



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado – Monografía

**El Rol de la Familia en la Recuperación de Usuario/as con
Esquizofrenia**

Anahí Franco Suarez
C.I.: 5.178.726-7

Tutora: Andrea Gonella
Revisora: Rossina Machiñena

Febrero, 2023
Montevideo, Uruguay.

ÍNDICE

1	RESUMEN	3
2	INTRODUCCIÓN	4
3	DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA	6
3.1	CURSO DE LA ENFERMEDAD / TRASTORNO	6
3.2	CRITERIO DIAGNÓSTICO	7
3.3	ETIOLOGÍA	8
4	LA FAMILIA COMO SISTEMA	9
5	CONTEXTUALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN URUGUAY	12
5.1	LEY DE SALUD MENTAL: UNA MIRADA A LAS FAMILIAS	14
6	REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	15
7	RECUPERACIÓN	18
8	LA FAMILIA Y EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL USUARIO/A	20
9	DIÁLOGO ABIERTO: UN TRATAMIENTO INNOVADOR	28
9.1	¿QUÉ ES DIÁLOGO ABIERTO?	29
9.2	PRINCIPIOS.....	31
10	REFLEXIONES FINALES	33
11	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1 Resumen

El presente Trabajo Final de Grado, pretende contribuir a través de una revisión bibliográfica, al conocimiento del rol de la familia en la recuperación de los usuarios con esquizofrenia. Para ello, se realiza un recorrido histórico de las principales acciones tomadas en nuestro país en referencia a la atención en Salud Mental.

Se aborda la relación existente entre la familia y el proceso de recuperación, habilitando a la reflexión sobre las problemáticas que enfrentan los usuarios y sus familiares en lo que respecta al trastorno, desde una perspectiva biopsicosocial.

En el mismo, se exponen las ideas centrales de la Ley de Salud Mental (Ley Nº 19.529, 2017) en contexto de la rehabilitación psicosocial y el lugar que ocupa el sistema familiar. Para abordar dicha articulación, se profundiza la concepción de recuperación y familia, esta última desde una perspectiva sistémica para entender las relaciones humanas. Se considera fundamental el rol que tiene la familia ya que constituye el principal sistema de apoyo para el usuario. Por ello, el trabajo intenta articular la importancia de la familia en el proceso de recuperación y el impacto que genera el trastorno mental en el grupo familiar. Para finalizar, se busca reflexionar sobre el contexto de rehabilitación en Uruguay con respecto al enfoque finlandés (Diálogo Abierto), el cual se pretende presentar como un tratamiento innovador en relación a las intervenciones de los usuarios con esquizofrenia y sus familias.

Palabras clave: Familia, Esquizofrenia, Recuperación.

2 Introducción

Desde la reforma en la atención de la Salud Mental han surgido cambios en lo que refiere a la visión del enfermo mental. En este sentido, el presente trabajo parte de considerar a las personas como usuarios de servicios de Salud Mental, abandonando así la posición de paciente y las etiquetas que esta definición conlleva. En esta dirección, interesa en este trabajo atender e indagar el rol que ocupa la familia en el proceso de recuperación de la persona con esquizofrenia, según la OMS (2022) la define como un Trastorno Mental Grave (En adelante TMG).

La esquizofrenia afecta todas las dimensiones de la vida de la persona que la padece y también la de su familia, ya que son por lo general la primera red de apoyo y contención con la que cuentan los usuarios.

A partir de la búsqueda bibliográfica se pretende establecer una aproximación a la temática planteada que despertó en quien escribe, un profundo interés e implicación en el recorrido de la trayectoria formativa. Es así que se desarrollarán antecedentes teóricos, conceptuales así como abordajes psicoterapéuticos que buscan proporcionar un rol participativo y activo de la familia.

Algunas de las interrogantes y reflexiones que se han ido presentando a lo largo de la búsqueda bibliográfica están relacionadas con el rol que tiene la familia en la recuperación de la persona; desde la rehabilitación psicosocial como se trabaja con los usuarios y las familias, así como el lugar que ocupa la familia en las instituciones de rehabilitación en nuestro país.

En el primer apartado, se pretende abordar brevemente la conceptualización de Esquizofrenia considerando la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) y el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionado con la Salud (CIE-10), los aspectos clínicos de la misma, identificación de síntomas (positivos, negativos) y signos que la conforman, etiología y curso.

Luego en el siguiente apartado, se abordará la definición de Familia desde un panorama actual, considerando que el sistema familiar como institución ha ido cambiando, como consecuencia de los cambios sociales. En este sentido, es abordada desde una perspectiva sistémica, considerando que las intervenciones familiares tienen

su fundamento en la Teoría Sistémica, en donde se posiciona a la familia como un sistema social complejo en constante interrelación con sus integrantes y el medio. Por ello, el papel de la familia es imprescindible para iniciar un proceso de rehabilitación psicosocial y así lograr la recuperación del usuario.

Posteriormente, se busca contextualizar brevemente el proceso de evolución en relación de la atención de la Salud Mental en el Uruguay hasta la actual Ley (19.529, 2017). Interesa en ese sentido hacer presente y de esa forma visualizar los cambios que fueron aconteciendo en nuestro país. Desde un modelo tradicional de atención de la Salud Mental, la familia ocupaba un rol específico: como cuidadora o acompañante, a un modelo comunitario el cual considera al sistema familiar como factor importante en lo que respecta al proceso terapéutico de usuario con esquizofrenia. A raíz de lo propuesto, resulta pertinente hacer mención que ambos paradigmas coexisten en el Uruguay actualmente (Laureiro et al., 2017).

Luego de hacer una breve reseña sobre la evolución de la atención de la Salud Mental, se abordará la definición de rehabilitación psicosocial tomando la perspectiva de distintos autores. Considerando que existen diversos tratamientos para tratar la esquizofrenia, la rehabilitación psicosocial propone un abordaje diferente, holístico que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de la persona, considerando todos los aspectos de su vida. Esta metodología, actualmente, es uno de los tratamientos que se implementa en nuestro país a partir del cambio de paradigma en la Salud Mental.

En un siguiente capítulo, se buscará desarrollar la definición de recuperación partiendo que la recuperación se enfoca en promover la autonomía y el reconocimiento de la persona como tal, donde la enfermedad no es limitante para llevar una vida significativa. Con esta conceptualización se pretende abordar la esquizofrenia desde una mirada integral, donde la persona es la protagonista del proceso terapéutico.

Es así que, en el siguiente apartado se intentará identificar cuál es el impacto del trastorno mental del usuario en la familia y cómo este influye en la recuperación. En este sentido, se busca reflexionar cómo desde nuestro lugar como profesionales de la Salud Mental, se puede contribuir al trabajo en conjunto con las familias y el usuario. De esta manera, se realizará un acercamiento desde diferentes fuentes bibliográficas a las intervenciones familiares.

Finalizando, se desarrollará una nueva forma de abordaje destinada a los usuarios con esquizofrenia y las familias, denominado Diálogo Abierto (DA) el cual fue creado en Laponia Occidental, Finlandia. El DA tiene como objetivo terapéutico crear un lenguaje verbal conjunto en los encuentros con todos los participantes sobre las experiencias del usuario frente a las crisis, parte del enfoque adaptado a las necesidades de Yrjö O. Alanen. Este método, propone una nueva perspectiva de intervención de la que se lleva a cabo en la mayoría de las instituciones y centros de rehabilitación psicosocial en la actualidad, mostrando interesantes investigaciones y buenos resultados con respecto a la reinserción social y a la autonomía de los usuarios.

3 Definición de Esquizofrenia

El término de esquizofrenia fue utilizado por primera vez por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1911) para denominar lo que se consideraba como demencia precoz (Sadock, V., y Sadock B., 2011). Siendo esta nueva conceptualización, propuesta para designar la escisión del pensamiento, conducta y emociones.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave (TMG) que generalmente se presenta en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. “Puede empezar repentinamente o de manera gradual y los síntomas pueden mejorar o ser de carácter crónico en diferentes grados” (Alanen, 2003, p. 23). Según los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) la esquizofrenia afecta a aproximadamente 24 millones de personas a nivel mundial.

Las personas que tienen esquizofrenia frecuentemente ven afectadas sus capacidades cognitivas o de pensamiento, como la memoria, la atención y la resolución de problemas (OMS 2022). En este sentido, "los síntomas son diversos y no todas las personas afectadas presentan los mismos e incluso éstos varían a través del tiempo en una misma persona" (Rebolledo y Lobato, 2005. p.10).

3.1 Curso de la Enfermedad / Trastorno

La esquizofrenia es generalmente un trastorno crónico, y en su curso clínico se pueden diferenciar tres fases, una fase prodrómica, una activa y una residual según Sadock, V., y Sadock B. (2011). El inicio de la enfermedad puede ser repentino, pero la mayoría presentan previamente una fase prodrómica, la cual refiere al periodo de tiempo en el que aparecen manifestaciones de síntomas y signos inespecíficos que tienen un transcurso lento y gradual de desarrollo. “Esta fase inicial de la psicosis, se configura como un periodo crítico, en el que se podrían predeterminar la evolución a largo plazo

dado que las influencias biológicas, psicológicas y psicosociales del desarrollo muestran su máxima plasticidad” (Arias y Basauri, 2003, p.114). Los autores mencionan que en la actualidad las clasificaciones revelan una gran heterogeneidad con respecto a la fase prodrómica de la esquizofrenia. En este sentido, el trastorno en sí mismo es considerado heterogéneo (Alanen, 2003; DSM V, 2014; Rosillo et al. 2013; Pardo, 2007).

En esta línea de pensamiento, Arias y Basauri (2003) sostienen que “la intervención temprana en este periodo prodrómico tendría como objetivo la prevención primaria, con el fin de disminuir la incidencia del trastorno psicótico” (p.114). Es decir, en este primer momento del trastorno, es crucial potenciar el trabajo en el primer nivel de atención, lo que se conoce como atención primaria.

En referencia a episodios de tipo agudos, el alcance de los primeros episodios psicóticos como se mencionó, es mayor en la adolescencia o en el comienzo de la vida adulta, necesitando en muchos casos la hospitalización del usuario por la gravedad de los síntomas, los cambios familiares y sociales que provoca en su entorno (Arias y Basauri, 2003).

3.2 Criterio Diagnóstico

Se consideran para esta monografía los criterios diagnósticos especificados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) así como los de la Clasificación Internacional de Enfermedades, de aquí en adelante (CIE-10).

Desde la perspectiva descriptiva el DSM V se utilizan determinados signos y síntomas que se deben encontrar presente en la persona para ser diagnosticada con esquizofrenia. Estos últimos se pueden diferenciar en dos amplias categorías; los síntomas positivos y los síntomas negativos. Los cuales deben presentar dos o más síntomas y a su vez persistir durante un mes de la fase activa (o menos si ha sido intervenido con éxito) y durante al menos seis meses debe presentarse algunos signos del trastorno.

Siguiendo esta línea, los síntomas positivos, son aquellos que manifiestan un exceso o distorsión de las funciones normales. Es decir, aquellos que incorporan algo nuevo a la vida psicológica de la persona. Algunos de los síntomas positivos serían, las alucinaciones visuales y/o auditivas y los delirios en lo que refiere a aquellas ideas que no responden a la aprobación social (Rebolledo y Lobato, 2005). Así como también, pensamiento desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o anómalo

(DSM V). Para el criterio de diagnóstico debe estar presente al menos dos de los ítems mencionados de forma simultánea como mínimo un mes. En cambio, si las ideas delirantes son extrañas o las alucinaciones implican voces, sólo se requiere un único ítem según DSM V.

Por otra parte, los síntomas negativos, en contraposición a los síntomas positivos indican una disminución o pérdida de las funciones normales, como aplanamiento afectivo, alogia (restricción de la fluidez y la productividad del pensamiento y el habla) y la abulia (completo desinterés en la realización de actividades que tiene un objetivo final). Tal como expresan Rebolledo y Lobato (2005) los síntomas negativos son aquellos que refieren por ejemplo, a la pérdida de hábitos e intereses, las personas afectadas tienden a aislarse. Puede verse descuidado su aspecto personal, abandonar sus aficiones, no colaborar en las tareas de casa, mostrarse indiferente en sus relaciones sociales. Estos síntomas negativos suelen ser los primeros signos que percibe la familia.

A su vez, dentro del criterio para el diagnóstico que propone el Manual DSM V está la disfunción social y laboral. Considerando que durante el tiempo de inicio de la alteración una o más áreas de la vida de la persona (el trabajo, el cuidado de sí mismo, entre otras) se encuentran alteradas, es decir, que tiene un impacto en la vida cotidiana del sujeto. Es importante mencionar, que se descarta todo diagnóstico que se deba a consumo de sustancias o enfermedades orgánicas.

Con respecto a la CIE-10, los criterios diagnósticos son similares, pero presenta sus diferencias, es decir, refiere a dos opciones para cumplir el criterio de la esquizofrenia, uno es la existencia de un síntoma de primer grado (delirios) o la presencia de al menos dos de los demás síntomas característicos como alucinaciones, trastorno de pensamiento, aislamiento social, entre otros. La CIE-10 define la esquizofrenia cuando los síntomas están comprendidos en una duración de un mes y a su vez no requiere que se vea alterada la actividad del sujeto.

3.3 Etiología

Existen varias teorías e hipótesis para explicar el origen de la esquizofrenia; hoy en día no existe una certeza absoluta respecto de las causas de esta. Según la OMS (2022) en las investigaciones realizadas no se ha distinguido una causa única de la esquizofrenia. Se considera que su causa puede deberse a la interacción entre factores genéticos y factores ambientales. A su vez, los factores psicosociales también pueden

afectar al desencadenamiento y su curso. "La esquizofrenia obedece a una compleja interacción de factores" (Rebolledo y Lobato, 2005, p.23).

Teniendo en cuenta la heterogeneidad de la esquizofrenia, Sadock, V., y Sadock B. (2011) van a mencionar que no se puede considerar como causa ningún factor de forma aislada. Es relevante destacar, que este trabajo propone pensar a la esquizofrenia desde la interacción de estos causales, donde todos los factores son influyentes para el desarrollo de la misma.

Retomando a los autores anteriormente mencionados, proponen que dentro de los elementos psicosociales y ambientales se encuentran los factores familiares. En este sentido a continuación se abordará, desde qué postura se entiende en este trabajo al grupo familiar.

4 La Familia como Sistema

El concepto de familia a lo largo de los años se fue adaptando a las nuevas formas de habitar y vivir en sociedad. "La familia está en transformación, y el significado exacto del concepto no es unívoco" (Seikkula y Arnkil, 2016, p. 22). Tal como refiere Valdivia (2008) "La concepción de familia varía de una a otra cultura, y aún dentro de la misma se dan subculturas: urbana, rural, etc." (p. 16).

Siguiendo lo propuesto por Acevedo y Vidal (2019) "La familia es considerada un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto" (p. 133). Hoy en día, sabemos que el concepto de familia tradicional ha cambiado. Valdivia (2008) sostiene que tradicionalmente se consideraba este término como sinónimo de familia consanguínea, en la actualidad esta denominación puede extenderse más allá del vínculo sanguíneo. En este sentido, la familia es pensada como grupo o sistema donde los roles ya no parten únicamente de padre, madre e hijos, sino que existen diversas formas de concebir a las familias contemporáneas (monoparentales, ensambladas, adoptivas, sanguíneas, entre otras). A su vez, "el concepto de Familia implica aspectos biológicos, sociales y jurídicos" (p. 16).

Desde una perspectiva sistémica, el enfoque está en no contemplar individualmente de forma aislada los efectos que producen en el sistema familiar la aparición de un TMG. En virtud de ello, este enfoque propone abordar la problemática que genera el diagnóstico con todos los integrantes del grupo familiar. Dentro de las familias los miembros actúan y reaccionan unos sobre otros, cada acción y reacción

cambia continuamente dependiendo de las vivencias y problemáticas a las que se enfrentan. En este sentido "la familia no es una entidad estática. Está en proceso de cambio continuo (...)" (Minuchin y Fishman 2004, p. 34). Por ello se considera que la familia es un sistema dinámico en constante interacción y cambio recíproco.

En esta línea de pensamiento, Minuchin (2003) va mencionar que "la familia siempre ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad" (p. 78). El autor propone que las funciones de las familias, tienen dos objetivos diferentes. El primero lo denomina interno, que es aquel que pretende dar protección psicosocial a los integrantes y otro objetivo externo el cual refiere a la transmisión de la cultura dentro del sistema. En este sentido "aunque la familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura" (Minuchin 2003, p. 81).

En sintonía, considerar la familia como sistema abierto desde esta perspectiva, requiere comprender según las palabras de Satir (2002) que un sistema abierto "es aquél en el que las partes están interconexas, responden y son sensibles a las demás, y permiten que la información fluya entre el ambiente interno y el externo" (p. 146). Siguiendo en esta línea de pensamiento Acevedo y Vidal (2019) refieren que:

La primera propiedad de los sistemas abiertos es la totalidad. El enfoque sistémico considera que cada miembro de la familia interactúa con los demás y se influyen mutuamente. A consecuencia, todo cambio en uno de los miembros incidirá sobre todo el sistema y provocará cambios en busca de mantener el status o equilibrio que existía. (p. 135)

De la misma manera que otros sistemas, la familia es un sistema donde sus integrantes también están en interacción con el ambiente extrafamiliar, en los espacios laborales, escolares, grupos de amigos, entre otros (Alanen 2003).

Continuando desde esta perspectiva, a la hora de realizar una intervención no podemos pensarla sin contemplar todas las redes de interacciones que atraviesan al sujeto. Por ende "el análisis de una familia no puede ser la suma del análisis de sus miembros por separado, ya que existen patrones interaccionales que trascienden a los individuos, en los cuales la conducta sintomática resulta una cualidad del propio sistema" (Acevedo y Vidal, 2019, p. 135). Todo trastorno requiere de la adaptación de todos los integrantes de la familia a esa nueva situación, las emociones que genera en cada uno de los integrantes y en el sistema en general puede desencadenar conflictos internos.

Como señala Minuchin (2003) “el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia” (p. 87). Cada uno de ellos pertenece a diferentes subsistemas en los que tienen roles y niveles de poder diferentes y en donde se aprende e interactúa de diversas maneras (Minuchin 2003). En relación a las familias con un integrante con esquizofrenia, se debe considerar como impacta en todo el sistema dicho trastorno, ya que lo que le sucede a uno influirá en los otros, traerá cambios en la familia y en la vida diaria, entendiéndose que es un proceso de cambio que requiere de adaptación de todos los integrantes.

Desde este enfoque, todo sistema “(...) posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas” (Minuchin, 2003, p. 89). Por ende, se debe conocer los diferentes roles dentro del sistema familiar, como es la funcionalidad, las creencias, reglas, para así trabajar con ellos, teniendo en cuenta la heterogeneidad del grupo familiar, donde cada persona o subsistema, tiene su postura, su forma de relacionarse, de sentir y ser en el mundo.

Es así, que se debe considerar que “todo cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo, y todo cambio en la visión del mundo sustentada por la familia será seguido por un cambio en su estructura (...)” (Minuchin y Fishman 2004, p. 207). En relación a lo que mencionan los autores, se considera que “la familia constituye una institución decisiva para el desarrollo personal y social (...)” (Acevedo y Vidal, 2019, p.132). Los autores refieren que esta influye en todas las manifestaciones de la personalidad de los integrantes y en consecuencia, la personalidad del sujeto afecta el funcionamiento del sistema familiar.

En la mayoría de los casos, “la familia es el primer círculo social movilizado por la problemática” (Techera et al. 2009 p. 44). Ya que, como se fue desarrollando a lo largo del presente trabajo “la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida (...)” (Louro, 2003, p. 50). Por ello, como sostiene Glynn (2013):

El hallazgo de que el entorno familiar influye significativamente en el pronóstico de la esquizofrenia, fue el impulso para el desarrollo de varias intervenciones familiares diseñadas para dar a los participantes las herramientas necesarias para apoyar la recuperación de sus seres queridos. (p. 16)

Es así que en este trabajo interesa visualizar esta temática en la realidad uruguaya, con el propósito de comprender en mayor magnitud el lugar que tenían estos sistemas y el que se les ha ido atribuyendo en el transcurso de los años a través de los abordajes llevados a cabo en el contexto nacional. Por lo tanto, es relevante realizar un recorrido breve por los momentos históricos más influyentes en nuestro país hacia la reforma de la atención psiquiátrica.

5 Contextualización de la Salud Mental en Uruguay

El presente apartado busca hacer una sencilla descripción e historización de la situación en el Uruguay, con respecto a la transición del nuevo paradigma hacia una Salud Mental basada en los derechos humanos.

En los últimos años nuestro país ha ido realizando cambios hacia la apertura de las instituciones asilares, en camino a la desinstitucionalización de los sujetos con trastorno mental grave. “Desde entonces, la población asilar ha disminuido progresivamente” (Del Castillo et al., 2011, p. 84).

Considerando que Uruguay se caracterizaba por un abordaje de Salud Mental desde el modelo asilar, con la apertura de la primera institución psiquiátrica (Hospital Vilardebó) en el año 1880, Techera et al. (2009) en relación a este contexto manicomial, mencionan que se encuentran dos modelos: el de encierro, que lo caracterizan como aquel que se basa en una lógica binaria en relación a loco/sano, peligroso/inofensivo. En esta lógica se encierra a aquellas personas que están fuera de lo que se considera normal, generando una estigmatización que influye en la identidad del usuario. Y el modelo disciplinario, el cual no necesariamente va a implicar el encierro de la persona, sino que es una estrategia de control que “consiste en el reticulado y la vigilancia de la población, a la que se separa, clasifica y organiza en profundidad” (Techera et al., 2009, p. 37). Siguiendo esta línea de pensamiento, como propone la Ley Del Psicópata (Ley N° 9.581, 1936) precisamente en el Artículo 10, se manifiesta que una internación involuntaria era justificada por el estado de peligrosidad o la presencia de manifestaciones antisociales del usuario.

Techera et al. (2009) señalan que los métodos que eran usados en ese entonces como tratamientos de los TMG, entre ellos estaban “la piritoterapia (tratamiento por la fiebre), la hidroterapia, el cariazol, los electroshocks, la insulina, la leucotomía o procedimiento quirúrgico, el sueño prolongado, (...) entre otros” (p. 56). Siendo recién a

partir de la década de los años sesenta, se comienza a replantear la manera en la que se interviene sobre "la locura" especialmente a partir del movimiento de la antipsiquiatría, que pone en duda los conocimientos y métodos de la psiquiatría (Bentura y Mitjavila s.f) mencionados anteriormente.

Es así que van surgiendo diferentes reorganizaciones en diversas disciplinas como la psiquiatría y la psicología, donde se comienza a ver a la enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial. En este sentido, "las luchas se entablan en torno al cierre de los manicomios y a la propuesta de la psicoterapia como alternativa al encierro" (Bentura y Mitjavila, s.f, p.3).

No fue hasta el año 1986, con el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) que se comienza una reestructura de la atención psiquiátrica, en lo que respecta al tratamiento de los trastornos mentales y la creación de centros de rehabilitación (Ministerio de Salud Pública, 2011). En este sentido, "a partir del PNSM se conforman diversas políticas públicas en torno al campo de la salud mental, surgiendo en base a esto el Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (...)" (Laureiro et al., 2017, p. 4). Programa que forma parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (2007).

Posteriormente, en el año 2017 se dieron cambios significativos, en lo que respecta a la Ley de Salud Mental (N° 19.529, 2017), que propone un cambio sustancial con respecto a la Ley del Psicópata (N° 9.581, 1936) vigente hasta ese momento. Si bien, es relevante remarcar que previo a la ley ya se venía trabajando desde diferentes modelos terapéuticos en los que se consideraba a las familias como un factor importante. La Ley de Salud Mental, promueve el cierre de centros de internación (modelo asilar) dando paso a centros diurnos de rehabilitación psicosocial, los cuales "...desarrollan actividades múltiples dirigidas al sostén grupal de los pacientes en la comunidad, la rehabilitación y promoción de sus habilidades y el mejoramiento de sus desempeños sociales (...)" (Ginés et al., 2003, p. 136).

En relación a mencionado González y Rodríguez (2002) refieren a "(...) no sólo atender su problemática psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, evitando situaciones de deterioro y marginación y procurando oportunidades y posibilidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad" (p. 31). En este sentido, dentro del marco jurídico actual se contemplan todas las dimensiones de la persona con TMG que refieren los autores.

5.1 Ley de Salud Mental: Una Mirada a las Familias

En este apartado se exponen las principales menciones de la Ley de Salud Mental (N° 19.529, 2017) en relación a los usuarios y sus familias. En términos generales se destaca la diferencia que existe entre la ley vigente y la anterior (Ley del Psicópata) en lo que refiere al reconocimiento de la personas con TMG, puntualmente desde un enfoque de derecho, centrada en la persona y no en su discapacidad o enfermedad. En este sentido, se desplaza de una perspectiva enfocada en los aspectos patológicos (enfermo psíquico, alienado, psicópata) a usuario de los servicios de Salud Mental, con derechos, dignidad, que merece atención y respeto.

La Ley de Salud Mental (N° 19.529, 2017) hace énfasis en la importancia de la familia en el tratamiento, así como a la toma de decisión propia de la persona, con participación de la familia, también estar acompañados durante y después del tratamiento por sus allegados. Considerando el derecho que tiene la persona con TMG a un tratamiento terapéutico acorde a la situación particular de la misma, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria (Artículo 6 y 16).

Se ha intentado dejar atrás el modelo tradicional (modelo asilar) buscando promover la Salud Mental, desde un enfoque integrador, contemplando todos los aspectos de la persona, evitando la hospitalización y patologización. Por ende, se pasó de un enfoque centrado en el individuo, al abordaje de un conjunto de dimensiones que influyen en la vida del usuario.

En relación al Artículo 24, se hace referencia a la hospitalización, siendo esta uno de los recursos terapéuticos que solo debe ser llevado a cabo cuando la intervención del entorno familiar, comunitario y social, no es beneficiosa para el usuario. Cuando la hospitalización se efectúa es apropiado mantener la relación con los familiares, promoviendo el vínculo, la comunicación con los integrantes de la familia y las redes de apoyo cercanas del usuario siempre que el usuario así lo desee.

Por último, pero no menos importante en el Artículo 41, se menciona la creación de la Comisión Nacional de Contralor, de la Atención en Salud Mental la que sostiene que tanto familiares o usuarios, entre otros representantes de la sociedad, serán elegidos para formar dicha comisión.

Es relevante, visualizar el lugar que tienen las familias en el contexto actual, en comparación con el marco legal anterior. En este último, en el Artículo 2, se menciona que se “deben proveer a la asistencia de los enfermos psíquicos las familias o los encargados de los mismos y cuando no puedan atender las exigencias del tratamiento, solicitarán los servicios del Ministerio de Salud Pública” (Ley N° 9.581, 1936). Lo cual como se aprecia, estaba totalmente desplazada la atención a las familias, sin considerar la importancia de asistencia y asesoramiento. Así como la falta de intervención y conocimientos mínimos para enfrentar las diferentes dificultades cotidianas, que podrían manifestarse con el integrante de la familia con esquizofrenia.

No obstante, desde el modelo comunitario la rehabilitación psicosocial considera que el sistema familiar del usuario con esquizofrenia tiene un lugar fundamental en el tratamiento. En este sentido, desde el marco de la actual ley, se establece que las estrategias y programas de rehabilitación psicosocial deben estar orientados a mejorar la calidad de vida del usuario, siendo accesibles y adaptándose a sus necesidades.

6 Rehabilitación Psicosocial

Se considera a la rehabilitación psicosocial 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). Por lo tanto, implica el encuentro entre el usuario con esquizofrenia, su familia, sus redes de apoyo y el equipo profesional referente. “En dicho encuentro se va privilegiando el lugar que tiene el usuario, su potencial y saber en un aprendizaje en común hacia la construcción de un camino propio e individualizado” (Del Castillo et al., 2011, p. 85).

Siguiendo en esta línea de pensamiento, es pertinente tomar la conceptualización que proponen Uriarte (2007) y Hernández (2017) con respecto a la rehabilitación psicosocial, la cual no es una técnica; sino que es pensada más como una perspectiva de trabajo en Salud Mental, considerándose una estrategia asistencial que amplía los objetivos y va más allá de la sintomatología.

Desde este abordaje se ponen en práctica diversas técnicas, las cuales abordan diferentes áreas: como habilidades sociales, estimulación cognitiva, psicoeducación familiar, acompañamiento terapéutico, entre otras. “Estas técnicas parten de la autonomía, participación, normalización y la responsabilización del usuario” (Hernández, 2017, p.172).

Se debe tener presente que los usuarios comparten con la población en general problemáticas y necesidades comunes, en lo que refiere a la alimentación, seguridad, sexualidad, convivencia, etc. Y a su vez tienen problemáticas y necesidades específicas en relación al trastorno (González y Rodríguez, 2002). Los autores van a mencionar algunas de estas problemáticas particulares en relación a la atención, al tratamiento de la salud, la atención en las crisis, apoyo en la integración social, laboral y económica. Así como también la protección y defensa de sus derechos ya que suelen estar vulnerados entre otros aspectos que son fundamentales y necesarios para tener una vida digna. En este sentido, se debe dirigir a recuperar la singularidad y subjetividad del usuario (Techera et al., 2009).

Glynn (2013) propone "(...) trabajar hacia una vida consistente con valores más subjetivos tales como: un sentido de la autonomía personal, el autodomínio, el valor personal, y la esperanza, es un objetivo igualmente importante del tratamiento" (p. 16). Asimismo Fernández (2002) sostiene que "(...) rehabilitar es articular procesos individualizados de adquisición, extinción y modificación de conductas (...)" (p. 72). Es decir, para obtener funcionamientos psicosociales que sean efectivos, no deben faltar las adecuadas intervenciones del entorno comunitario y los soportes sociales que favorezcan, faciliten y apoyen el funcionamiento psicosocial (Fernández, 2002).

Siguiendo con la línea de pensamiento de Fernández (2002), sostiene que "la cuestión no está en acercarse al enfermo que por ende es persona. La cuestión es acercarse a la persona que tiene una enfermedad" (p. 72). En sintonía con lo anterior, Rodríguez y Bravo (2003) plantean que "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 (...)" (p. 38).

En virtud de visualizar el abordaje en nuestro país, se toman los aportes del proyecto de investigación realizado por Laureiro et al. (2017) en el cual se exponen los resultados del proyecto de investigación "Modelos de intervención utilizados con familias en Centros de Rehabilitación Psicosocial de Montevideo y Canelones". Donde se realizaron entrevistas al equipo técnico de las instituciones (Centro Psicosocial Pando, Centro Diurno Sayago, Centro Diurno Vilardebó, el Centro Psicosocial Sur Palermo, Centro de atención y orientación Montevideo, TAITA, CIPRÉS y Centro Martínez Visca).

En el mismo, los autores consideran que el rol de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial de las personas con TMG es fundamental, ya que al tener un vínculo directo con el usuario, que se basa de sentimientos de afecto y sostén, los

integrantes de las familias pueden incidir de forma positiva como negativa en la rehabilitación psicosocial, la convivencia lleva a que se modifique la dinámica de la familia en la vida diaria (Laureiro et al., 2017).

En general, la mayoría de los centros sostienen lo necesaria e importante que es la intervención familiar. Las intervenciones psicosociales “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. 21).

En este sentido, frente a los datos recabados a través de las entrevistas a los técnicos de las instituciones, los autores mencionan que van aumentando los desafíos que se presentan, ya que los contextos son complejos y diversos, siendo que estas familias están cada vez más sobrecargadas de funciones, sobre todo en aquellos sistemas familiares donde los recursos son escasos. Siendo que en muchos casos están a disposición del usuario, adaptando sus rutinas a las necesidades del familiar. En este sentido, se extrae de la entrevista a los técnicos que: “son familias muy sufrientes, han caminado mucho y han pasado por muchas instancias (...)” (Laureiro et al., 2017, p.20). Por ello, para poder enfrentar los desafíos, los autores refieren a que “(...) se hace necesario fortalecer las intervenciones con las familias de modo que éstas comprendan su rol en el proceso de intervención” (p. 21).

En términos generales, los técnicos de los centros mencionados, manifiestan que “es esencial el trabajo con las familias. Cuando trabajas con este tipo de población tienes que trabajar con las familias”, “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” (p.15).

Considerando la palabra del equipo técnico, en lo que respecta a la importancia que tiene la familia a la hora de promover y ayudar a la rehabilitación del usuario con esquizofrenia, el siguiente apartado aborda la concepción de recuperación desde una nueva perspectiva. En este sentido se pretende integrar a la rehabilitación psicosocial este modelo, es decir, que la rehabilitación esté orientada hacia la recuperación de la persona con TMG.

7 Recuperación

Según Díaz del Peral (2017) "La recuperación implica la construcción de un proyecto de vida definido por la propia persona con enfermedad mental, independientemente de la evolución de los síntomas" (p. 136). En este sentido, la conceptualización de recuperación a la que se hace referencia, no es desde la perspectiva de la medicina y/o psiquiatría (recuperación clínica) la que refiere a la cura o a la vuelta al estado y funcionamiento previo al TMG (Saavedra 2011). Esta nueva redefinición de recuperación, está orientada a que el usuario con esquizofrenia tenga la capacidad de vivir una vida satisfactoria según sus propias metas, deseos y posibilidades, incluso con el diagnóstico (Rosillo et al., 2013).

Siguiendo con lo planteado por Díaz del Peral (2017) sostiene que la recuperación cuenta con dos consecuencias directas, que las considera muy importantes. "Para la persona con enfermedad mental y su entorno, reintroduce la esperanza, la ilusión como factor dinamizador y la sitúa en una posición activa, incentivando sus capacidades y señalando sus potencialidades y la posibilidad de control sobre su vida" (p. 136). Más allá de los efectos que puede tener el desarrollo del trastorno en sí.

Esto va a requerir del compromiso y la implicación de todos los involucrados, tanto profesionales, familias y los propios usuarios. En este sentido, "hay que trabajar con la familia y con los allegados; hay que introducir esperanza; hay que favorecer el empoderamiento; hay que dar oportunidades de acceso a vivienda" (Díaz del Peral, 2017, p. 137). De igual forma que tenga inserción laboral y socioeconómica, así como también brindar y proporcionar herramientas para que el usuario logre transitar sus dificultades frente al TMG, como otra persona transita diferentes adversidades. Ello ayudará a que la persona logre empoderarse y posicionarse desde otra perspectiva.

Davidson y Gonzalez-Ibañez (2017) mencionan que la atención orientada a la recuperación fue adquiriendo veracidad en los últimos años, como un enfoque centrado en la persona, que considera todas las dimensiones que participan en la vida de esta. "Es un modelo optimista en el que la persona con un problema de salud mental no necesita estar "curada" completamente para llevar una vida productiva, plena y significativa" (p. 202). Consideran que es necesario que los profesionales tengan una visión más social y humana de los trastornos mentales. Se debe tener en cuenta que el camino que la persona recorra en el proceso será diferente, por su contexto social,

familiar y cultural. En este sentido, es importante referir que esta perspectiva de recuperación, considera que es un proceso en el que puede haber avances y retrocesos, es decir, se caracteriza por ser un proceso continuo, no lineal e individualizado (Rosillo et al., 2013).

Díaz del Peral (2017) propone cuatro características en el proceso de recuperación que determina como claves. La primera de ellas, es que el protagonista de la recuperación es el usuario, la segunda refiere a que el usuario no se recupera solo. En tercer lugar se relaciona con el apoyo de sus pares en ayuda mutua. El autor considera que este punto es un elemento central para avanzar en la recuperación. Y por último, la familia y sus redes de apoyo más cercanos, siendo fundamentales para el proceso de recuperación.

En este sentido, la clave debe estar en el trabajo conjunto, donde todas las partes influyen y retroalimentan, partiendo de una perspectiva holística y de integración de todos los subsistemas (cada miembro de la familia) en la intervención para lograr un mayor alcance a los recursos positivos que se tiene para trabajar. Díaz del Peral (2017) va a sostener que es fundamental, que el apoyo esté en intentar entender las reglas, creencias, formas de comunicarse que tienen las familias, afirmando que ese es un terreno complejo de atravesar.

Por eso, retomando a Saavedra (2011) la recuperación integra a varias personas que forman parte de la vida del usuario, familiares, amigos, profesionales, entre otros. Sin la participación de estas personas no es posible ningún proceso de recuperación. “Sólo a través de las relaciones personales y de los intercambios sociales en comunidad, el paciente puede adquirir una percepción de sí mismo normalizada” (p.131).

Según lo expuesto anteriormente, Saavedra (2011) refiere a que “la recuperación significa rescatar la esperanza” (p.135). Esto implica posicionarse desde una mirada en la que se abandona la concepción de la esquizofrenia como crónica e insuperable. En este sentido, el autor sostiene que la recuperación significa ir más allá de la identidad como enfermo y reivindica el reconocimiento de otras dimensiones de la identidad. Asimismo, “la recuperación supone cambiar la visión de aislamiento hacia el compromiso y a la participación activa en la vida del usuario” (p. 135). La persona debe tomar sus decisiones (Díaz del Peral, 2017). En este mismo sentido, Rosillo et al. (2013) refieren a la autodeterminación como uno de los valores claves, destaca que se debe

ayudar a que el usuario retome el significado de su vida, por ello se debe “colaborar en vez de pautar” (p. 266).

Desde esta perspectiva, el abordaje de este modelo es un camino largo y complejo que tiene idas y vueltas, que necesita abandonar la alienación y trabajar hacia la construcción de sentido y objetivos en la vida de la persona (Saavedra, 2011). A posteriori el autor pone énfasis en las redes de contención y apoyo con el fin de que tengan un impacto positivo en los usuarios.

Como profesionales de la Salud Mental se debe prestar atención a estas cuestiones en el proceso de recuperación, tener presente valores claves como la orientación hacia el usuario, en el sentido de ver a la persona en su totalidad y no como el problema, centrarse en los recursos personales y la visión holística del sujeto. Se debe incluir a la persona en el proceso terapéutico, fomentar el sentido de empoderamiento e identidad propia de todos los integrantes frente a lo desconocido del trastorno (Rosillo et al., 2013).

Como sostiene Louro (2003) "El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños (...)" (p. 50). A raíz de lo propuesto, considerando a la familia como el grupo social primario, el cual tiene gran influencia en el desarrollo y en las relaciones interpersonales de los integrantes que la conforman, se aborda a continuación la importancia que tiene en el proceso de recuperación y la incidencia del diagnóstico sobre el grupo familiar.

8 La Familia y el Proceso de Recuperación del Usuario/a

Como se fue desarrollando a lo largo del trabajo, la intervención psicoterapéutica y la familia se entienden como ejes centrales para la recuperación de la persona con esquizofrenia, ya que esta última, desde el enfoque propuesto no se puede entender si no es de forma integral. En referencia a ello, se considera que "el ambiente familiar y las actitudes básicas hacia el paciente ejercen una poderosa influencia en su calidad de vida percibida (...)" (Rascón et al., p. 242). En virtud de lo expuesto, Navarro (2013) menciona que "la familia supone un foco potencial en la intervención como elemento natural y de primer orden dentro del contexto en el que se desenvuelve la vida del paciente (...)" (p. 149). En esta sintonía, la OMS (2022) promueve la importancia de que en las instancias de apoyo participen las personas que padecen esquizofrenia así como los miembros de toda la familia y la comunidad en general.

En toda familia, un diagnóstico de esquizofrenia puede generar miedo, incertidumbre, entre otras sensaciones y emociones en los integrantes, desencadenando inevitablemente situaciones difíciles de transitar. En este sentido Rebolledo y Lobato (2005) afirman que el surgimiento del trastorno puede alterar la relación y el equilibrio emocional del grupo familiar. Siguiendo esta línea de pensamiento, González y Rodríguez (2002) refieren que “la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas” (p. 24). Lo que puede empeorar la tensión y sobrecarga en el grupo familiar.

En este sentido, se considera de interés conocer los aportes del estudio de Marsh (2001, citado por García-Portilla et al., s.f) en relación al proceso que la familia transita para lograr la adaptación del trastorno mental de su familiar. En él se desprenden diferentes instancias, la primera refiere al encuentro inicial con el diagnóstico, en donde puede caracterizarse por confusión, shock y negación. Luego llega la confrontación, donde los integrantes de la familia pueden experimentar estrés emocional, preocupaciones económicas así como también dificultad para comunicarse con los profesionales responsables. En esta instancia se percibe la necesidad para saber más sobre el trastorno y lo que conlleva el tratamiento. La etapa posterior se refiere a la de resolución, que consiste en el reconocimiento gradual de la esquizofrenia, la cual requiere mayor información y acompañamiento por parte del equipo responsable.

Sin embargo, como menciona Gómez (2009) se debe tener presente que las reacciones de una familia frente a la noticia del TMG de un familiar no deben generalizarse ya que estas dependen de múltiples factores, “(...) como la disponibilidad de recursos materiales, sociales y de información con los que cuente la familia” (p.121).

Gradillas (1998) refiere a que los efectos de la esquizofrenia sobre la familia se pueden ver de diferentes formas, poniendo énfasis en las repercusiones objetivas, tales como el aislamiento social, la desorganización del hogar, el miedo, la inactividad, irritabilidad, entre otras repercusiones. Por ello, en muchos casos el clima en la familia se vuelve tenso, lo que va a perjudicar en gran medida al usuario. Los sentimientos de culpa que pueden experimentar los familiares, suelen ser comunes, frente a una situación que no se espera y se intenta buscar la causa.

Siguiendo esta línea el autor propone que toda reacción de la familia va a estar influida por la coherencia que tengan entre los integrantes como sistema familiar. Hay algunas familias donde cada uno de los miembros se mueve en el sistema de forma

autónoma a tal modo que apenas funcionan como un grupo. Por el contrario, otras familias se caracterizan por vínculos afectivos sólidos entre ellos, lo que implica a su vez, una reducida comprensión de identidad como sujetos (Gradillas, 1998).

Asimismo, Rascón et al. (2014) refieren que el proceso de aceptación del trastorno y la manera en que los integrantes del sistema familiar se involucran en el tratamiento del usuario son diferentes, va a depender la clase de relación que se tiene con el allegado y el modo de posicionarse frente a la situación. Es por ello que "algunos familiares tienen que dejar su trabajo para hacerse cargo del paciente, mientras que otros simplemente no soportan la situación familiar y evitan la convivencia" (Rascón et al., 2014, p. 242).

Por ello la importancia de incluir al grupo familiar en el proceso, lo cual proveerá una mayor funcionalidad dentro del hogar y aportará a disminuir los conflictos generados por consecuencia de la alteración de la dinámica familiar. "Esta inclusión permite a la familia y al paciente con el diagnóstico de esquizofrenia enfrentar la enfermedad, adquirir herramientas y desarrollar habilidades que permitan sobrellevar los retos que plantea el trastorno y así afrontar adecuadamente las situaciones estresantes (...)" (Martínez-Cardona et al., 2020, p. 648).

Es relevante destacar que en la investigación cualitativa que realizaron Rascón et al. (2014) sobre las necesidades de los familiares de personas con esquizofrenia en situaciones de crisis, en el estudio a los familiares a cargo del cuidado del usuario "(...) se encontró que más de la mitad (58.8%) de ellos presentaron algún trastorno psiquiátrico, dentro de los cuales se destacaron el diagnóstico de depresión en las mujeres y la dependencia al alcohol en los hombres" (p. 242). Ello puede ser a causa de las reiteradas situaciones de estrés que se vivencian en la familia por la esquizofrenia y también a que algunos de los integrantes se descuiden de su persona por causa del cuidado y sobreprotección que le dan a su familiar (Rascón et al., 2014). En sintonía con estos aportes, en la investigación realizada por Laureiro et al. (2017) se extrae de la entrevista a los técnicos que: "los familiares a veces vienen con un deterioro muy fuerte" (p. 20).

En este sentido, ante la crisis, la cual suele ser dolorosa y traumática para el usuario y para sus familiares, Rebolledo y Lobato (2005) sostienen que "hay que aprovechar estas circunstancias para educar al paciente en su adherencia y valoración del tratamiento. La familia y la persona afectada pueden salir fortalecidos de una crisis y aprender a prevenirlas" (p. 100).

Según Vallina y Lemos (2000) retomando de Lam (1991) hay variedad de intervenciones familiares y distintos enfoques terapéuticos que comparten algunas características comunes, algunas de las mencionadas son: la aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias, centrándose en las intenciones positivas de estas, respetando sus necesidades; proporcionar estructura y estabilidad por ello “se pretende establecer un ambiente terapéutico con contactos regulares y estables, que proporcione a la familia una estructura asistencial que les ayude ante la sensación de descontrol e impredecibilidad que puede generar la esquizofrenia” (p. 671). Otra de las características comunes refiere a la aproximación conductual, estableciendo metas acordes a los recursos y necesidades de las familias; entre otras.

Es fundamental que las familias sean consideradas, apoyadas y acompañadas para así poder favorecer al usuario a retomar el control de su vida, logrando que esta sea significativa según sus objetivos. Asimismo González y Rodríguez (2002) sostienen que “es necesario cuidar a los que cuidan” (p. 24) y eso se logra a través de promover información, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su allegado frente al TMG. Con el propósito de que cuenten con estrategias y recursos adecuados para tener una buena convivencia y un rol activo en la recuperación. En esta misma línea se reflexiona que:

Así como la familia es un factor muy relevante en el tratamiento de la esquizofrenia, es necesario que reciba una atención más allá de la información y capacitación, porque todos los miembros de la familia resultan afectados por la enfermedad y la mayoría de las veces requieren ser escuchados para aligerar el impacto y la tensión que produce la convivencia con su familiar enfermo. (Rascón et al., 2014, p. 244)

Por ello, Del Castillo et al. (2011) proponen que para llegar a este propósito “resulta fundamental considerar la diversidad de abordajes, adaptados a la situación de cada usuario y su familia y a los recursos disponibles” (p. 86). A su vez se requiere tener presente como mencionan los autores, la necesidad de generar “(...) el apoyo adecuado que permita mantener en los casos posibles la convivencia familiar, trabajando hacia la mejora en la calidad vincular y de vida de la familia en su conjunto” (Del Castillo et al., 2011, p. 88).

Si bien, el énfasis de este trabajo pretende abordar aquellas dimensiones que contemplan a las familia como favorecedora del tratamiento y por lo tanto del cumplimiento de los objetivos con respecto a la autonomía y vida digna de los usuarios,

es pertinente mencionar que en muchos casos los técnicos que trabajan con esta población, se encuentran con la falta de sistemas positivos (Del Castillo et al., 2011). Por lo que es imprescindible, en este sentido, mejorar la calidad del vínculo familiar y de las redes disponibles (vecinos, amigos, pareja, entre otros) con el usuario. En virtud de promover redes que logren involucrarse para que sostengan y acompañen al proceso por el que transita el usuario. Como lo argumentan Del Castillo et al. (2011) frente a aquellas situaciones en la que el usuario no cuente con su familia, se puede trabajar en crear redes que puedan brindar el soporte necesario para la persona.

En sintonía, Gisbert et al. (2003) refieren que "desde un punto de vista general la intervención familiar aparece pues como un elemento imprescindible en el abordaje integral de los pacientes con trastornos mentales crónicos, específicamente con Esquizofrenia" (p. 181). Por ende, la falta de esta, debe ser contemplada por los profesionales referentes, los que deberán considerar quienes son vínculos externos del centro, aquellos vínculos más cercanos al usuario para que sean contemplados en el proceso de recuperación. En relación con ello, Díaz del Peral (2017) expresa que: "Creo que cuando queremos, de verdad, que una persona se recupere debemos contar con su familia, si es posible y, si no es posible, pues es mejor la separación, facilitarle otro espacio" (p. 139).

Siguiendo esta línea de pensamiento y tal como fue referido anteriormente, es relevante mencionar que tanto las familias como cualquier red de apoyo significativa para el usuario con esquizofrenia, también deben de alcanzar su propia recuperación. Estos sistemas "también tienen que volver a evaluar su vida, aceptando lo que ha pasado y efectuar los cambios necesarios" (Shepherd et al., 2008, p. 8). En este proceso de recuperación como mencionan los autores, deben ir descubriendo el sentido de la vida y la relación con el familiar.

Considerando lo propuesto por Gisbert et al. (2003) quienes mencionan que "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" (p. 181). Es por ello que donde se debe hacer énfasis como profesionales de Salud Mental, es en contemplar la familia del usuario, trabajar sobre los sentimientos generados de culpa, angustia, desmotivación, entre otras, que este sistema en su gran totalidad puede estar atravesando frente a lo desconocido del TMG. Es crucial para la efectiva recuperación su afrontamiento con el usuario y poder transitarlo entre todos los miembros del sistema

que comparten el día a día de su cotidianidad. "Su participación e implicación activa favorece una más pronta y mejor recuperación de la persona afectada de psicosis" (González y Rodríguez, 2010, p. 327).

Estos autores destacan que los programas de intervención con familias forman parte en el tratamiento de rehabilitación psicosocial. Sostienen además que tienen como objetivo por un lado, mejorar las habilidades y la implicación adecuada del proceso de rehabilitación psicosocial del usuario con esquizofrenia. En cuanto a los objetivos secundarios son "disminuir la carga emocional en los familiares, aumentar la sensación de control, reducir el estigma y mejorar la calidad de vida de toda la familia en su conjunto" (González y Rodríguez, 2010, p. 327).

En este sentido, los autores refieren que en los programas destinados a las familias suele recomendarse: "permitir, sin que la situación llegue a desbordarse, la descarga e intercambio emocional en los familiares" (p. 327). Así como también establecer un ambiente de confianza y cooperación con el equipo técnico, no culpabilizar a los familiares de ser la causa del trastorno y facilitar la participación e intercambio de experiencias entre los integrantes del grupo familiar (González y Rodríguez, 2010). Por ello "es importante que los servicios de salud mental también faciliten la recuperación de los cuidadores y las personas cercanas al paciente, ayudándoles a dar sentido a lo ocurrido, reorientar sus vidas y poder acceder a nuevas oportunidades (...)" (Shepherd et al., 2008, p. 8).

Asimismo, en relación a cómo se interviene Natella (2017) refiere que "la convocatoria a la familia sucede con frecuencia con el fin de "tratarla" o para satisfacer necesidades cotidianas del paciente (ropa, dinero, fármacos, entre otras) y frente a la proximidad de alta de la persona, previo a su externación" (p. 254). La autora, sostiene que habitualmente no se tiene en consideración que la familia necesita de apoyo, en un comienzo para entender lo que sucede con el allegado y luego para poder involucrarse, ir adquiriendo poco a poco las herramientas que permitan un acercamiento acorde con los integrantes de la familia. Por ello, es imprescindible la psicoeducación como herramienta para lograr estos objetivos de manera eficiente. Casarotti et al. (2003) mencionan que esta última, son "los procedimientos orientados al paciente y a la familia (...)" (p. 89). Entendiendo que la psicoeducación ayuda a la persona con esquizofrenia y a su familia, la cual propone mejorar la evolución, así como reducir las recaídas, optimizando la vida de la persona en todos los aspectos (Casarotti et al., 2003).

Fernández (2010) menciona algunos ítems que no deben faltar nunca en cualquier tipo de intervención con familias, siendo elementos que potencian su impacto, favorecen su aplicabilidad y posibilita el logro de los objetivos. Estos son: acercarse a la familia con una actitud positiva, saber ser empático, reconocer la sobrecarga que la familia experimenta, establecer una alianza sólida con todos los integrantes del grupo familiar, ser capaz de ver a la familia como a un todo, promover la independencia del usuario y "favorecer expectativas razonables sobre el desempeño futuro del paciente" (p. 10).

En esta línea de pensamiento, el autor va a sostener que "el tipo de intervención con familias de personas con enfermedad mental graves son necesarias, útiles y eficaces" (Fernández 2010, p.10). Es por ello, que la necesidad de brindar a los familiares las habilidades necesarias para apoyar a la recuperación del usuario, pueden en gran medida ampliar los logros propuestos por el equipo profesional responsable (Glynn 2013).

En un estudio llamado "la adherencia familiar en el Trastorno Mental Grave" Padilla et al. (2017), el cual el objetivo fue identificar las actitudes y comportamientos que pone en manifiesto y describen la adherencia familiar al tratamiento de los usuarios, se realizaron entrevistas a 12 profesionales de diferentes áreas, que trabajan con estas poblaciones. Los mismos coincidieron en la importancia de la adherencia familiar. En relación al concepto, los autores sostienen que "la adherencia familiar puede verse como un proceso de fortalecimiento de los vínculos, lo que puede disminuir la sobrecarga y el sufrimiento que experimenta la propia familia en el cuidado de un paciente crónico" (p. 525).

Los consultados mencionan que la adherencia familiar es importante en el tratamiento del usuario, ya que la familia tiene un rol importante en su cumplimiento. Sostienen que el que se involucre a todos los integrantes es de suma importancia, uno de los profesionales entrevistados, sostiene que el rol de la familia, debe ser inclusivo siendo que suele ser la primera red de apoyo con la que cuenta el usuario, por ello sus roles deben ser proactivos en lo que respecta al tratamiento. En lo que refiere a la actitud de la familia hacia el usuario, mencionan que es fundamental, ya que la familia es el soporte afectivo principal, quienes pueden motivar al usuario para transitar el tratamiento en el que logre sentirse apoyado y acompañado.

Siguiendo en esta línea, los profesionales también van a sostener a través de su experiencia, que hay aspectos que afectan negativamente la adherencia familiar y que refieren a conflictos familiares, daño emocional y/o físico, la falta de comunicación entre los integrantes de la familia, el aislamiento de la familia por vergüenza o estigma, entre otros factores. Es relevante tener en claro que "la familia que está adherida es consciente del trastorno, participa activamente en el tratamiento, tiene comunicación con los profesionales y asiste a las consultas y actividades de la institución" (Padilla et al., 2017, p. 525).

Retomando el estudio de Laureiro et al., (2017) es imprescindible tener en cuenta, las narrativas de la mayoría de los centros de rehabilitación psicosocial que fueron considerados en el estudio, en cuanto a lo fundamental que es la familia en el proceso, uno de los entrevistados refiere que el sistema familiar es uno de los pilares en el proceso junto con el usuario, el profesional responsable y el equipo de técnicos. Consideran que si falta alguno de ellos, se nota la ausencia ya que cuando se logra un proceso en que se cuenta con todos los involucrados se evidencia la evolución. Y en cambio, si la familia no participa el proceso pierde el equilibrio y se hace más lento.

En cuanto a la participación de las familias en los centros de rehabilitación, se visualiza que la misma se da de varias maneras, en algunos centros se realizan entrevistas a domicilio, también se mantiene el contacto vía telefónica y en algunas de las instituciones cuentan con el dispositivo de asambleas de familias. Es relevante destacar que esta última, presenta mayor dificultad en la mayoría de las instituciones, por la baja asistencia de los familiares. Los motivos son múltiples según los equipos técnicos entrevistados, según sus experiencias: "una vez que los usuarios entran al centro o a la institución algunos familiares creen que se pueden desentender del tema" (Laureiro et al., 2017, p. 18). Otra de las observaciones refiere a que los familiares no quieren escuchar los problemas de otras familias y les cuesta hablar de sus propias vivencias. En esta línea de pensamiento, Inglott et al. (2004) sostienen que "muchos familiares son reacios a compartir su realidad con otros familiares por vergüenza, y ante el estigma que supone la enfermedad" (p.11).

Volviendo a las instituciones entrevistadas, el equipo técnico refiere la importancia de contar con estos dispositivos para que las familias puedan tener contención y apoyo en un espacio terapéutico destinado para ellas. En el que pueden intercambiar con otros grupos familiares sus vivencias y sentimientos, considerando que

“el familiar que se hace cargo es el que más sufre y el que más expuesto está” (Laureiro et al., 2017 p.20).

Puntualmente, visualizando las dificultades anteriormente mencionadas en las intervenciones con las familias de los usuarios con esquizofrenia en el estudio realizado en Uruguay, en el próximo capítulo se abordará un enfoque terapéutico que ha demostrado mayor participación de las familias en el proceso de recuperación del usuario, llamado Open dialogue / Diálogo abierto (DA) que se originó en Finlandia, Laponia Occidental.

9 Diálogo Abierto: Un Tratamiento Innovador

En esta nueva forma de trabajar con usuarios con esquizofrenia y sus familias, los principios se desarrollaron a partir de los aportes del enfoque psicoterapéutico integrado denominado tratamiento adaptado a las necesidades, llevado a cabo por Yrjö O. Alanen. Este propone un dispositivo asistencial diferente al que se trabajaba desde una visión holística, en donde se contemplan los distintos enfoques de tratamiento según las necesidades específicas de los usuarios, como la psicoterapia individual combinando la terapia familiar sistémica donde se abordan las relaciones interfamiliares. Puntualmente, Alanen, (2003) menciona que los trabajos de muchos investigadores del área familiar y terapeutas familiares de orientación psicodinámica y sistémica han sido influyentes en relación a la teoría y el tratamiento de la esquizofrenia.

Este autor, ofrece desde su experiencia como profesional de la Salud Mental una visión integral sobre la esquizofrenia, propuso adaptar los servicios a las necesidades de los usuarios, desde una mirada biopsicosocial, considerando los factores genéticos y los factores ambientales. En este sentido DA aporta al tratamiento adaptado a las necesidades, la novedad de “la participación de las familias y de los mismos pacientes o clientes como parte indispensable de esos encuentros y diálogos inter-redes” (Seikkula y Arnkil, 2016, p.8).

Diálogo Abierto (DA) surge en los primeros años de la década de 1980 en Tornio, zona de Laponia Occidental (Finlandia). El psicólogo Jaakka Seikkula, es quien promueve esta nueva forma de intervención para trabajar con personas con esquizofrenia, obteniendo resultados significativos en el mundo occidental en lo que respecta a la recuperación de la esquizofrenia.

Considerando cómo se trabaja actualmente en la mayoría de las instituciones y centros de Salud Mental frente a las crisis, es interesante esta postura como nuevas posibilidades de afrontar el malestar que provoca en las familias y en los propios usuarios. Las crisis que vivencian estas poblaciones, suelen ser vistas como las menos favorables para generar un proceso dialógico, ya que generan preocupaciones, los usuarios son incomprendidos, pero como mencionan Seikkula y Arnkil (2016) son estos momentos donde la persona y su familia necesitan asistencia, de acuerdo a sus experiencias es en estas situaciones, cuando los diálogos son necesarios y existe un gran potencial para trabajar.

9.1 ¿Qué es Diálogo Abierto?

Particularmente, es un enfoque terapéutico que se desarrolló como una nueva alternativa al tratamiento de los TMG, en especial la esquizofrenia. Se centra en el trabajo en redes y facilitar el diálogo, para luego promover cambios en el usuario y/o la familia (Seikkula y Arnkil 2016). Tiene por objetivo ayudar al usuario durante una crisis con urgencia inmediata, trabajando en conjunto con la familia y su red social de apoyo. (Haakarakagas et al., 2016). El Diálogo Abierto significa poder escuchar y adaptarse al contexto y lenguaje particulares de cada intercambio que surge de cada encuentro. El Diálogo Abierto (DA) trabaja con la red social que rodea al usuario, desde familiares, amigos, profesionales y todos aquellos que puedan contribuir a la intervención con el usuario.

Siguiendo en esta línea, el objetivo es facilitar el diálogo, promoviendo a que la persona pueda utilizar sus propios recursos psicológicos. Los autores refieren en este sentido a que “el objetivo del tratamiento consiste en promover fórmulas que le permitan al paciente encontrar las palabras con las que pueda describir estas experiencias para las que no disponía previamente de ellas o de un lenguaje compartido” (Seikkula y Arnkil 2016, p. 59). En otras palabras, el equipo debe lograr establecer una atmósfera lo bastante segura, desde una escucha atenta y respetuosa de todos los temas que el usuario en la experiencia psicótica trae al espacio, así los temas claves pueden encontrar un lugar donde gestionarse ya que se abordan cuestiones que no se han discutido con anterioridad (Seikkula y Arnkil, 2016).

En este sentido, “el objetivo del diálogo abierto es llegar a un entendimiento compartido” (Haakarakagas et al., 2016, p. 15). Este abordaje promueve la intervención durante una crisis, haciendo énfasis en que es un momento en que, el usuario puede estar más predispuesto a abrirse sobre lo que siente y experimenta.

Desde esta perspectiva, otra de las consideraciones más novedosas, es como se abordan los episodios agudos que experimentan los usuarios en relación a los síntomas positivos, puntualmente las alucinaciones, las cuales son pensadas como aquellas que incluyen eventos reales en la vida de una persona y no como una razón. Por ello, proponen abordar una escucha cuidadosa, activa, empática que habilita al usuario a expresar libremente y al equipo posicionarse desde una apertura frente a esas experiencias, lejos del prejuicio y de la discriminación (Seikkula y Arnkil 2016).

Es relevante, tener presente las características fundamentales de Diálogo Abierto, en primer lugar es la forma de implementar los encuentros, donde se reúne a todos los vinculados con la crisis tanto como la persona que la atraviesa, su familia, otras redes cercanas y profesionales. En este sentido, todos los participantes de la reunión intervienen en el proceso de forma participativa y cada encuentro crea su propia estructura en función del contexto y de las circunstancias, las cuales no son acordadas con antelación sino se va trabajando sobre la marcha con lo que surge de las narrativas. “Los profesionales se reúnen sin planes previos, es decir, abiertamente y los clientes están presentes desde el principio” (Seikkula y Arnkil 2016, p. 99). Se establece así, un marco innovador que comprende al usuario, su red de apoyo y al personal de salud que acompaña el proceso de recuperación, formando así, una red de apoyo social y afectiva.

Asimismo, otro factor importante desde este modelo de intervención tiene como propósito que la medicación, no sea la protagonista principal del tratamiento. Sino que busca enriquecer las posibilidades del tratamiento de la esquizofrenia, con un enfoque que encuentra en la práctica dialógica, brindar un espacio enriquecedor para un nuevo lenguaje que nombre aquellas experiencias que aún no tienen palabras para la persona que las experimenta (Seikkula y Arnkil, 2016).

Es importante remarcar que estos diálogos no son acerca del usuario, sino que tienen el foco en ser una forma de estar con el usuario, siendo que busca disminuir el aislamiento y distancia que puede producir la esquizofrenia y a su vez permite visibilizar las diferentes voces y lograr un sentido de conexión entre el sistema familiar y los miembros de esta (Olson et al. 2014). En este sentido “(...) con el fin de encontrar palabras nuevas para experiencias vividas mediante alucinaciones, es importante asegurarse de que todos los participantes compartan una historia común dentro del diálogo, tanto el equipo como los miembros de la red social privada” (Seikkula y Arnkil 2016, p. 119). En este sentido cada participante se integra utilizando su propio lenguaje, logrando poner en palabras sus experiencias más intensas.

En esta sintonía, es apropiado contextualizar como mencionan Haakarakangas, et al. (2016) que hasta finales de los años 1980, muchas de las instituciones no daban paso a las visitas de familiares de los usuarios ya que provocaban estrés en el personal. En suma, estos nuevos dispositivos promovieron que los usuarios y las familias fueran invitados a ser parte del proceso de tratamiento, siendo los protagonistas fundamentales de este enfoque y partiendo del pensamiento de que “las experiencias del paciente y las de los allegados están entrelazadas. El paciente no es un actor aislado en su contexto social” (Seikkula y Arnkil 2016, p. 112).

9.2 Principios

Seikkula y Arnkil (2016) refieren a que el primer principio es la ayuda inmediata frente a la crisis psicótica (dentro de las 24 horas), los autores van a mencionar que: “en nuestra experiencia, es precisamente en estas situaciones cuando los diálogos son más necesarios y donde muestran su mayor potencial” (p. 21). Los autores hacen hincapié en que la mejor manera de iniciar un tratamiento es actuando inmediatamente, en contraposición a las metodologías de abordajes tradicionales, las cuales se espera a que el usuario psicótico recupere algo de coherencia antes de tener una reunión con él y su familia. En este sentido, en la crisis “es como si la ventana para estas experiencias extremas permaneciera abierta únicamente durante los primeros días” (p. 59).

Si se logra una atmósfera lo suficientemente segura por parte del equipo técnico, mediante una respuesta rápida y una escucha cuidadosa de todo lo que presentan en el discurso los integrantes, los temas claves pueden encontrar un espacio donde gestionarse y así mejorar el pronóstico del usuario.

Siguiendo esta línea, el segundo principio parte desde la perspectiva de la red social, en donde no solo se invita al encuentro al usuario, su familia y los profesionales responsables, sino que también, son incluidos otros miembros claves de la red social del usuario (amigos, vecinos, etc.). Teniéndose como objetivo lograr un incremento del apoyo social, generar confianza mutua entre los participantes, para proporcionar relaciones personales con el fin de que el usuario sienta que tiene soporte social (Seikkula y Arnkil, 2016).

Un tercer principio, refiere a la flexibilidad y movilidad en lo que respecta a la adaptación a las necesidades tanto del usuario como de la familia. En este sentido, el lugar de encuentro se determina de común acuerdo entre todos los participantes, suelen planificarse en el hogar del usuario, o pueden llevarse a cabo en la institución de salud

mental. Se considera que los encuentros en los hogares suelen evitar los ingresos innecesarios a los centros hospitalarios, porque los propios recursos de las familias parecen encontrarse más prontamente disponibles en el ambiente familiar (Seikkula y Arnkil, 2016).

El cuarto principio refiere a la responsabilidad, teniendo en cuenta que quien realiza el primer contacto es quien tendrá la responsabilidad de concretar la primera reunión. En cuanto al quinto principio, refiere a la continuidad psicológica, para lograr dar una respuesta de forma integral donde el equipo responsable es quien se hace cargo del proceso, al margen de donde se realice la intervención (hogar del usuario, centro, otro). El sexto principio, responde a la tolerancia a la incertidumbre, los autores van a sostener en este punto que “es lo más difícil pero lo más importante” (p. 24). Y por último, uno de los conceptos base de este abordaje, el dialogismo. Es por ello que Seikkula y Arnkil (2016) refieren: “Nos acercaremos al dialogismo como una forma de pensar y de actuar que puede enriquecerse con todo tipo de métodos que promuevan la escucha y el pensar juntos” (p. 24).

Por ende, el énfasis está en generar un diálogo, crear nuevas experiencias, nuevas palabras y un lenguaje común. A su vez que el espacio sea propicio para permitirse sentir, comprender los sentimientos de los demás, el derecho de todos a ser escuchados, generar una disposición a la reflexión, donde se tenga la oportunidad de aumentar la autogestión de sus vidas, discutiendo dificultades y problemas de los integrantes, ver sus puntos de vista y asumir que nadie posee la verdad absoluta (Seikkula y Arnkil, 2016).

En este sentido el diálogo es una forma de pensar en conjunto, “donde la comprensión se construye entre los integrantes como algo que supera las posibilidades de una sola persona. Para obtenerlo, los participantes tienen que centrarse en las respuestas, en escuchar y en ser oídas” (Seikkula y Arnkil, 2016, p. 21). Los autores refieren a la importancia de destacar que el diálogo abierto no reemplaza a otro método de tratamiento, las acciones tienden a ser las mismas, pero las actividades que las conforman obtienen un nuevo significado para los integrantes luego de una experiencia compartida.

Seikkula y Arnkil (2016) comparan los resultados obtenidos de estudios realizados, donde los datos reflejan significativas diferencias entre métodos tradicionales y DA. Algunas de las conclusiones recabadas sostienen que los usuarios

de diálogo abierto parecen recuperarse mejor de la crisis, refieren que a los dos años de seguimiento se visualizó que en el grupo de control se produjo al menos una recaída en el 71 % de los usuarios y en los diálogos abiertos en las psicosis agudas un 24%. Asimismo, encontraron que los usuarios del grupo de comparación tenían significativamente más síntomas psicóticos residuales que los grupos abordados desde este enfoque, alrededor del 50% tenían al menos síntomas leves, con respecto al 17% del grupo de diálogo abierto.

En este sentido, puntualmente:

Mientras que la mayoría de programas se centran en mejorar las habilidades de afrontamiento del paciente y de su familia, en los diálogos abiertos se produce además una cooperación concreta, mediante la movilización de participantes relevantes para el futuro del paciente. (Seikkula y Arnkil, 2016, p. 145)

10 Reflexiones Finales

El presente trabajo monográfico, buscó describir y acercar una aproximación al rol que ocupa la familia en el proceso de recuperación de la persona con esquizofrenia. Dando cuenta de una preocupación, que como estudiante me surge frente a estas situaciones que nos interpelan como profesionales de la Salud Mental.

Considerando que en las últimas décadas, el interés en el sistema familiar del usuario fue adquiriendo relevancia debido a su importancia como red de apoyo primario, es relevante seguir aportando a esta temática desde aquellos abordajes que no estén centrados en la enfermedad y control del síntoma, sino en la recuperación de todos los ámbitos de la vida del usuario y su familia.

Como se ha observado en el presente trabajo, la historicidad de la concepción de familia y su papel en el proceso de recuperación de personas con esquizofrenia han ido cambiando y tomando notoriedad en este ámbito en los últimos años. Considerando que el sostén que brinda la familia, por lo general es el recurso principal para la recuperación.

Desde enfoques como Diálogo Abierto y el Modelo de Recuperación que fueron abordados, se han promovido investigaciones y estudios que avalan la incidencia positiva de las familias en el tratamiento de su familiar con TMG.

En este sentido, la búsqueda y revisión bibliográfica de esta monografía, pretende otorgar al lector la apertura a la reflexión frente a esta temática considerando la importancia que tiene para toda la sociedad y la implicancia que amerita como psicólogo/as. En este sentido, como mencionan Seikkula y Arkill, (2016) “la buena praxis

a la hora de ayudar a nuestro clientes no se consigue simplemente eliminando síntomas, sino saliendo al encuentro de personas vivas” (p.98). Por ello, es imprescindible incorporar nuevas formas de trabajo que sean beneficiosas para los usuarios y sus familiares. Así como lograr cambiar la forma de tratar el sufrimiento y malestar que genera este tipo de trastorno mental, conocer y trabajar desde este tipo de intervenciones como DA es un camino para ampliar la mirada frente a cómo intervenir en estos casos. Es por ello que Uruguay debe apostar a abordajes que sean acorde a las necesidades de los usuarios y las familias.

Por otra parte, si bien en diálogo abierto y rehabilitación psicosocial se destaca la participación de los integrantes de la familia en el tratamiento con el usuario, el DA propone una novedad en cuanto a que las decisiones se toman en conjunto entre todos los participantes sin excepciones, brindando la posibilidad de que todas las voces sean escuchadas. A su vez, es innovadora la forma de posicionarse y pensar sobre la crisis psicótica, siendo totalmente distinta a la visión de las psicoterapias convencionales.

Se considera que la familia como red de sostén y acompañamiento es imprescindible para aportar y beneficiar a la recuperación del usuario y a su vez que ésta sea acompañada por los técnicos responsables. En este camino, es fundamental repensar las prácticas de intervención llevadas a cabo hasta el momento en nuestro país. Si bien la rehabilitación psicosocial ayuda a los usuarios a funcionar de forma más satisfactoria, debe contemplarse que fuera de los centros, la red de apoyo con la que cuenta la persona con esquizofrenia generalmente no tienen herramientas ni el sostén que se requiere. La forma de obtener que el usuario sea el protagonista de su propia recuperación, es trabajando en conjunto con todas las redes de apoyo posibles.

Como fue expuesto, todo sujeto está influenciado por otros y por el entorno que lo rodea de forma continua, es decir, se está en constante interacción con el ambiente y con otras personas, por lo que no se puede plantear un tratamiento que no considere la influencia de las redes sociales de las personas. En definitiva en este trabajo, la familia es pensada como recurso para ayudar al usuario a transitar las vicisitudes que refieren al TMG. Puntualmente, teniendo un rol importante en fortalecer la autonomía del usuario, así como motivar su reinserción en la comunidad.

En este sentido es fundamental tener una actitud terapéutica la cual se caracterice por acercarse a la persona con esquizofrenia como persona con derecho y voz propia, “en lugar de considerarlo el recipiente de mecanismos biológicos anormales a ser tratados solamente con un enfoque farmacológico” (Alanen 2003, p. 186).

Se considera que, las políticas públicas y marcos legales que se lograron hasta ahora en nuestro país obtendrán un real sentido en la medida que, como lo refiere De León (2013) “La rehabilitación e integración es viable en cuanto la sociedad haga un espacio de inclusión real” (p. 200). Por ende, ese cambio aún requiere de una mayor implicación de la sociedad.

En relación a las fuentes bibliográficas consultadas en la elaboración de este trabajo, se visualiza que las investigaciones puntualmente de esta temática son escasas. Siguiendo esta línea de pensamiento, para quien escribe se considera relevante la continuidad de nuevos aportes que contribuyan al trabajo con las familias de los usuarios con esquizofrenia.

Para avanzar en relación al Diálogo Abierto se propone que este enfoque podría enriquecer la intervención con los usuarios y sus familias. Considerando las dificultades en cuanto a la participación de las familias en el dispositivo abordado en la mayoría de las instituciones entrevistadas por Laureiro et al. (2017). Se espera que esta innovadora forma de intervención con la familia y el usuario creada en Finlandia, se pueda implementar en un futuro cercano en Uruguay, en pos de mejores resultados frente al bienestar e integración de estas personas en la comunidad, dejando a un lado el pensamiento biomédico en lo que respecta a la dualidad salud/ enfermedad.

Al respecto, el prólogo de Tizón (2016) argumenta:

Estamos seguros de que en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Cuba, Uruguay, etc., y por supuesto en España, este modelo podrá ser de gran ayuda para el desarrollo de sus sistemas de cuidado de las psicosis, hoy dominados por el tratamiento unidimensional difundido desde el centro del Imperio; también como formas de afrontar y elaborar las crisis y las situaciones complejas (...). (Seikkula y Arkill 2016, p.12)

En definitiva, esta forma de abordar la esquizofrenia, puede ser un elemento clave para la recuperación eficaz de las personas y sus familias en nuestro país.

11 Referencias bibliográficas

- Acevedo, L. y Vidal, E. H. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. MEDISAN, 23(1), 131-145.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000100131&lng=es&tlng=
- Alanen, Y. (2003). La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Janssen-Cilag.
http://www.cursoesquizofrenia.com/Castellano/pdf/LA_ESQUIZOFRENIA.pdf
- American Psychiatric Association. APA. (2014) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Médica Panamericana.
- Arias, P. y Basauri, V. (2003). Intervención temprana y prevención de recaídas en la esquizofrenia. En C. Gisbert Aguilar (coord.) Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. (109-127). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocialtratamientointegral.pdf>
- Bentura, C. y Mitjavila, M. (s.f.). Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya.
https://www.13snhct.sbhct.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf
- Casarotti, H., Pardo, V., Laborthe, A., Labraga, P., Valiño, G., Fernández, M., Ruiz, A. I., Popoff, C., Pazos, M. y Martínez, A. (2003) Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 67 (1) 76-110.
- Davidson, L. & González-Ibáñez, A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37(131), 189-205.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100011&lng=es&tlng=es

- Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83-96. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847406006>
- De León, N. (coord.) (2013). *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las políticas en salud mental*. Universidad de la República, CSIC. https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/2013-12_salud_mental_en_debate.pdf
- Díaz del Peral, D. (2017) Recuperación y estigma. *Revista Psiquiátrica*. 81 (2), 127-144. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/05_CONF_2.pdf
- Fernandez Blanco, J. (2002) El campo de la Rehabilitación Psicosocial y estilo de Atención. En J.C. Rodriguez, y A. Gonzalez (coords.), (69-74). Consejería de Servicios Sociales Comunidad de Madrid.
- Fernández Blanco, J. (2010). Modelos de intervención con familias de personas afectadas por una enfermedad mental grave y duradera. En *Portada*, (47), 6-10.
- García-Portilla, M.P. Saiz, A. Fernández, M.T. Díaz-Mesa, E. Galvan, G. García, L. y Bobes, J. (s.f) Impacto de la esquizofrenia sobre las familias y los cuidadores. En *Impacto social de la esquizofrenia*. Bobes, J y Saiz, J. (Coords.) 69-84 Glosa. <https://docplayer.es/526698-Impacto-social-de-la-esquizofrenia-coordinadores-julio-bobes-garcia-jeronimo-saiz-ruiz.html>
- Ginés, A., Porciúncula, H. y Arduino, M. (2005) El plan de salud mental: Veinte años después. Evolución, perspectiva y prioridades. 69 (2), 129-150, *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf
- Gisbert, C. Moro, J. y Camps, C. (2003) Metodología de las intervenciones en el contexto individual, familiar y social. En C. Gisbert. *Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo*. (133-192). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Glynn, S (2013) Intervenciones familiares en esquizofrenia: Esperanzas y dificultades a lo largo de 30 años. *Revista de Toxicomanías*. UCLA. (70) 15-23 https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70_2.pdf

González, J. C. y Rodríguez, A. (2002) Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. Consejería de servicios sociales de la Comunidad de Madrid. Biblioteca Virtual. www.madrid.org/publicamadrid

González Cases, J. C., & Rodríguez González, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009

Gómez, S. A., (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 114-125.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615419009>

Gradillas, V. (1998) La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría. Díaz de los Santos.

Haarakangas, K. Seikkula, J. Alakare, B. Aaltonen, J. (2016). Collaborative Therapy: Relationships And Conversations That Make a Difference. Capítulo 9. Diálogo Abierto: una aproximación al tratamiento psicoterapéutico de la psicosis en Finlandia del norte. <https://www.scpc.cl/wp-content/uploads/2016/06/Dialogos-Abiertos.pdf>

Hernández Monsalve, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-187.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010&lng=es&tlng=es.

Inglott, R., Touriño, R., Baena, E., & Fernández, J. (2004). Intervención familiar en la esquizofrenia: Su diseminación en un área de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (92), 9-23.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400002&lng=es&tlng=es

Laureiro, N. Leal, G. Pouso, M. Suhr, N. Zabala, L. (2017) Modelos de intervención utilizados con familias en Centros de Rehabilitación Psicosocial de Montevideo y Canelones. En XVI Jornadas de Investigación: la excepcionalidad uruguaya en debate: ¿como el Uruguay no hay?. Colibri.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/10726>

Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. Revista Cubana de Salud Pública, 29(1), 48-51.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&tlng=es

Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10 (2004) Médica Panamericana.

Martínez-Cardona, M.C, Estrada, C. Vélez-Velásquez, A. Muñoz-Avenidaño, N. y López, J. (2020) Relaciones de familia con pacientes con esquizofrenia. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 39 (5). 643-650.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.4262890>

Minuchin, S. (2003) Familia y Terapia Familiar. Gedisa.

Minuchin, S y Fishman, C. (2004). Técnicas de Terapia familiar. Paidós.

Ministerio de salud pública. (2011). Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud. <https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente/bibliografia/msp-plan-de-implementacion-de-prestaciones-en-salud-mental>

Navarro, N. (2013) Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. Psychology, Society, & Education, 5 (2) 139-150. <https://doi.org/10.25115/psye.v5i2.551>

Natella, G. (2017). Salud Mental comunitaria en acción: El problema de la formación profesional. En De León, N. Palacios, A. Stolkner, A. Díaz, A. Techera, A. Fernández Castrillo, B. Silva, C. Gribov, D. Morales Calatayud, F. Iglesias, G. Natella, G. De Pena, L. Pereyra Lanterna, M. De la Cuesta, P. Pérez, R.

Ramírez, R. y Lema, S. (coords.) Salud Mental: Comunidad y Derechos Humanos. (241-267). Psicolibros Universitario.

Olson, M., Seikkula, J. y Ziedonis, D. (2014). Los elementos claves de la práctica dialógica en el diálogo abierto: criterios de fidelidad. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.
<http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>

Organización Mundial de la Salud (2022, enero 21). Esquizofrenia.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Pardo, V. (2007) Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evaluación y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas, 71(1), 83-98. Revista Psiquiatría Uruguay.
http://www.spu.org.uy/revista/set2007/05_revision.pdf

Padilla E. M., Posada, O., Sarmiento Medina P. (2017) La adherencia familiar en el trastorno mental grave [Family adherence in serious mental disorder]. Atención Primaria. 50(9) 519-526. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.010>

Rascón, M. L. Valencia, M. Domínguez, T. Alcántara, H. y Casanova, L. (2014) Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. 37 (3) 239-246. Salud Mental.

Rebolledo, S. y Lobato, M. J. (2005) Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. GRUPO Aula Médica.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Comoafrontaresquizofrenia.pdf>

Rosillo, M. Hernández, M. y Smith, S. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33(118), 257-271. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000200003>

Rodríguez, A. y Bravo, M.F. (2003) Marco general y conceptualización. En C. Gisbert Aguilar (coord.), Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. (17-53) Asociación española de neuropsiquiatría.

- Satir, V. (2002). Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. Pax Mexico.
- Saavedra, F. J., (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 18(1), 121-139.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138054008>
- Sadock, V., y Sadock, B. (2011). Kaplan y Sadock, Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Ed. 5ta. Lippincott Williams & Wilkins.
- Saiz, J., Vega, D. C., & Sánchez, P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235-254.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180615360004>
- Seikkula, J. y Arnkil, T. (2016) Diálogos terapéuticos en la red social. Herder.
- Shepherd, G. Boardman, J. & Slade, M. (2008) Hacer de la recuperación una realidad. Documento estratégico. Sainsbury Centre for Mental Health. Servicio Andaluz de Salud. https://aen.es/wp-content/uploads/docs/Hacer_Recuperacion_Realidad.pdf
- Techera, A., Apud I. y Borges C. (2009) La sociedad del olvido. Un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Universidad de la República, CSIC.
- Tizon, J. (2016). La importancia del Diálogo democrático para la integración social, familiar y personal. En J, Seikkula y T, Arnkil. Diálogos terapéuticos en la red social. (7-16). Herder.
- Uruguay (1936, agosto, 24). Ley N° 9.581: Ley del Psicópata.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/9581-1936>
- Uruguay (2017, septiembre, 19). Ley N° 19.529: Ley de Salud Mental.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017/31>
- Uriarte, J. (2007) Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. En Uriarte, J. (coord.)

Cuaderno de psiquiatría comunitaria. Rehabilitación psicosocial. 7(2) 87-101.
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. <https://aen.es/wp-content/uploads/docs/Cuadernos7.2.pdf>

Valdivia, C. (2008) La Familia: concepto, cambio y nuevos modelos. La revue du REDIF. Universidad de Deusto. 1, 15-22.
<https://www.edumargen.org/docs/2018/curso44/intro/apunte04.pdf>

Vallina, O. y Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. Psicothema. 12(4), 671-681.
https://www.researchgate.net/publication/28112550_Dos_decadas_de_intervenciones_familiares_en_la_esquizofrenia