, 2011, p. 86) Se establece como necesario por parte del equipo técnico de los centros de rehabilitación para con las familias “proponer ideas en su acompañamiento, incorporando puntos de vista, dando y recibiendo conocimientos e información” (Guerrini, 2009, p. 3). La manera en que cada familia hace frente a la enfermedad varía según su situación y a los recursos con los que cuenta, por lo tanto se hace énfasis en el acompañamiento por parte de los equipos técnicos, brindar determinada contención, así como estar a la orden sobre cualquier necesidad que surja de parte de la familia frente a la enfermedad y al proceso de rehabilitación.

### **3.2-Modalidades de participación de las familias en el proceso de rehabilitación**

Cada centro de rehabilitación psicosocial implementa en el proceso de rehabilitación diversas modalidades dependiendo de la situación de la persona que presenta la enfermedad mental, pero el trabajo con las familias es a nivel general uno de los puntos fuertes en los que se intenta profundizar. Si bien en las entrevistas se establece que en la mayoría de los casos es difícil acceder a las familias, ya sea por lo que transitan a diario o por la dificultad que implica entender la enfermedad, no se deja de insistir en que las mismas concurran al centro de rehabilitación psicosocial. El porcentaje de familias que asisten a los centros para informarse sobre la enfermedad o sobre cómo apoyar al familiar que la posee es muy bajo, pero desde los equipos técnicos se intenta establecer una red con los familiares que asisten frecuentemente al centro para que sirva de impulso para aquellos que no lo hacen. Lo primero

a lo que los centros acuden es a brindar información y apoyo, “lo que se debe tener en cuenta, qué es lo que se debe priorizar, a lo que no se le debe temer, empezar a prever lo que desencadena determinadas conductas”. La información y la contención son dos puntos primordiales, tanto en una primera instancia como a lo largo de la rehabilitación. Desde uno de los centros se hace referencia a que “mejorar la comunicación familiar y desarrollar estrategias de solución de problemas es algo que está muy en la base de las intervenciones”.

En la mayoría de los centros se hace referencia continuamente a que son los propios familiares que se ocupan de brindar información y contención a quienes recientemente están pasando por la situación que ellos tuvieron que enfrentar tiempo atrás. Y los técnicos destacan esto ya que “muchas veces tiene mucho más valor la indicación que otro familiar le dice” y no necesariamente lo indicado por parte del centro, ya que se sienten más conectados y lo mismo que le pasa a uno le pasa al otro. Se sienten más contenidos ya que entienden que “no les pasa solo a ellos, eso es fundamental. Esto del espejo que se produce, la identificación, lo que le pasa a uno le pasa al otro, eso genera un alivio.”

Los motivos que los técnicos esbozan sobre por qué las familias no asisten a los centros o dejan de hacerlo son varios, entre ellos plantean que el nivel educativo de dicha familia influye ya que “hay familias que pueden tener una comprensión más acabada de lo que es la patología y asumir la comprensión entendiendo lo que le va diciendo el médico, lo que el equipo le está señalando, pero hay otras familias que vinculan los aspectos de las patologías a cuestiones mágicas, a cuestiones muy primitivas, que no saben resolverlas entonces ahí se complica más todavía, porque en medio de la ignorancia de esa situación no pueden hacer un acompañamiento porque las respuestas son mágicas.” Por otro lado, plantean desde los centros que el tema de la temporalidad también influye ya que cuando la enfermedad surge “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”. Contrario

a ello, cuando “los familiares que hace años vienen lidiando con un proceso de estas características, pierden las esperanzas, se desaniman un poco, están desmotivados y entonces concurren con menos frecuencia.”

A pesar de los motivos enumerados, los técnicos de los centros insisten en que “la familia es protagonista, es agente de cambio (...) a diferencia de otros paradigmas desde donde se considera a las familias como informantes calificados o cuidadores, donde se les da un rol que no está implicado en la trama subjetiva de esa dinámica familiar”. Por ello la importancia de la familia, la misma es considerada como “agente de cambio”.

Desde los distintos centros se establece a la familia como un importante recurso frente al proceso de rehabilitación. Lo primordial desde los centros de rehabilitación psicosocial es brindar “instrumentos o herramientas para manejarse o tratar de mejorar el funcionamiento, la autonomía de la persona” así como la de la propia familia. Existen según los técnicos dos polos opuestos que enfrentan al momento del trabajo con familias: la ausencia de la familia como la sobreprotección, y es mediante la intervención que esto se modifica logrando así que la familia sea un pilar importante en el avance de la rehabilitación y no en el retroceso de la misma.

Los espacios otorgados a los familiares por parte de los diversos Centros de Rehabilitación Psicosocial han ido mutando de acuerdo a las necesidades de las familias como de las propias personas que allí asisten, o de acuerdo a lo que los técnicos visualizan como relevante. Lo más frecuente son los espacios de las reuniones multifamiliares, las cuales funcionan como una “manera de apoyo, sostén al tratamiento, pero también apoyo y sostén de los familiares entre sí”. Los grupos multifamiliares son caracterizados por ser espacios donde se comparten distintos conocimientos entre familiares, “habilidades de afrontamiento, contención y convivencia”, así como la fomentación de “lazos de interrelación entre familias con problemas parecidos para evitar la tendencia al aislamiento social y el

sentimiento de soledad” (INMERSO, 2007, p. 127) Entre los propios familiares se comunican y expresan sus emociones, sienten que no están solos y logran comunicar diversas formas de enfrentar la rehabilitación del familiar que presenta el trastorno mental. De alguna manera “el compartir testimonios” dan cuenta de cómo enfrentar determinadas situaciones y así poder salir de ellas. Lo que los centros pretenden en las reuniones multifamiliares es “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 familia y al futuro familiar”. Las familias son quienes en la mayoría de los casos fomentan a que el resto de los familiares o personas cercanas se involucren y se sientan importantes en el proceso, que son un recurso valioso en el transcurso de la rehabilitación. “Nosotros lo que queremos es que nos acompañen porque es importante que todo lo que adquieren de autonomía acá también lo replique con su familia”. La familia es con quien la persona se encuentra día a día en su cotidianidad, y mediante la rehabilitación a lo que se apunta es a que la persona pueda desarrollar sus habilidades, su autonomía y mejorar su calidad de vida. Un entorno favorable para que esto ocurra es en un contexto familiar donde se cuenta con apoyo y contención, ya que son “capacidades que solo pueden desarrollarse en un medio en el que se siente respetado, apoyado, cuidado, querido” (Cohen y Natella, 2007, p. 45)

Distintos técnicos de los Centros Psicosociales establecen que existen espacios “abiertos para todos, un vecino, un amigo, un primo, sea quien fuere están invitados a venir a ayudarlos en los procesos de rehabilitación”, y con ello dan por sentado la importancia del entorno de la persona, del contexto donde se maneja en el día a día. Por otro lado se deja claro que no necesariamente se habla de la familia en cuanto a lazos sanguíneos, sino que refiere a todo aquel que permita a la persona desarrollar sus fortalezas. El acercamiento por parte de la familia se da en la mayoría de los casos por la conexión que proporcionan los

técnicos del centro, siendo el Trabajador/a Social uno de los nexos significativos para que esto ocurra.

### **3.3-Familia, rehabilitación y la intervención del Trabajo Social**

Para poder conjugar familia y rehabilitación se hacen necesarios nexos que aporten la información y características necesarias para comprender por qué la familia es un recurso importante en el proceso de rehabilitación psicosocial. Este nexo es en la mayoría de los casos el equipo técnico que poseen los Centros Psicosociales. Dentro de este equipo, el rol que cumple el Trabajo Social está marcado, de modo que cuando el centro no cuenta con el mismo la diferencia es notable ya que se presentan determinadas cuestiones que requieren de los recursos que posee un/a Trabajador/a Social. El trabajo en los Centros Psicosociales se realiza desde un enfoque interdisciplinario, aportando así diversas visiones sobre una misma situación.

Las definiciones de familia se renuevan constantemente, es así que Mioto plantea que las familias están en un constante proceso de construcción, y las mismas pueden ser un lugar de felicidad o infelicidad para sus miembros según la situación y el momento en el que se encuentran: “a família pode se constituir no decorrer de sua vida, ou em alguns momentos dela, tanto num espaço de felicidade como num espaço de infelicidade. Tanto em um espaço de desenvolvimento para si e para seus membros, como num espaço de limitações e sofrimentos.” (1997, p. 117) Desde el trabajo Social a lo que se apunta es al trabajo con las mismas desde un enfoque abocado a las potencialidades que presentan, planeando acciones e interviniendo para fomentar el cambio en los casos que se requiera necesario. Lo que se pretende es vincular a las familias brindándoles información sobre la propia enfermedad mental así como de la rehabilitación, “propiciando el medio para desarrollar habilidades de manejo de la enfermedad y brindando el apoyo que dichas familias necesiten para hacer frente a este problema.” (Guerrini, 2009, p. 3)

La intervención que se realiza por parte de los profesionales depende la situación que atraviesa cada individuo y con ello su familia. Es preciso que el espacio donde la persona que presenta el trastorno mental se maneja sea de apoyo, contención, un espacio seguro donde pueda potenciar sus virtudes y su autonomía. En muchos casos la familia no es un lugar seguro, sino que “é o lugar que coloca em risco a segurança física e emocional de seus membros” (Miotto, 1997, p. 118) Es en esto en lo que hay que tener especial atención, ya que aquí es donde puede observarse un retroceso en lugar de avances en el proceso de rehabilitación.

La intervención del Trabajo Social procura propiciar herramientas para transformar y superar las dificultades a las que se enfrenta la familia en la convivencia con una persona que presenta un trastorno mental. Al momento de intervenir con familias, Quintero citada por Guerrini plantea que “el Trabajo Social es una intervención en el sentido que intervenir significa tomar parte de una acción con la intención de influenciarla. La intervención del trabajador social consiste en permitir a la persona/sujeto desarrollar sus capacidades, ayudarlo a modificar su situación y finalmente ayudarlo a resolver sus problemas.” (2009, p. 3) Esto es a lo que se apunta en la intervención en la rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales, así como también se cree de suma importancia la intervención con la familia para que puedan convertirse en un recurso en el proceso de rehabilitación de su familiar en lugar de ser una obstrucción en el mismo.

El rol del Trabajo Social es en los Centros de Rehabilitación Psicosocial es en gran parte “ajudar a família a identificar suas fontes de dificuldades e a realizar mudança para que possam alterar sua situação” (Miotto, 1997, p. 125)

Tal como fue planteado con anterioridad, existen diversos motivos por los que la familia acude o no al Centro al cual concurre el familiar con trastorno mental. En caso de concurrir, es preciso tener en cuenta cada una de las necesidades y dificultades por las que

está atravesada tal familia, así como también tener en cuenta que en muchos de los casos concurre al Centro con altas expectativas de solución inmediata de su problema. La mayoría de los casos donde la familia concurre en busca de ayuda profesional se da “quando uma família (...) já não dispõe de recursos para lidar com as suas dificuldades” (Miotto, 1997, p. 124), esperando por parte del Centro una pronta solución a las mismas.

Cuando la familia no se acerca al Centro, se da generalmente porque está exhausta de la problemática a la que se enfrenta, se desliga totalmente de la situación sin saber la importancia que tiene su accionar en la rehabilitación, tanto positiva como negativamente. Cuando la familia está presente, el proceso de rehabilitación se vuelve fluido y de esta forma los aspectos positivos de la misma se visualizan fácilmente. En los casos en los que la familia no interviene, el trabajo se hace arduo, ya que la persona no recibe ningún tipo de estímulo ni se fomentan sus capacidades cuando se encuentra fuera del Centro Psicosocial al que concurre. Cabe destacar que es un problema con el que hay que lidiar cuando las personas no cuentan con un grupo familiar como sostén, ya que los avances en cuanto a las capacidades son menos visibles y generalmente no se logran sostener en el tiempo.

A lo que se apunta desde el Trabajo Social es a un trabajo conjunto entre familia, institución y la persona que presenta la enfermedad mental, siendo la familia interpretada como espacio de intervención tan importante como la propia persona que presenta la enfermedad mental, ya que se entiende que “todos sus miembros están interrelacionados de manera tal que si algo afecta a uno de ellos, a su vez afecta a todo el grupo familiar.” (Guerrini, 2009, p. 4) Hay que apuntar a fortalecer las cualidades familiares, sin perder de vista que “a capacidade de cuidado e proteção dos grupos familiares depende diretamente da qualidade de vida que eles têm no contexto social nos quais estão inseridos” (Miotto, 1997, p. 121).

Se apunta a fomentar las fortalezas de la familia, entendiendo que las mismas se han convertido en las últimas décadas como recursos activos a los que se puede apuntar al momento de pensar la rehabilitación. Es necesario desde el Trabajo Social “identificar, aprovechar y fortalecer las redes sociales en las que se encuentran insertas las familias” (De Martino y Vecinday, 2011, p. 36) para forjar la contención que las mismas necesitan en estos procesos.

## **Reflexiones finales**

Lo expuesto en este trabajo pretende dar certeza de la importancia que tiene el rol de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial de una persona que presenta algún tipo de enfermedad mental.

Los primeros tratamientos de la enfermedad mental en nuestro país apuntaban a la familia como ajena al mismo, siendo considerada en muchos casos como culpables de dicha enfermedad. A medida que se fue profundizando en el estudio de la temática de la Salud Mental en el país, la relación familia-rehabilitación se modificó. Esto da cuenta de la importancia que se le ha adjudicado a la intervención de las familias en el proceso de rehabilitación.

Si bien lo expuesto a lo largo del documento refiere a la importancia del rol de la familia en la rehabilitación, no se debe olvidar que muchas veces se presenta como una dificultad ya que no siempre es posible el acceso a las mismas para formar parte del proceso de rehabilitación de un familiar con trastorno mental. Según comentarios de los propios técnicos de los distintos Centros Psicosociales “los familiares no quieren ir a escuchar problemas de otros porque 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 trastorno mental”; desde los centros se apunta a trabajar con este tipo de situaciones porque se entienden las dificultades y sensaciones que atraviesan las familias, así como las necesidades que las mismas presentan: “entendemos que todo esto puede resultar una carga (para los familiares), y vamos a ver desde qué lugar los podemos abordar y acompañar”.

Cuando las familias son consideradas en los procesos de rehabilitación, los avances que se observan en las personas con trastorno mental son notorios: se fomenta su autonomía, su independencia al momento de realizar acciones cotidianas se fortalece, así como también la

integridad de la persona se realiza al momento de forjar lazos sociales. Esto es posible trabajando en conjunto con la familia, para así fomentar las fortalezas de la persona.

Por otro lado, las “intervenciones han demostrado tener su eficacia en términos de prevención de recaídas y crisis, en la promoción de mejores niveles de Salud Mental para la población y en términos de mejora de la calidad de vida de los usuarios y sus familias.”

(Laureiro et al, 2017, p. 42)

Si bien el nivel de concurrencia de los familiares a los distintos centros donde acude la persona que presenta una enfermedad mental es muy bajo, desde los mismos no se deja de incursionar modalidades para que la asistencia aumente. Una problemática importante a la que se enfrentan los centros es a la escasez de recursos técnicos, lo cual obstaculiza las intervenciones con familias. Esto asienta las dificultades en el proceso de rehabilitación ya que no se logra el objetivo del trabajo con familias.

El Trabajo Social es un nexo claro entre la institución y la familia, y fortalecer las intervenciones es significativo para el proceso de rehabilitación. Por esto se sugiere propiciar instancias de acercamiento con las mismas, teniendo en cuenta que hasta el momento las familias han estado en su mayoría sobreexigidas por lo que implica la presencia de la enfermedad. Es necesario que la familia comprenda la importancia de su rol en el proceso de rehabilitación, pero entendiendo que el propósito no es sobrecargarlas con mayores responsabilidades sino informar sobre cómo pueden ser de apoyo al familiar que se encuentra en el proceso de rehabilitación.

Para que el proceso de rehabilitación al que acceden las personas con trastornos mentales sea eficiente y de calidad, se debe apuntar al trabajo en conjunto con las familias

desde todos los ámbitos de la rehabilitación<sup>7</sup>, propiciando nuevas modalidades de intervención que se adapten a las diversas realidades que enfrentan las familias.

---

<sup>7</sup> Ámbitos de la rehabilitación hace referencia a las capacidades individuales y sociales que desarrolla el individuo en el proceso de rehabilitación.

## Referencias Bibliográficas

Abaca, Laura, et al. (2007) *Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro*  
Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.

Amarante, Paulo coord. (1998) *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Segunda edición. Río de Janeiro: Fiocruz

Amate, A. y Vásquez, A. (2006) *Discapacidad: lo que todos debemos saber*. Washington,  
D.C: OPS (Publicación Científica y Técnica No. 616)

Amico, Lucia del Carmen (2004) *Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental*. En Revista Margen. {Online} Edición N° 35. Disponible en:  
<http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html#sdfootnote18anc>

Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. Año 2011, volumen 7

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.  
Disponible en:  
[http://www.13snhct.sbhct.org.br/resources/anais/10/1345077733\\_ARQUIVO\\_dispositivosposmanicomiales.pdf](http://www.13snhct.sbhct.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf)

Chape, Alejandra (2015) *Familia: ¿En la salud y en la enfermedad?* Montevideo, Uruguay.  
Universidad de la República, Facultad de Psicología

Cohen, Hugo y Natella, Graciela coords. (2007) *Trabajar en salud mental: la desmanicomialización en Río Negro*. Primera edición. Buenos Aires: Lugar Editorial

Corleto Rapela, Cecilia (2013) *¿Cómo se manifiesta en la cotidianeidad de una familia la presencia de la enfermedad mental?* (Tesis de Grado Licenciatura en Trabajo Social)

Recuperado en <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/7191>

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

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

De Martino, Mónica (2009) *Familia, Estado y Políticas sociales. La trama de nuevas formas de gobierno*. Revista de trabajo social, ISSN 0716-9736, N°. 76 , págs. 119-131

De Martino, Mónica; Vecinday, María Laura: (2011) “Notas sobre nuevas formas de gestión de la pobreza: individuación, informatización y responsabilidad familiar de los problemas sociales”. Colombia. Revista Tendencia & retos. N°16.

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

Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). *Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83 “ 96. Disponible en <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>

Fernández Castrillo, Beatriz (2015) *Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista*. Ediciones Universitarias, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR)

- 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. (1961) Historia de la locura en la época clásica (Vol. 1). México: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1961). Historia de la locura en la época clásica (Vol. 2). México: Fondo de cultura económica.
- Gisbert Aguilar, Cristina coord. (2003) *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Ponencia. Congreso Asociación española de neuropsiquiatría Madrid. Recuperado de [http://www.aen.es/docs/SRPS\\_RPS\\_y%20Tratamiento\\_Integral\\_TMS\\_AEN.pdf](http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf)
- Guerrini, María Eugenia (2009) *La intervención con familias desde el Trabajo Social*. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen56/guerrini.pdf>
- IMSERSO (2007) *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Doc. N°21005. 1ª ed. España: Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenerfermental.pdf>
- Jelin, Elizabeth (1998) *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Recuperado de <http://www.undav.edu.ar/general/recursos/adjuntos/8178.pdf>
- Laureiro, Noelia; Leal, Gelen; Pouso, Mariana; Suhr, Nelsy; Zabala, Leonardo (2017) *Modelos de intervención utilizados con familias en Centros de Rehabilitación Psicosocial de Montevideo y Canelones*.

Mioto, Regina (1997). *Familia e Serviço social. Contribuições para o debate. Serviço Social e Sociedade*. Año XVIII N° 55. San Pablo, Brasil: Cortez. Pp.

Mioto, Regina. (2015) Conferencia: *Familia, trabajo con familias y servicio social*. Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales, [S.l.], n. 12, p. 38-47. 0719-7721. Disponible en:  
<<http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/235>>

Nucci, Nelly. *Prácticas pedagógicas y modalidades de supervisión en el área de familia* (pp 43 a 55) en De Martino, Mónica; Gabin, Blanca (2008) *Prácticas pedagógicas y modalidades de supervisión en el área de familia*, Universidad de la República - FCS - DTS – CSE

Organización Mundial de la Salud, 2004, *Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*

Plan Nacional de Salud Mental (1986) República Oriental del Uruguay. Disponible en:  
<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>

Techera Andrés y Apud Ismael y Borges Cristina (2009) *Rehabilitación psicosocial y psiquiatría en La sociedad del Olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. CSIC. Udelar. Pp. 39 – 48.

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

## Fuentes

Ley N° 19.529. Ley de Salud Mental. Montevideo, Uruguay. Publicación: 19/09/2017. En

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017/31>

Ley N° 9.581. PSICOPATAS. Montevideo, Uruguay. Agosto, 1936. En

[https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/URY/INT\\_CAT\\_ADR\\_URY\\_16764\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/URY/INT_CAT_ADR_URY_16764_S.pdf)

Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (2011) En

<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>