

UNIVERSIDAD DE LA
REPÚBLICA
Facultad de Psicología
Trabajo Final de Grado
Pre Proyecto de Investigación

FAMILIA:

¿En la salud y en la enfermedad?

Experiencias y sentires

Alejandra
Chape
Fernández
C.I: 42848474
Tutora:
Mag. Psic.
Cecilia
Baroni
Instituto
De Educación
Y Derechos
Humanos

Mayo 2015
Montevideo,
Uruguay

• Resumen	1
• Palabras Clave	1
• Abstract	1
• Key Words	1
• Fundamentación	2
• Antecedentes	4
• Referentes teóricos	10
La familia sistémica	10
El advenimiento de un trastorno mental como crisis del sistema familiar	11
La familia y sus sentires	13
• Problema y preguntas de investigación	13
• Objetivos	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
• Diseño metodológico	14
• Consideraciones éticas	15
• Cronograma tentativo	16
• Resultados esperados	16
• Referencias bibliográficas	17

RESUMEN

Este trabajo pretende dar cuenta de las experiencias y sentires de los familiares que ocupan un rol de agentes terapéuticos en los tratamientos de rehabilitación y reinserción social de los pacientes. Trabajos a nivel nacional e internacional manifiestan la importancia de incluir a los familiares en los tratamientos debido a la evidente mejora en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, no se encontraron estudios en Uruguay que trabajen desde la dimensión familiar y su enfrentamiento con el trastorno mental, advirtiendo la importancia de contribuir al conocimiento académico en la temática. Al ocupar los familiares un lugar activo y participativo en los tratamientos, en tanto recursos terapéuticos, se vuelve menester conocer las formas en que se construyó dicho rol y las herramientas con las que cuentan.

La metodología del trabajo es cualitativa, realizándose entrevistas en profundidad a informantes calificados y grupos de familiares que participan activamente de diferentes prácticas en salud mental.

Palabras claves: familia – trastorno mental – agente terapéutico

ABSTRACT

This work intends to explain the experiences and feelings of the relatives who play a therapeutic agent role in the patients' rehabilitation and social reintegration treatments. National and international studies show the importance of including the relatives in the treatments, due to the visible improvement in the patients' quality of life. However, in Uruguay were not found studies which work the family dimension and its dealing with mental disorders, demonstrating the importance of contributing to the academic knowledge in the topic. By playing the relatives an active and participative place in the treatments, in relation to therapeutic resources, it is needed to know the way in which this role has been built, and the tools used.

The methodology of work is qualitative, doing in-depth interviews to qualified informants and groups of relatives who actively participate in different practices of mental health.

Key word: family- mental disorder-therapeutic agent

FUNDAMENTACIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2011), “al menos una de cada cuatro personas sufrirá un trastorno mental a lo largo de su vida”. Si bien en Uruguay no contamos con buena información de datos epidemiológicos, la tasa de incidencia es de carácter universal, por lo cual no varía en las diferentes culturas y situaciones socioeconómicas (Ginés, 2015). Este resultado sitúa a los profesionales de la salud ante un fuerte desafío. La problemática entorno a la salud mental continúa creciendo y exige revisiones constantes.

En el tratamiento a la locura, a partir del S. XVII, las sociedades encontraron en los manicomios una forma específica de dominar estos padecimientos de lo mental. Así, las “correctoras del desvío” (Kazi y Ajerez, 2008, p. 17) encerraron el sufrimiento psíquico en espacios de control lejos del afuera. Hoy podemos afirmar que “(...) los centros psiquiátricos se convirtieron en un almacén de enfermos, donde el objetivo fundamental era su custodia y su alejamiento de la sociedad” (Gradillas, 1998, p. 17).

En los últimos 29 años, en Uruguay se han desplegado algunos cambios tendientes a la apertura de las instituciones para aquellas personas que padecen trastornos mentales. La aprobación del Programa Nacional de Salud Mental (en adelante PNSM), en el año 1986, significó un avance ante las demandas de familias, pacientes, trabajadores, técnicos y docentes en salud mental, por “(...) modificar las condiciones de existencia, el destino y los derechos de decenas de miles de orientales marginados a lo largo del siglo, por su condición de padecer trastornos mentales (...)” (Ginés, Porciúncula y Arduino, 2005, p. 129). En el año 2005, acompañando la Reforma del Estado, surge la exigencia de profundizar en la Reforma Sanitaria. Es a partir del 2007 que ésta toma cuerpo a través de un conjunto de normas, pudiendo considerarse como la más importante de la historia (Plan de Implementación de prestaciones en Salud Mental en el SNIS, 2011).

Con la intención de llevar a la práctica los lineamientos del PNSM, la Comisión mixta MSP - Facultad de Medicina, planteó tres direcciones en las cuales trabajar, incluyendo en una de ellas la necesidad de desarrollar nuevos modelos asistenciales. La extensión de diversos centros de rehabilitación psicosocial es muestra de un avance en esta línea (Ginés et al, 2005).

El cambio de paradigma en el entendimiento de la salud mental, ha posibilitado profundizar en los abordajes psicosociales, integrando a familia y comunidad en las estrategias de rehabilitación (del Castillo, Villar y Dogmanas, 2011). Los familiares, pues, se

vuelven un recurso terapéutico importante hacia el logro de la mejor calidad de vida de los pacientes. En nuestro país visualizamos que los centros de rehabilitación psicosocial promueven en sus programas la participación, e integran a los familiares en las estrategias de abordaje. Ejemplos de ello son: Centro Psicosocial Sur Palermo, Centro Diurno Sayago, Centro de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social (CIPRES), C.N.R.P “Dr. Alberto Martínez Visca”, entre otros.

Un estudio reciente realizado para la Revista de Psiquiatría del Uruguay que evaluó los resultados de un programa de rehabilitación integral por un periodo de 10 años: *“Evaluación de resultados de un programa de rehabilitación psicosocial integral (Centro de Día) para personas con trastorno mental grave y persistente”* (Pardo, del Castillo, Pérez, Paladino y Kaplan, 2014), concluyó que los abordajes integrales (psicosociales y farmacológicos) se justifican plenamente evidenciando resultados favorables en los casos comprendidos.

“(…) El mayor grado de colaboración de la familia con el tratamiento estuvo asociado a un menor deterioro social al egreso, lo cual indica la importancia de la familia como sostén y apoyo” (Pardo et al, 2014, p. 25). En las últimas décadas, en el ámbito internacional, han aumentado los estudios e investigaciones en rehabilitación psicosocial para personas con trastornos mentales graves. Los resultados indican que los avances en los pacientes han sido significativos, más que nada los vinculados a abordajes familiares y el entrenamiento de habilidades sociales (Pardo et al, 2002).

Percibimos que los trabajos a nivel nacional e internacional, muestran que la inclusión de las familias en los tratamientos de rehabilitación, ha sido relevante para la mejoría de la calidad de vida de los pacientes. Se empieza a valorizar a los familiares en tanto asuman un rol activo y participativo en los tratamientos, posicionándolos como agentes terapéuticos. La familia “(…) se constituye en una vía estratégica para utilizar los parámetros psicosociales en las decisiones del médico general y del equipo de salud de atención primaria” (Horwitz, Florenzano y Ringeling, 1985, p. 144). Lo expresado hasta ahora permite comprender que las políticas en salud mental nacionales consideran a la familias como determinantes en la mejora de la calidad de vida de los pacientes a través de su participación en la rehabilitación, mostrando que “(…) la enfermedad no es solo un fenómeno individual y está directamente vinculada al entorno familiar y social, que puede actuar como agravante o protector” (Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el SNIS, 2011, p. 5). Hemos evidenciado que diversos centros de rehabilitación psicosocial trabajan actualmente con los familiares siguiendo estos lineamientos. Sin embargo, no se encontraron en Uruguay investigaciones que estudien el rol de la familia, en tanto recurso terapéutico, ante la presencia de un trastorno mental, ni sus experiencias en el afrontamiento con éste. Contemplando esta realidad es que el presente pre proyecto pretende incorporar un

enfoque desde la perspectiva de los familiares con el objetivo de conocer sus experiencias y sentires ante el surgimiento de un trastorno mental en alguno/s de sus miembros, y analizar el rol de agentes terapéuticos que desempeñan en los abordajes psicosociales. Cuando un miembro de la familia se ve afectado por un trastorno mental, se suscitan cambios a nivel de todo el sistema familiar en cuanto a su dinámica, funcionamiento y vínculos afectivos, ocasionando una serie de reacciones que varían dependiendo de la situación en la que se encuentran sus integrantes, la significación que le atribuyen al trastorno mental y los recursos con los que cuentan. Se vuelve necesario conocer dichas experiencias y preguntarnos si en su actuación como agentes terapéuticos, poseen herramientas que les permitan desempeñarse desde dicho lugar. Los lazos afectivos y relacionales que construyen los sistemas familiares poseen directa influencia en el desarrollo saludable o desfavorable de sus integrantes, por consiguiente, cuando deviene un trastorno mental, toda la red familiar se encuentra afectada. Independientemente de la fortaleza y del nivel de estabilidad que tenga (en el mejor de los casos), la situación de por sí produce afectaciones que demandan de parte de los equipos de salud un acercamiento que permita comprender el estado en el que se encuentran. Cobra relevancia aprender a leer el contexto donde se desarrolló la falta de salud o enfermedad, porque será allí donde se podrá trabajar en el establecimiento de relaciones más saludables. Las concepciones de los profesionales de la salud sobre la familia de la persona que transita un padecimiento de lo mental, son determinantes para sus intervenciones, cuanto más conocimiento se disponga, más acertadas serán sus decisiones y por ende, reportará una mejora en la calidad de vida de todo el grupo familiar (Cardoso y Morais, 2005).

ANTECEDENTES

En la búsqueda de antecedentes que tomen en cuenta a los familiares en el enfrentamiento con el trastorno mental, se encontró que la mayor parte de los estudios proceden de Brasil. En el intento de comprender las razones de este destaque, se aprecia que, formando parte su Reforma Psiquiátrica, en el año 2001 el gobierno federal promulga la ley 10.216 ilustrando una progresiva extinción de los manicomios y el surgimiento de nuevas formas asistenciales (Rosolen y Saeki, 2006). En Julio de 2003 se firma la ley conocida como “Ley del Programa de Vuelta al Hogar”, impulsando la desinstitutionalización de los pacientes y la inclusión de programas extrahospitalarios de atención en salud mental (Tosta, 2009). Nacen los programas CAPS (Centro de Atención Psicosocial) y PSF (Programa de Salud Familiar). A partir de allí, se comienzan a suceder una serie de investigaciones que ofrecen un acercamiento a las familias y a los servicios de atención en salud mental.

En nuestro país, si bien se advierte un cambio en las formas de entender y abordar los trastornos mentales, donde la familia parece desempeñar un factor determinante: “(...) la enfermedad no es solo un fenómeno individual y está directamente vinculada al entorno familiar y social, que puede actuar como agravante o protector” (Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS, 2011, p. 5), y además de ser contemplada en el Anteproyecto de Ley de Salud Mental (2009), estableciendo dentro de sus objetivos implementar un programa que atienda las problemáticas de las diversas familias, no se hallaron antecedentes de investigaciones o estudios referentes a la relación familia – trastorno mental, ni a las experiencias vinculadas con su rol de agente terapéutico. No obstante ello, destacamos la existencia de prácticas interesantes que incluyen a las familias en sus diferentes programas. Es por dicha razón que elegimos describir algunas de estas experiencias al final del apartado.

Con los antecedentes que surgieron vinculados a nuestra temática (provenientes de México, Colombia y principalmente Brasil), se realizó una categorización que abarca la siguientes dimensiones: la visión de los equipos de salud sobre las familias que afrontan un trastorno mental, las perspectivas familiares sobre la presencia del trastorno y la atención de los servicios de salud, el impacto que les imprime el advenimiento del trastorno, y sus necesidades ante situaciones críticas.¹

Aportando a la dimensión de la visión de los equipos de salud sobre las familias que enfrentan un trastorno mental, el estudio “*Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental*” (2005) llevado a cabo por Cardoso y Morais, recoge datos proporcionados por los profesionales del PSF en Ilhéus, Bahía. De los resultados obtenidos, realizaron una agrupación de seis tipos de familia según la consulta:

- a) la familia inscripta por lazos consanguíneos y afectivos; b) la familia como cuidadora y blanco del cuidado en salud; c) la familia como motivadora y sufridora del prejuicio; d) la familia impotente y carente de recursos; e) la familia como productora de malos tratos; f) la familia desequilibrada (Cardoso y Morais, 2005, p. 175)

¹“Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre la atenção básica” (Estevam, Marcon, Antonio, Bouttelet y Pagliarini, 2011); “O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental” (Mazzuco, Preve, Süsskind, Leite, 2011); “Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental” (Frari, Guidorizzi, da Silva, Ciccone y Cardoso, 2011); “A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos” (Navarini y Hirdes, 2008); “A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental” (de Oliveira, Schwartz y Prado, 2008); “Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis” (Rascón, Valencia, Domínguez, Alcántara y Casanova, 2014); “Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental”, (Cardoso y Morais, 2005); “Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial” (Pegoraro y de Lima, 2006); “Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental” (Uribe, Mora y Cortés, 2007).

Esta investigación nos devela la importancia que adquiere el discurso familiar en el vínculo con los equipos de salud, ya que los sentidos que se atribuyen por parte de los profesionales a la persona que transita el trastorno y a la familia, pueden contribuir a reforzar la exclusión, o bien, romper con ella.

Para la dimensión de las perspectivas familiares en relación al trastorno mental y la atención de los servicios de salud, contamos con el estudio “*Conviviendo con trastorno mental: perspectiva de familiares sobre la atención básica*” (2011), efectuado por Estevam, Marcon, Antonio, Bouttelet y Pagliarini. Se llevó a cabo realizando entrevistas y observaciones a familias en sus respectivos domicilios. El objetivo del mismo fue “(...) identificar la atención ofrecida a familiares de portadores de trastornos mentales en Unidades Básicas de Salud (UBSs) y comprender el cotidiano de las familias del portador del trastorno mental” (Estevam et al, 2011, p. 679). Del análisis de los datos, obtuvieron dos categorías: 1) el trastorno mental en la perspectiva familiar y la relación con servicios de salud, y 2) conviviendo con la enfermedad mental.

De las entrevistas se desprende que, para las familias, la asistencia prestada por los profesionales de la salud, está enfocada directamente a la persona que padece el trastorno mental, no incluyéndolas. Los autores reflexionan que los servicios de salud deben considerar a las familias como potenciales usuarias debido a que son un recurso terapéutico, y como tal necesitan un acompañamiento en dicho proceso.

En cuanto a la convivencia de la familia con el trastorno mental, surgen sentimientos de angustia y tristeza tanto de la persona que sufre el trastorno como del resto de los miembros, por estar presente siempre la proliferación de una nueva crisis o recaída (Estevam et al, 2011). Se vive en una constante situación de inestabilidad emocional, los autores notan en sus rostros y cuerpos el sufrimiento por el que están atravesando, mostrando una sobrecarga afectiva muy importante.

Correspondiendo a la dimensión del impacto que les imprime a las familias el advenimiento del trastorno mental, haremos referencia a dos estudios. Uno de ellos trabaja sobre la percepción del estigma que sobreviene con el trastorno mental (tanto para la persona que padece el mismo como para sus familias); y el otro analiza la sobrecarga familiar ante la presencia de trastorno mental en alguno/s de sus miembros.

“*Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental*” es un estudio realizado por Uribe, Mora y Cortés en el año 2007, y analiza el estigma sentido en pacientes y familias con presencia de un trastorno mental en Colombia,

describiendo ejemplos sobre la percepción que tiene dicha población de este atributo. Definen al estigma como “(...) el efecto negativo que una marca o una etiqueta produce en un grupo, tal como una minoría étnica, religiosa o pacientes con ciertas enfermedades entre las que se destacan el sida y la enfermedad mental (Hayward y Bright, 1997)” (Uribe et al, 2007, p. 208). En las conclusiones, resaltan que todas las familias entrevistadas son conscientes del estigma y de las implicaciones del advenimiento del trastorno, para ellos y para el propio paciente. Observaron una serie de etapas internas por las que pasan las familias en el proceso: “(...) negación, frustración, duelo y aceptación de la enfermedad” (Uribe et al, 2007, p. 218). Es en esta última etapa donde se empezarían a sentir los cambios sociales del diagnóstico y del trastorno mental. Según este estudio, las familias muestran un rol de protector o sobreprotector, viendo al paciente como un niño debido a las limitaciones propias asociadas al trastorno. Argumentan que dicho resultado puede deberse al esquema familiar característico de su país. Esta contextualización del resultado obtenido es primordial debido a que, como ellos mismos plantean, su visión parecería contraria a resultados de otros países donde el paciente es considerado peligroso e impredecible.

De Oliveira, Schwartz y Prado realizaron una investigación que tenía como objetivo conocer la sobrecarga de la familia que convive con el trastorno mental: “*A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental*” (2008). Se realizaron entrevistas a familiares en un centro de atención psicosocial y en el domicilio de éstos. Los autores parten de que la presencia de un sufrimiento mental en la familia puede provocar cambios en la rutina, los hábitos y las costumbres de los familiares. La sobrecarga se puede producir debido a las necesidades de readaptación de la familia, el estigma social y la dependencia que se deriva de convivir con una persona que presencia un sufrimiento psíquico. La dividen en sobrecarga objetiva y subjetiva, siendo la primera más concreta vinculada a las demandas de la convivencia en sí, y la segunda, más abstracta, que contempla el universo emocional (de Oliveira et al, 2008). En sus resultados advierten la presencia de tres tipos de sobrecarga: financiera, de cuidados y, física y emocional. Sobrecarga financiera: Los autores resaltan que ante la presencia de un trastorno mental, las familias suelen reacomodar sus relaciones y estructuras debido a varios factores. La persona que presencia un sufrimiento psíquico encuentra limitaciones para insertarse en el mercado laboral debido muchas veces a los efectos colaterales de los psicofármacos o la propia sintomatología del trastorno. Este integrante se vuelve no productivo, económicamente hablando, por lo que las familias comienzan a sufrir ciertas privaciones financieras. La situación se agrava cuando la persona proveedora es además la única cuidadora, teniendo que prever la necesidad de faltar a su trabajo para atender las demandas de la persona que padece el trastorno. Sobrecarga de cuidados: Los autores advierten que los familiares desarrollan estrategias de cuidado que muchas veces no son las mejores, pero que es la manera que

conquistaron. "(...) La persona responsable del cuidado pasa a organizar su vida entorno a la enfermedad y sus necesidades personales pasan a un segundo plano" (de Oliveira et al, 2008, p. 592). Declaran que los familiares perciben la convivencia como difícil y frecuentemente no saben cómo actuar. Se preocupan por la correcta administración de medicamentos, tomando para sí la responsabilidad de atender los horarios en que deben administrarse porque temen que su familiar lo haga mal y ponga en riesgo su vida. Sobrecarga física y emocional: los investigadores señalan que los familiares sufren de ansiedad por encontrarse siempre alertas y con miedo de los comportamientos que pueda adoptar la persona que padece el trastorno. Los familiares se perciben más nerviosos, irritados, con falta de apetito y distorsiones en el sueño. A esto se le suman problemas físicos como: "(...) problemas de columna, hipertensión arterial, problemas cardíacos, estrés, tensión y nerviosismo (...)" (de Olivera et al, 2008, p. 593).

Para la última dimensión que trata de las necesidades de las familias ante las crisis, aludimos al estudio "*Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis*" llevado adelante en la ciudad de México, por los investigadores Rascón, Valencia, Domínguez, Alcántara y Casanova en el año 2014. Se basó en la experiencia de grupos de discusión de familias con pacientes con trastorno esquizofrénico que acudían a instituciones públicas de salud mental. A través de un espacio de diálogo se abordaron diversas temáticas como: "la significación de la esquizofrenia, la experiencia y las principales necesidades de los familiares ante las situaciones de crisis a las que se han enfrentado a lo largo del proceso de la enfermedad" (Rascón et al, 2014, p. 240). Los autores exponen que existen varias crisis por las que pasan las familias en relación al advenimiento de un trastorno. En un primer momento se observa crisis familiar ante el diagnóstico y en el proceso de aceptación del mismo. Surge de la investigación, que la carencia de información sobre el trastorno al momento del diagnóstico, genera en los familiares angustia y desesperación, además de incertidumbre en relación al tratamiento y las perspectivas de vida del paciente. Posteriormente, en el proceso de aceptación, pueden ocurrir distintas situaciones dependiendo del tipo de involucramiento que tenga cada miembro de la familia con el tratamiento. Las recaídas siguientes que pueda tener el paciente esquizofrénico, también son consideradas como crisis. La mayoría de ellas, según los familiares entrevistados, son provocadas por el mal manejo de los medicamentos o hasta la falta de administración de éstos.

En los resultados de la investigación se destaca la necesidad de información sobre el trastorno, la atención integral que incluye tratamiento farmacológico, terapia individual y grupal, ocupacional, psicoeducación, etc; y grupos de apoyo.

En nuestro país se hallaron diversas propuestas que incluyen a las familias en sus enfoques: centros de rehabilitación psicosocial, asociación de familiares y prácticas en talleres que trabajan directamente con las familias. Algunas de ellas son: Centro de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social (CIPRES), Grupo Esperanza y Talleres de familiares de personas con TMSP.

Centro de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social (CIPRES). Es una asociación civil que atiende a personas con sufrimiento psíquico severo y a sus familias. Los pacientes pueden provenir tanto de una institución pública como privada. Cuentan con diferentes espacios, dentro de los cuales se destaca el Psicoanálisis Multifamiliar. Basándose en las experiencias del profesor Jorge García Badaracco, en CIPRES trabajan con las familias en las llamadas “asambleas”, donde intercambian experiencias acerca de los trastornos. Grupo Esperanza. Es una ONG (1984) que asocia a familiares y amigos de personas con trastornos mentales graves tipo esquizofrenia. En busca de comprensión y apoyo (como explicitan al comienzo de su blog <http://gdelaesperanza.blogspot.com>), crean espacios de intercambio y diálogo. Se plantean que cuando un familiar se enfrenta al surgimiento de un trastorno mental, sus vidas se ven transformadas y golpeadas fuertemente por el acontecimiento. Talleres de familiares de personas con TMSP. Un equipo de Salud integrado por los médicos psiquiatras Aldo Lista y María Ferrando, la Licenciada en Psicología Soledad Añorga y el Enfermero Comunitario Omar Spinelli, trabajan en talleres dirigidos para familiares con trastorno mental severo y persistente (TMSP) en el Centro de Salud “La cruz de Carrasco”. En este asistencial se realizan reuniones los segundos y cuartos miércoles de cada mes y está dirigido a los familiares de los pacientes del subsector público y privado. Se plantean dos objetivos a corto plazo, por un lado brindar información integral referente a la enfermedad, y, en segundo lugar, atender y contener a los familiares. Asimismo, proyectan un objetivo a largo plazo que es crear grupos de autoayuda de familiares y que éstos se incorporen a las organizaciones ya existentes (<http://tallersaludmental.blogspot.com/>).

REFERENTES TEÓRICOS

La familia sistémica

“La locura no está en una persona, sino en un sistema de relaciones del cual forma parte esto que llamamos paciente.” (Pavlovsky, 1987, p. 240).

La teoría general de los sistemas (1940) de Ludwing von Bertalanffy, proporcionó un modelo teórico y práctico que fue aplicado por diversas disciplinas como la biología, la sociología y la psicología, entre otros. La familia, para la perspectiva sistémica, constituye un sistema abierto en incesante devenir que establece relaciones de intercambio e

interacción constantes entre sus partes y con el entorno. “Implica la idea de heterogeneidad, de integración y oposición, de semejanza y diferencia, de estabilidad y cambio” (Vidal, 2010, p. 46). Berenstein (2012), basándose en los autores Watzlawick, Beavin y Jackson (1971), establece que los sistemas abiertos, desde la teoría de la comunicación, poseen las siguientes propiedades: totalidad, homeostasis, equifinalidad y calibración. Consideramos oportuno analizar brevemente a cada una de ellas con el fin de comprender el funcionamiento familiar y cómo éste puede influir en relación al advenimiento de un trastorno mental. El principio de **totalidad** refiere a que “(...) cualquier variación de alguno de los elementos y las relaciones que lo constituyen, modifica el sistema todo (...)” (Vidal, 2010, p. 35). Esto se debe a que la familia es más que la suma de sus miembros. El advenimiento de un trastorno mental en uno o varios miembros de la familia, produce afectaciones en el resto de los integrantes del sistema, causando variantes en sus relaciones y funcionamiento. Al trabajar desde un abordaje psicosocial, integrando a las familias en los procesos de rehabilitación, se debe considerar que los cambios que se produzcan en cualquiera de los miembros, repercutirá en el resto de sistema. Mientras más comprensión se tenga del mismo, de sus interacciones, más acertadas serán las estrategias de intervención. La familia, como sistema abierto, posee la propiedad de **homeostasis**. Al ser las relaciones entre las partes de circularidad (cada parte modifica a la otra) y no de sumatoria, se describen propiedades de realimentación: “(...) el sistema tiene mecanismos para volver al estado inicial de equilibrio, pero se puede incrementar el desequilibrio en el sentido del desarrollo o de la patología” (Berenstein, 2012, p. 48). El autor menciona el ejemplo de una familia con un integrante esquizofrénico donde éste comienza a adquirir un funcionamiento no esquizofrénico. Inconscientemente la familia pretenderá recuperar el equilibrio, forzándolo a recobrar su funcionamiento anterior, porque las condiciones de equilibrio deben ser aceptables para todas las partes del sistema. “Cuando una persona dentro de un grupo familiar cambia, se enfrenta al sistema, lo contradice con su conducta, se autodependiza de él... altera el sistema y provoca el conflicto” (Maganto, 2004, p. 3). Los sistemas abiertos tienen **equifinalidad**. Esta propiedad conlleva intrínsecamente la cualidad dinámica, donde no existen caminos lineales o únicos. En los sistemas familiares gobiernan la incertidumbre y el caos, tornándose lo impredecible como característica y no la estática y lo absoluto (Rojas, 2001). “Dadas unas ciertas condiciones iniciales, la evolución podrá generar comportamientos más o menos sensibles a variaciones en relación con el inicio” (Vidal, 2010, p. 38), pero pueden convivir también con evoluciones más previsibles. Los procesos de enfermar no responden a relaciones de causa-efecto. No podemos postular que hay familias que “evolucionan” a la enfermedad por poseer ciertas condiciones o características iniciales, porque el estado de cada una de ellas depende de la naturaleza de sus relaciones. Para los equipos de salud es fundamental aprender a leer estas relaciones complejas y encauzar estrategias que sean contextualizadas a cada realidad familiar.

Berenstein (2012) señala que el término **calibración** fue introducido por Bateson y es una forma de regular: “(...) la regulación por calibración consiste en el pasaje del sistema de un estado a otro” (p. 49). La calibración es un mecanismo que busca la estabilidad del sistema por procesos de retroalimentación. El autor emplea el modelo del termostato para explicar el funcionamiento. En un sistema de calefacción, la función del termostato es de calibrar la temperatura. Cuando ésta se excede de los límites, el termostato se activa para volver a los rangos definidos, pero el estado no es el mismo por más que haya regresado al equilibrio. La familia, con el advenimiento de un trastorno mental en alguno/s de sus integrantes, buscará volver a la estabilidad intentando “corregir” el desequilibrio, pero no significa que vuelva al estado anterior, tendrá estabilidad pero pasó a otro estado.

Este breve acercamiento a las propiedades de la familia como sistema, nos permite reflexionar acerca de lo complejo de su funcionamiento y la variabilidad de situaciones que se pueden desplegar con el advenimiento de un trastorno mental. Al trabajar con familias que enfrentan una situación conflictiva, los profesionales de la salud deben aprender a leer los modos de relacionamiento de cada familia y sus formas de comunicación, no solo entre sus miembros, sino también con el entorno.

El advenimiento de un trastorno mental como crisis del sistema familiar

La familia, como categoría evolutiva, se encuentra atravesada por diferentes etapas que componen el llamado ciclo vital. En su desarrollo, se suceden una serie de acontecimientos significativos que implican cambios tanto a nivel individual como grupal. Encontramos situaciones críticas que son parte del desarrollo vital familiar ya que están relacionadas con los cambios biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de sus miembros. Pero, en ocasiones, las familias deben enfrentar otro tipo de sucesos, denominados paranormativos o no transitorios, como puede ser el surgimiento de un trastorno mental en alguno/s de sus integrantes, comportando un momento desestabilizador ocasionando contradicciones internas que pueden afectar la salud familiar (Herrera, 2012).

La crisis no se produce por el evento en sí, sino que es un proceso que está ligado a la significación que le atribuye la familia a dicho acontecimiento y los recursos con los que cuentan para enfrentarlo. Significación del acontecimiento. La significación que le atribuyen al advenimiento de un trastorno mental, está asociado con el criterio de salud - enfermedad que posean. Para Berenstein (2012), el grupo familiar no cuestiona el código de valores en el otorgamiento de la significación “sano” o “enfermo” porque siguen los lineamientos de las normas socialmente establecidas y naturalizadas. Ajustado a la norma, “normal”, deriva del viejo paradigma simplista y sus dualismos de salud – enfermedad, normalidad – anormalidad, adaptación – desadaptación. Entender el proceso de salud – enfermedad

desde un enfoque dinámico, posibilita a los equipos de salud que trabajan con las familias, romper con modelos establecidos y resignificar la percepción que posean. Recursos de enfrentamiento. Pueden encontrarse familias que se muestren capaces de enfrentar la situación conflictiva adoptando mecanismos que permitan recuperar una cierta estabilidad. Pero, hay otras que pierden el control y se desequilibran ante los cambios y esto repercute en el proceso de salud - enfermedad (Ortiz, 1999). Beutner y Hale (1964), señalan que los cambios que van ocurriendo en la persona, harán que parezca extraña, distinta y eso puede asustar a los que lo rodean. Como consecuencia, los vínculos se van tornando más complejos, ocasionando distanciamiento. La extrañeza, lo diferente, lo nuevo, genera preocupación y hasta rechazo. Como veremos a continuación, hay familias que poseen ciertos recursos de enfrentamiento a las crisis que les facilitan transitarlas y transformarlas en oportunidades de cambio. Nuestro interés radica en conocer si las familias que se desempeñan como agentes terapéuticos en los tratamientos, poseen estos u otros recursos de enfrentamiento, y además cómo se fueron construyendo los mismos.

Dentro de los recursos más importantes con los que cuenta una familia al enfrentarse a una crisis, tenemos: la cohesión, la flexibilidad, la permeabilidad y el apoyo social. La cohesión se expresa a través del sostén, el afecto y la confianza entre sus integrantes. Hablamos de un sentido de unidad donde todos los miembros se puedan sentir parte de las decisiones que se lleven a cabo. Para esto es esencial contar con una comunicación clara y abierta, o sea, aprender a obtener y recibir información de otros. La flexibilidad permitirá la adaptación a nuevos roles dentro del sistema y en su vinculación con el entorno. La permeabilidad es un recurso de apertura de los miembros familiares con otros subsistemas, como pueden ser amigos e instituciones sociales, propiciando la posibilidad de recibir apoyo desde afuera. Por último, el apoyo social refiere a un recurso familiar que puede provenir tanto de adentro del sistema como de afuera. Cuando proviene de adentro hablamos de que los propios miembros de la familia actúan como soporte para el resto de los integrantes. Si procede desde afuera, nos referimos al soporte brindado por otras personas, grupos e instituciones (González, 2000).

La salud familiar, entonces, está vinculada con el funcionamiento que tienen como grupo y su capacidad de enfrentarse a los cambios: "(...) para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros" (Herrera, 1997).

La familia y sus sentires

“Uno de esos aspectos relevantes que transversalizan todas las etapas del ciclo de vida es el *vínculo afectivo*, el cual tiene su expresión en la posibilidad de construir lazos o uniones de cariño, comprensión, tolerancia, aceptación, empatía, apoyo, comunicación (...)” (Hernández y Sánchez, 2008, p. 56). Es en la familia donde logramos expresar inicialmente nuestras emociones suponiendo que ésta brinde un espacio seguro, de buen relacionamiento y comunicación entre sus miembros. Como sistema abierto, en constante interacción, las emociones que se vivencian de parte de cada uno de sus integrantes, produce afectaciones en el resto del grupo. La presencia de un trastorno mental en la familia reporta una experiencia crítica, pudiendo ocasionar cambios a nivel estructural y funcional, siendo la dimensión afectiva, expresión de la intensidad con la que se vivencia el acontecimiento. Al considerarse el advenimiento del trastorno mental como una crisis paranormativa o no transitoria, hablamos de la irrupción de lo “no esperado”, provocando grandes montos de ansiedad y estrés para el grupo familiar. En este sentido, identificar las expresiones afectivas de aquellos familiares que enfrentan el advenimiento de un trastorno mental y que además se encuentran participando activamente de los tratamientos, se vuelve crucial para encauzar estrategias que contemplen esta dimensión y así mejorar la calidad de vida de todo el grupo familiar.

PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Los lazos afectivos y relacionales que construyen los sistemas familiares son determinantes para la salud de sus integrantes. Las formas en que interactúan y se vinculan afectivamente poseen relación directa en el desarrollo saludable o desfavorable de sus miembros. Con el cambio de paradigma en el entendimiento de la salud mental, se ha posibilitado el despliegue de diferentes formas de abordajes psicosociales que integran a las familias en los tratamientos de rehabilitación y reinserción social. De esta forma se comienza a valorizar a los familiares en tanto asuman una función activa y participativa, posicionándolos como agentes terapéuticos. A pesar de la significación que se les atribuye, no se hallaron estudios en Uruguay que muestren las experiencias y sentires de los familiares ante la presencia de un trastorno mental ni desde su rol de agentes terapéuticos. Postulamos que aprender a leer el contexto donde se originó la falta de salud o enfermedad es primordial para trabajar en el establecimiento de relaciones más saludables, por este motivo nos planteamos las siguientes preguntas: ¿Qué le sucede a los familiares cuando uno o varios integrantes presentan un trastorno mental? ¿Cómo enfrentan el advenimiento del trastorno? ¿Qué sucede con la dinámica familiar? ¿Se ve afectada? ¿De qué manera?

¿Cuáles son las emociones que vivencian ante la presencia del trastorno? ¿Cuáles son sus preocupaciones e inquietudes en el enfrentamiento con el mismo? En cuanto a su participación activa en los tratamientos: ¿Cómo llegaron a posicionarse desde el rol de agente terapéutico? ¿De qué forma se fue construyendo éste? ¿Se encontraron con obstáculos o resistencias? ¿Cuáles son las herramientas con las que cuentan para desempeñarse desde dicho lugar? Desde sus experiencias con respecto al rol: ¿Cómo lo viven? ¿Sienten que están preparados para afrontarlo? ¿Creen que cuentan con el apoyo necesario? ¿Cuáles son sus demandas y propuestas?

OBJETIVOS

Objetivo general:

- ✓ Analizar el rol de la familia como agente terapéutico ante la presencia de un trastorno mental.

Objetivos específicos:

- ✓ Comprender las experiencias y emociones que manifiestan los familiares ante la presencia de un trastorno mental.
- ✓ Indagar cómo se fueron posicionando como agentes terapéuticos.
- ✓ Identificar las herramientas con las que cuentan en el desempeño de su rol.
- ✓ Conocer sus demandas e inquietudes en relación al enfrentamiento con el trastorno y su participación en los tratamientos.

DISEÑO METODOLÓGICO

A través de la metodología cualitativa, el presente pre proyecto analizará el rol de agente terapéutico que desempeñan los familiares en los tratamientos de rehabilitación y reinserción social. El enfoque cualitativo nos permitirá comprender la perspectiva de los familiares, profundizando en sus experiencias y sentires, es decir, como expresan Sampieri, Fernández y Baptista (2010): "(...) la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad" (p. 364). Nos posicionaremos desde una perspectiva holística, visualizando a las personas y los escenarios como un todo contextualizado, integrando su pasado y la situación presente (Taylor y Bogdan, 1998). De esta manera, podremos acercarnos en profundidad a las diversas formas en que se fue construyendo el rol, en tanto recurso terapéutico, de los familiares participantes. Como expresan Taylor y Bogdan (1998), para elegir un método de investigación debemos tomar en cuenta nuestros intereses, las circunstancias del escenario y las personas a estudiar. Siguiendo estos lineamientos es que optamos por utilizar la técnica de entrevista en profundidad, la cual supone "(...) reiterados

encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes (...), dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1998, p. 101). Historia de vida será el tipo específico de entrevista que llevaremos a cabo, ya que ésta nos permitirá acercarnos a las experiencias y sentires de los familiares, transmitidas desde su propia perspectiva. “(...) La historia de vida nos permite conocer íntimamente a las personas, ver el mundo a través de sus ojos, e introducirnos vicariamente en sus experiencias (Shaw, 1931)” (Taylor y Bogdan, 1998, p. 106).

Se hará uso de un guión que plasmará los objetivos del presente pre proyecto a modo de puntualizaciones, no limitándose a un orden específico, sino atendiendo al flujo de información que cada encuentro despliegue (Valles, 1997). El lugar del entrevistador será de igual a igual con los familiares entrevistados, intentando establecer cierto grado de *rapport* que permita la comprensión de sus experiencias y sentires. Participarán de la muestra los familiares que concurren a los centros mencionados en los antecedentes del pre proyecto: Centro de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social (CIPRES), Grupo Esperanza y el Centro de Salud La Cruz de Carrasco donde funcionan los Talleres de familiares con personas con TMSP. Inicialmente se realizarán entrevistas con los informantes calificados de cada centro mencionado como forma de acercamiento al funcionamiento del lugar, y por tratarse de potenciales facilitadores en el contacto con las familias que concurren. Se pretende, en un primer momento, entrevistar al menos a dos grupos de familiares de cada centro, número que es flexible ya que dependerá de lo que surja en el trabajo de campo. Como medio para las entrevistas se seleccionó la grabación magnetofónica que conlleva un menor margen de error en comparación con la toma de notas, además de posibles afectaciones a la espontaneidad y fluidez del entrevistado (Taylor y Bogdan, 1998).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se diseñará un consentimiento informado dirigido a las diversas organizaciones implicadas en el presente pre proyecto (Centro de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social [CIPRES], Grupo Esperanza y el Centro de Salud La Cruz de Carrasco) así como para los familiares involucrados, que incluirá los objetivos de estudio, la metodología y técnicas a utilizar. La decisión de participar de las entrevistas es absolutamente voluntaria. En caso de firmar el consentimiento expreso, se brindarán las garantías necesarias en el manejo de la información y confidencialidad de los datos obtenidos. Finalmente, se informará a los actores involucrados los resultados que surjan de la investigación si es que así lo desean.

CRONOGRAMA TENTATIVO

AÑO	2015												2016	
MESES	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	
Búsqueda bibliográfica y recopilación de antecedentes														
Diseño de Proyecto														
Acercamiento a los centros y contacto con los referentes														
Entrevistas con informantes calificados para identificar los grupos familiares														
Realización de entrevistas en profundidad														
Desgrabación de entrevistas														
Análisis de los datos														
Informe final														

RESULTADOS ESPERADOS

La participación de los familiares en los tratamientos de rehabilitación y reinserción social reclama el desarrollo de estudios que permitan acercarnos a sus experiencias desde el rol que ocupan como agentes terapéuticos. En el marco del presente pre proyecto de investigación, pretendemos producir conocimiento académico en el campo de la salud mental, contemplando la dimensión familiar y el enfrentamiento con el trastorno mental. Aunados al Anteproyecto de Ley de Salud Mental (2007), que impulsa la creación de un programa con el objetivo de conocer los problemas específicos de las diversas familias, este pre proyecto procurará obrar de antecedente para el mismo, aportando insumos que permitan visualizar la situación actual de las familias y así encaminar acciones que las incluyan en el diseño de políticas públicas en salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay (2007).

Recuperado en:

http://www.psicologos.org.uy/documentos15/150421_ANTEPROYECTO-DE-LEY-DE-SALUD-MENTAL.pdf

Berenstein, I. (2012). *Familia y enfermedad mental*. Buenos Aires: Paidós.

Beutner, K. y Hale, N. (1964). *Guía para la familia del enfermo mental*. Buenos Aires: Hormé.

Cardoso de Souza, R. y Morais, M. (2005). Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 13(2), 173 – 179.

Recuperado en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200007

Cardoso de Souza, R. y Morais, M. (2005). a) a família inscrita por laços consangüíneos e afetivos; b) a família como cuidadora e alvo do cuidado em saúde; c) a família como motivadora e sofredora de preconceitos; d) a família impotente e carente de recursos; e) a família como produtora de maustratos; f) a família desequilibrada.

Traducción mía

De Oliveira, L., Schwartz, E. y Prado, L. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm*, 21(4), 588 – 594. Recuperado en:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>

De Oliveira, L., Schwartz, E. y Prado, L. (2008). Problemas de coluna, hipertensão arterial, problemas cardíacos, estresse, tensão e nervosismo. Traducción mía.

De Oliveira, L., Schwartz, E. y Prado, L. (2008). A pessoa responsável pelo cuidado passa a organizar sua vida em torno da doença e as suas necessidades pessoais são passadas para o segundo plano. Traducción mía.

Del Castillo, R., Villar, M., y Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83 – 96.

Recuperado en: <http://revista.psyco.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102>

- Estevam, M., Marcon, S., Antonio, M., Bouttelet, D. y Pagliarini, M. (2011). Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (3), 679 – 686. Recuperado en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300019
- Frari, S., Guidorizzi, A., da Silva, G., Ciccone, B. y Cardoso, L. (2011). Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 774 – 778. Recuperado en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a22v64n4.pdf>
- Ginés, A., Porciúncula, H. y Arduino, M. (2005). El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(2), 129-150. Recuperado en: http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf
- Ginés, A. (2015). *La Salud Mental en Uruguay*. Recuperado en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias98/art10.htm>
- Gradillas, V. (1998). *La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría*. Madrid: Díaz de Santos
- Hernández, M. y Sánchez, F. (2008). La dimensión afectiva como base del desarrollo humano: Una reflexión teórica para la intervención en trabajo social. *Revista Eleuthera*, 2, 53 – 72. Recuperado en: http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera2_3.pdf
- Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591 – 595. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013
- Herrera, P. (2012). Factores de riesgo para la salud familiar: Acontecimientos significativos. *Humanidades Médicas*, 12(2), 184 – 191. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200003
- Horwitz, N., Florenzano, R., Ringeling, I. (1985). Familia y salud familiar: Un enfoque para la atención primaria. *Bol Of Saint Panam*, 98 (2), 144 – 155. Recuperado en: <http://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CCkQFjAC&url=http%3A%2F%2Fgestionlocalysalud.jimdo.com%2Fapp%2Fdownload>

%2F11096971529%2Fv98n2p144.pdf%3Ft
%3D1421626796&ei=7w5IVcnkC4WkNob-
gagO&usg=AFQjCNFaoPO9vzH3OWiCRbRI9rE5XNuDxw&bvm=bv.92291466,d.eXY

- Kazi, G. y Ajerez, M. (2008). *Salud mental*. Buenos Aires: Espacio Editorial: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Maganto, C. (2004). *Mediación familiar. Aspectos psicológicos y sociales*. San Sebastián: Curso de Especialista en Mediación Familiar, UPV.
- Mazzuco, M., Preve, V., Süsskind, M. y Leite, A. (2011). O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto & contexto – Enfermagem*, 20(1), 50 – 58. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71419103006#>
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2011). *Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el SNIS*. Ministerio de Salud Pública del Uruguay. Recuperado en: http://www.comef.com.uy/pub/protocolos_normativas/Salud%20Mental%20-%20Prestaciones.pdf
- Navarini, V. y Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & contexto – Enfermagem*, 17(4), 680 – 688. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71411240008>
- Organización Mundial de la Salud (1948). Recuperado en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Ortiz, M. (1999). La salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4)439-445. Recuperado en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi17499.pdf
- Pavlovsky, E. (1987). *La crisis del terapeuta*. En Cuestionamos I. Bs. As: Ed. Búsqueda.
- Pardo, V., Curbelo, O., del Castillo, R., Grunbaum, S., Regazzoni, E. y Kaplan, M. (2002). Evaluación retrospectiva de un Programa de Rehabilitación Psicosocial de un Centro de Día para adultos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 66(1), 7 – 28. Recuperado en: http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/jun2002/01_to.pdf
- Pardo, V., del Castillo, R., Pérez, D., Paladino, F. y Kaplan, M. (2014). Evaluación de resultados de un programa de rehabilitación psicosocial integral (Centro de Día) para

- personas con trastorno mental grave y persistente. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(1), 13 – 30. Recuperado en:
http://www.spu.org.uy/revista/mar2014/01_TO.pdf
- Pegoraro, R. y de Lima, R. (2006). Sobrecarga de familiares de usuarios de um centro de atenção psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 11(3), 569 – 577. Recuperado en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122092013>
- Rascón, M., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H. y Casanova, L. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud Mental*, 37(3), 239 – 246. Recuperado en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam143h.pdf>
- Rojas, M. (2001). Teoría y Clínica de la familia de hoy. *Interações*, VI(11), 45 – 59. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35401104>
- Rosolen, S. y Saeki, T. (2006). El centro de atención psicossocial sobre la óptica de los usuarios. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 14(6), 95 – 102. Recuperado en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es_v14n6a14.pdf
- Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill
- Taylor, S.J. Y Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós
- Tosta, M. (2009). La reforma psiquiátrica brasileña: Perspectivas y problemas. *Salud Mental*, 32(4), 265 – 267. Recuperado en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n4/v32n4a1.pdf>
- Uribe, M., Mora, O. y Cortés, A (2007). Voces del estigma: percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas médica*, 48(3), 207 – 220. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668003>
- Valles, M. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Vidal, R. (2010). *Conflicto psíquico y estructura familiar sistemas abiertos: Interacciones*

entre consciente e inconsciente, realidad psíquica y realidad, determinismo y azar.
Montevideo: Psicolibros.

Páginas web consultadas:

Centro de Investigaciones en Psicoterapias y Rehabilitación Social (CIPRES). Recuperado el 24 de Febrero de 2015: <http://cipresuruguay.blogspot.com/2011/07/que-es-cipres.html>

Centro Psicosocial Sur Palermo. Recuperado el 24 de Febrero de 2015:
<http://www.surpalermo.org/>

Centro Diurno Sayago. Recuperado el 25 de Febrero de 2015:
http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13757/1/aportes_del_centro_diurno_sayago_asse_-_sistema_de_cuidados_-_pcd_ii.pdf

C.N.R.P. "Dr. Alberto Martínez Visca". Recuperado el 25 de Febrero de 2015:
<http://www.rehabilitacioncnrp.org/>

Grupo Esperanza. Recuperado el 24 de Febrero de 2015:
<http://cipresuruguay.blogspot.com/2011/07/que-es-cipres.html>

Talleres de familias de personas con TMSP. Recuperado el 4 de Marzo de 2015:
<http://tallersaludmental.blogspot.com/>