

Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay

Renée del Castillo; Mariana Villar; Denisse Dogmanas

Autor referente: ddogmanas@psico.edu.uy

Dirección de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado. (Uruguay)
Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (PNSM)
PNSM y Facultad de Psicología, UdelAR.

RESUMEN

El artículo trata sobre la Rehabilitación Psicosocial para personas con trastorno mental severo en Uruguay. Se expone la concepción del modelo de Rehabilitación Psicosocial integral a nivel de política pública nacional. Se presentan datos sobre la situación actual de la atención en salud en este tipo de abordajes, así como perspectivas futuras.

ABSTRACT

The article introduces the topic of Psychosocial Rehabilitation for people with severe mental disorders in Uruguay. The concept and national public policy of the comprehensive Psychosocial Rehabilitation model are presented. Uruguayan national data about specialized health care services and use of services are included, and future perspectives are discussed.

PALABRAS CLAVE: Rehabilitación Psicosocial; Trastorno Mental Severo; Uruguay

KEYWORDS: Psychosocial Rehabilitation; Severe Mental Disorders; Uruguay

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009). Según el Informe sobre Salud en el Mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001) la esquizofrenia constituye la séptima causa de años vividos con discapacidad, con un porcentaje en el total de enfermedades del 2,8%. Incluso en la franja etaria que va entre los 15 y los 44 años, la esquizofrenia ocupa el tercer puesto con un porcentaje de 4,9%. El temprano comienzo del trastorno conlleva devastadoras consecuencias sobre el futuro profesional y la integración social de la persona (Torres-González y Saldivia, 2009). Las personas con enfermedad mental además deben enfrentarse a los efectos del estigma asociado a su enfermedad. Similar estigmatización sufre su familia y hasta los propios operadores de la salud mental. Por otro lado, existe una brecha importante entre las personas que necesitan tratamiento y aquellas que lo reciben. Los resultados arrojados por el estudio de Demitenaere et al. en 2004 (citado en Torres y Saldivia, 2009) revelaron que en países desarrollados, entre el 35,5 y el 50,3% de las personas con Trastorno Mental Severo y Persistente (TMSP) no recibía tratamiento. Kohn y colaboradores (2004) en su revisión encuentran una tasa media del 32% de personas con esquizofrenia sin tratamiento. Estos estudios llevan a suponer que la problemática no reside tanto en la falta de recursos como en el acceso a los mismos (Torres y Saldivia, 2009).

Históricamente las sociedades han tendido a segregar lo diferente, expresión de ello es el aislamiento histórico que las mismas han generado hacia las personas con enfermedades mentales. Es así que se crean los asilos, los manicomios, como instituciones tendientes a la contención y segregación de lo que no se quiere ver, en el supuesto de que lo que no se ve, no existe. En los últimos 25 años nuestro país ha ido realizando cambios hacia la apertura de dichas instituciones, en un proceso de desinstitutionalización de las personas con TMSP. Desde entonces, la población asilar ha disminuido progresivamente. Han contribuido a esto diversos factores, entre ellos el desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental (1986), la humanización de los tratamientos, la descentralización de los servicios asistenciales, la creación y desarrollo de la Red de Salud

Mental y la mejora de los tratamientos psicofarmacológicos. Esto último habilitó, entre otros aspectos, la posibilidad de profundización de los abordajes psicosociales. Han incidido además de los esfuerzos profesionales y de diferentes actores sociales, la creación y el fortalecimiento desde la vuelta de la democracia de las Asociaciones de Familiares de Personas con TMSP, que participan activamente de la elaboración de programas, planes y políticas de salud mental.

El foco actualmente está puesto en fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental, de manera de superar el modelo asilar y asegurar la erradicación del sistema manicomial. Expresión de este objetivo es el lema establecido en el Consenso de Panamá (OPS/OMS, 2010) “la década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020”. La no institucionalización de las personas con trastornos mentales es posible integrando un modelo socio sanitario comunitario que debe adecuarse a las necesidades de cada una de las personas con TMSP. Surge entonces como prioritario el desarrollo de estrategias en rehabilitación psicosocial integral desde un enfoque participativo e inclusivo. Con este tipo de abordajes se apunta hacia el logro de una mejora de la calidad de vida e inserción de la persona como miembro activo de la comunidad.

CONCEPTO DE REHABILITACIÓN

Siguiendo el Consenso Intercentros del Uruguay (Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay, 2005) la Rehabilitación puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes. El trabajo en rehabilitación biopsicosocial desde lo cultural y ambiental, implica el encuentro entre la persona que presenta un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente. En dicho encuentro se va privilegiando el lugar de la persona con TMSP, su potencial y saber en un aprendizaje en común hacia la construcción de un camino propio e individualizado. El tratamiento debe tender a que la persona con TMSP pueda tomar

conciencia de sus necesidades en interacción con su medio familiar y social contando con el apoyo de los técnicos pertinentes. Avanzar hacia esa meta es reafirmar la recuperación de la persona en su autonomía, en sus capacidades y su potencial de salud. La recuperación implica la construcción de un proyecto de vida, definido por la propia persona y en la toma de conciencia de su condición ciudadana.

La atención integral de las personas con TMSD requiere de la articulación adecuada de acciones de promoción, prevención y rehabilitación en la Red de Salud Mental y Salud Integral y Comunitaria. El fortalecimiento de la Red contribuye a asegurar la continuidad de los cuidados, previniendo recaídas y crisis, tendiendo en la medida de las posibilidades a la atención de la persona en su lugar de residencia o en el Hospital General (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2009b). La OMS ha establecido que estas redes de servicios deben poseer los atributos de accesibilidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados, territorialidad o sectorización, efectividad, equidad y respeto de los derechos humanos (Cohen, 2009); resulta importante la implementación de distintas propuestas de rehabilitación psicosocial desde el inicio del tratamiento y en niveles diferenciados y graduales que correspondan a las diversas etapas del proceso de rehabilitación, con objetivos propios para cada una de las mismas. Optimizar las posibilidades de tratamiento, dispositivos de atención y tipos de abordaje integrados: terapia psicofarmacológica, estrategias psicosociales, psicoterapia, psicoeducación a usuarios y familias. El tránsito por estructuras progresivas y complementarias de atención le permite a la persona encontrar, según su momento evolutivo, la estructura que le sea más apropiada a sus necesidades y le permita desarrollar su potencial. Se vuelve necesario elaborar un proyecto terapéutico, que oficie de instrumento de referencia y que integre diferentes objetivos que se irán construyendo entre la persona con TMSD y su familia, contando con el apoyo del equipo (MSP, 2009a). La *figura 1* muestra abordajes y dispositivos posibles a integrar en una estrategia de rehabilitación psicosocial integral, insertos en la red sanitaria. Resulta fundamental considerar la diversidad de abordajes, adaptados a la situación de cada usuario y su familia y a los recursos disponibles. Cada propuesta prestará un apoyo graduado según el nivel de autonomía, las

dificultades, el potencial de salud y de desempeño en la vida cotidiana y social de cada residente.

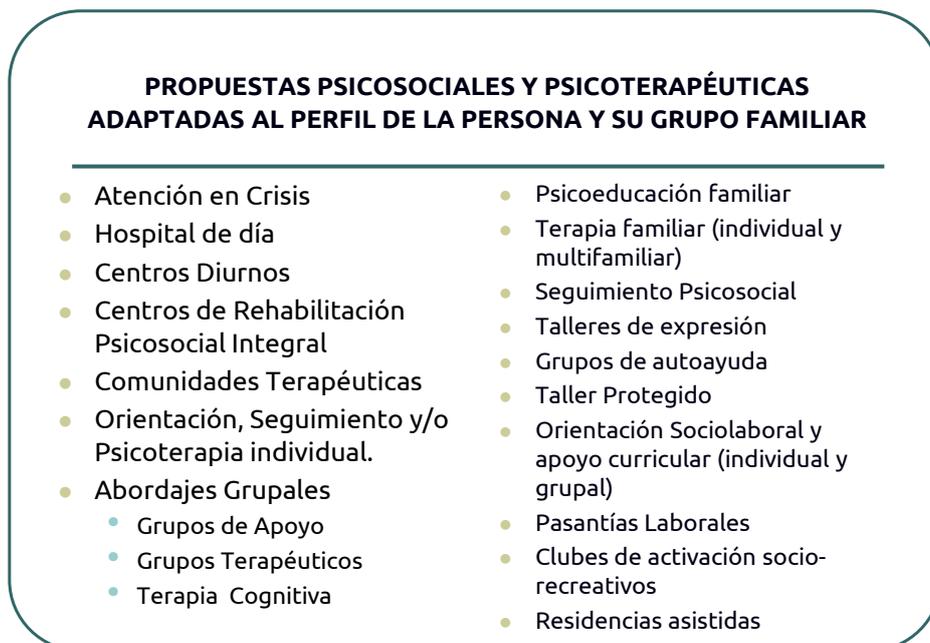


Figura 1. Dispositivos de atención en rehabilitación psicosocial

En este contexto, reviste gran importancia el desarrollo de un Programa Nacional de Residencias Asistidas constituyendo un área más dentro de la gama de servicios y abordajes psicosociales tendientes a la inserción de la persona con TMSP. Un Programa de este tipo fue elaborado por la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del MSP (2009b), y propone una estrategia que permite abordar el problema de vivienda, cuidados e inserción de las personas con TMSP.

Las modalidades residenciales implican una amplia gama que incluye desde propuestas más protegidas hasta otras más autónomas. Las primeras implican casas de medio camino, residencias asistidas y apartamentos asistidos. Las propuestas más autónomas incluyen apartamentos autónomos, residencia individual, pensiones, convivencia familiar y familias sustitutas (MSP, 2009b). Las casas de medio camino tienden a ser residencias de pre-alta, en las que residen las personas con TMSP que egresan de una internación, o post crisis y que requieran de una

continencia especializada. El tiempo de estada en esta propuesta debe ser prolongado en principio no mayor de 2 años. Una Residencia Asistida implica un espacio protegido destinado a las personas que requieran de un cuidado especial por carencias significativas en su desempeño social y de la vida cotidiana, pero que estén en condiciones de convivir con otros.

El sistema residencial tiene que ser valorado como una Red que contenga distintos niveles residenciales que permitan circular a las personas con TMSP según los logros en la autonomía que vayan adquiriendo en un camino a construir desde lo más protegido a lo más autónomo. Se piensa cada propuesta como una etapa adaptada a las necesidades de los residentes, donde la supervisión y composición del equipo (cuidadores o Técnicos) será proporcional al grado de autonomía y necesidades de cuidados de los residentes. Dentro de la red es importante estimular y apoyar un sistema residencial autónomo, dirigido a personas solas, parejas, o pequeños grupos que cuenten con la autonomía necesaria para un desempeño independiente. La modalidad de residencia individual permite la asistencia a la persona que vive sola, para que pueda superar sus dificultades y mantenerse autónoma y activa. Es también necesario 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. En casos de personas que no cuenten con una familia propia, o la misma no pueda constituirse en el sostén necesario para la convivencia entre otros y se considere el marco familiar adecuado para la misma, se puede valorar el sistema de familia u hogares sustitutos. Esta última opción ha sido desarrollada durante años en nuestro país con resultados muy positivos. En la Figura 2 se sintetizan las diferentes modalidades residenciales a integrarse en el Programa Nacional Residencial para personas con TMSP. Las mismas debieran complementarse con los demás servicios de la red sanitaria y barrial.

NIVELES DE RESIDENCIAS ASISTIDAS

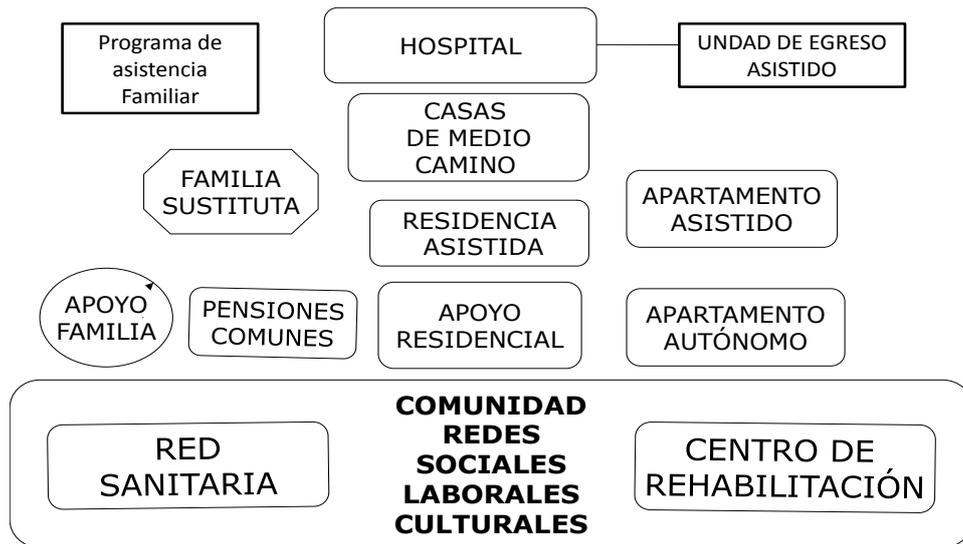


Figura 2. Modalidades residenciales a integrarse en un Programa Nacional Residencial

Otro de los componentes fundamentales en una rehabilitación integral está dado por las posibilidades de inserción laboral de las personas con TMSP que pueden ser de diversos modos (ver Figura 3).

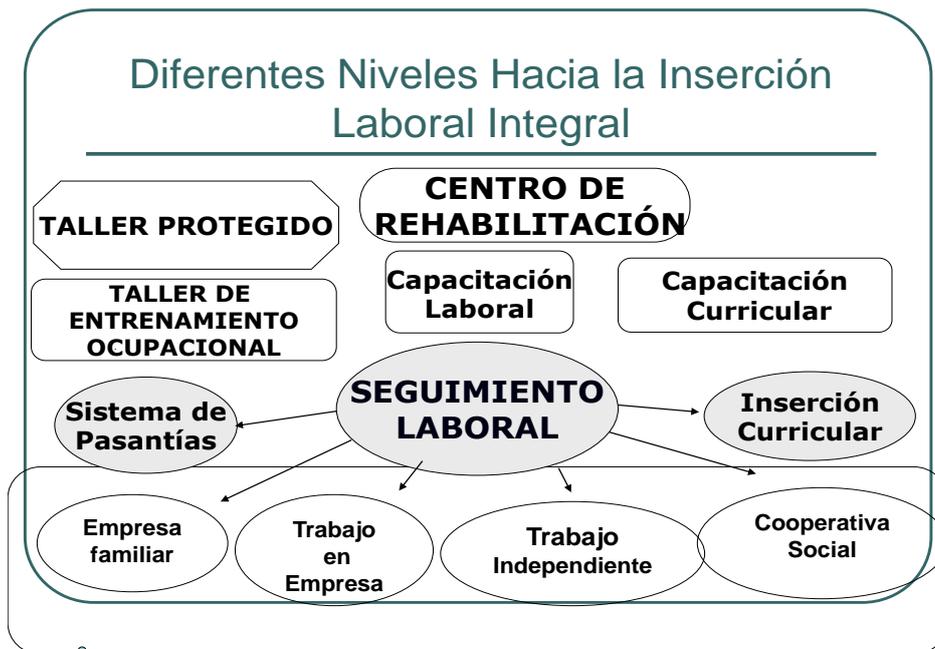


Figura 3. Inserción laboral hacia un modelo socio sanitario comunitario.

SITUACIÓN ACTUAL: REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN URUGUAY

En nuestro país, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) es el prestador integral de salud cuyos servicios de salud mental poseen mayor grado de integración y articulación en red. Según datos aportados por la Dirección de Salud Mental de ASSE, la Red de Servicios del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención en Salud Mental de ASSE está conformada para el tratamiento de las personas con TMSP por los siguientes dispositivos:

1. Las Colonias Psiquiátricas (Santín Carlos Rossi y Bernardo Etchepare), remanentes de una cultura asistencial de asilos en el Uruguay y donde actualmente se encuentran internadas 821 personas. Son parte del Programa de Egreso Asistido 174 personas con TMSP, de ellas 96 pertenecen al Programa Asistencia Familiar y 78 al Programa de Hogar Sustituto.

2. El Hospital Vilardebó como Hospital de Agudos desarrolla diversos Programas tendientes a la Rehabilitación, entre ellos: Programa de Atención en Crisis (ACRI), Rehabilitación en Sala, Centro Diurno y Psicoeducación, Pasantías remuneradas de Capacitación Laboral en Gastronomía y Tisanería Básica y en Huerta Orgánica (convenio con organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil), Pasantías de reparación y reciclaje de espacios, muebles y materiales del Hospital. El Programa de Egreso y Enlace asegura que las personas al alta del Hospital Vilardebó tengan día y hora coordinado con el Equipo Comunitario de Salud Mental que le corresponda. Este Programa juega un rol importante para la prevención de recaídas y asegura la continuidad del tratamiento post alta.

3. La Unidad de Coordinación de Egreso Asistido (UCEA) funciona en el Hospital Vilardebó y es coordinada por la Dirección de Salud Mental de ASSE. Tiene el objetivo de articular los recursos de ASSE y del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) para lograr el egreso del Hospital de las personas que requieren de un apoyo residencial asistido, de un egreso asistido a nivel familiar, o de un apoyo económico para el egreso residencial. Esta unidad centraliza las propuestas residenciales para la población con TMSP en situación de calle; coordina las 2 Residencias

Asistidas (convenio ASSE-MIDES) y el Hogar de Medio Camino (convenio ASSE-Hermanas Hospitalarias). Actualmente hay 75 personas con TMSP a cargo de la UCEA.

4. Las Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales en todo el país.
5. Los Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial integrados por el Centro Diurno del Hospital Vilardebó, Centro Diurno Sayago y Centro de Rehabilitación de Pando de Montevideo y Área Metropolitana.
6. Los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM), 45 en total, distribuidos en 28 en el interior y 17 en la capital del país.

El estudio de evaluación sobre el Sistema de Salud Mental en Uruguay desarrollado por el Ministerio de Salud Pública del Uruguay (MSP, en prensa) recogió datos sobre dispositivos públicos y privados en el año 2008 y observó que especialmente en los centros de tratamiento diurno y los centros de rehabilitación psicosocial la diversidad de oferta asistencial era menor en el sector mutual que en el público. ASSE poseía, aunque con un grado heterogéneo de desarrollo entre ellas, un mayor número y diversidad de propuestas ambulatorias que incluían rehabilitación. En el país se registraron 23 establecimientos de tratamiento diurno incluyendo ASSE, las 28 instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de la República y organizaciones no gubernamentales (MSP). Estos establecimientos atendieron a 0,35 usuarios por cada 1000 habitantes de la población general. Ninguna de las instituciones encuestadas contó en 2008 con centros propios que atendieran en forma exclusiva a niños y adolescentes (MSP). El estudio también observó que en todos los Departamentos del país existían diferentes Centros de Rehabilitación y/o Equipos Comunitarios de Salud Mental desarrollando abordajes psicosociales dirigidos a personas con TMSP y sus familias. En una encuesta realizada por ASSE este año, el total de personas participantes de actividades de rehabilitación psicosocial a nivel público ascendía a 600 (ASSE, 2011). Algunos resultados del estudio sobre los centros y usuarios en 2008 se presentan en la tabla 1.

Tabla 1

Centros de Tratamiento Diurno según Prestador en 2008

	Nº de Centros	Nº Total de usuarios	% del total de usuarios
<i>ASSE</i>	<i>20</i>	<i>530</i>	<i>45.4</i>
<i>ONGs</i>	<i>1</i>	<i>380</i>	<i>32.6</i>
<i>Cat. Psiq.</i>	<i>1</i>	<i>180</i>	<i>15.4</i>
<i>IAMC</i>	<i>1</i>	<i>77</i>	<i>6.6</i>
<i>Total</i>	<i>23</i>	<i>1167</i>	<i>100</i>

Los diferentes centros de rehabilitación psicosocial tanto públicos como privados, ubicados en la capital del país y sus proximidades, funcionan desde hace más de 10 años en una Red de Intercentros de Rehabilitación. Esta Red constituye una instancia de encuentro mensual de todos los centros de rehabilitación.

En relación a las actividades de capacitación y de inserción laboral, existen escasas propuestas para personas con TMSP, entre ellas una Cooperativa de Mensajería y Distribución de Correspondencia, un Taller Protegido, algunos Programas de Pasantías Laborales y algunos Programas de Capacitación Laboral.

En cuanto a los establecimientos residenciales para personas con TMSP, en el 2008 se registraron 47 dispositivos en todo el sistema, tanto público como privado. Se obtuvo información de 24 de ellos (17 privados, 1 de ASSE Salud Mental, 6 del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, que poseían un total de 664 camas (MSP, en prensa). Estas residencias atendieron a 427 usuarios con TMSP en 2008. Es probable que exista un alto porcentaje de residencias pequeñas tipo hogares que albergan a personas con trastornos mentales pero que no están registradas (MSP).

Específicamente en cuanto a dispositivos del tipo Residencias Asistidas, de acuerdo a los datos aportados por la Dirección de Salud Mental de

ASSE (ASSE, 2011), actualmente en Uruguay existen 5 en total, 2 de ellas en convenio ASSE-MIDES, 1 en convenio ASSE-institución privada, 1 privada y 1 apartamento asistido a cargo de una ONG. La escasez de experiencias residenciales específicas para personas con TMSP, que tiendan a su integración social, a la humanización y al logro de una mejor calidad de vida, es asunto de preocupación para las autoridades nacionales. Las carencias de alternativas residenciales ocasionan, entre otros factores, la persistencia de los ingresos a las Colonias y, en consecuencia, la institucionalización de personas con TMSP.

La puesta en funcionamiento de la Sub-Comisión Nacional de Residencias Asistidas para personas con TMSP será clave para propiciar el desarrollo del Programa de Residencias Asistidas a nivel nacional. Una de sus funciones más importantes será propiciar el desarrollo de residencias que integren diferentes niveles de cuidados, desde lo más protegido a lo más autónomo como sistema de desinstitucionalización y de inclusión social y familiar en las redes sanitarias y comunitarias barriales.

A partir de setiembre del 2011 el MSP exige a nivel nacional a todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud el desarrollo de nuevas prestaciones en salud mental. Las mismas incluyen, entre otras, prestaciones en psicoterapias individuales y grupales orientadas a la rehabilitación y dirigidas a personas con TMSP, así como intervenciones psicosociales para sus familias (MSP, 2011).

PERSPECTIVAS

Si bien han existido avances en la rehabilitación psicosocial de personas con TMSP en estos últimos años, aún es baja la cantidad de usuarios que están recibiendo atención en rehabilitación psicosocial. Asimismo, es insuficiente el nivel de concreción de las propuestas hacia un modelo terapéutico integral que incluya aspectos biopsicosociales, culturales y ambientales, que tienda a la mejora de la calidad de vida de la persona con TMSP, de su familia y de su inserción comunitaria. Los abordajes institucionales disponibles deben orientarse más hacia abordajes socio-comunitarios. Para ello, es importante mejorar algunos aspectos tales como la articulación de las redes (Red de Salud Mental, Red de

Rehabilitación, Red del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención), fortalecer la capacitación de los recursos en Salud Mental y Salud Integral y Comunitaria en el abordaje individual, grupal y comunitario adecuado a las personas con TMSP y sus familias. Con respecto a las Colonias Psiquiátricas, a pesar de la creación de algunos Programas de Egreso, continúa pendiente disminuir la cantidad de personas institucionalizadas en ambas.

Por otra parte, los Programas de Egreso de las Colonias se ven limitados por la falta de alternativas de impacto extra institucionales para un egreso residencial asistido digno de sus usuarios. En cuanto a las políticas tendientes a la externalización resulta necesario continuar con la mejora en la calidad de vida de las personas internadas, su preparación para el desempeño en la vida cotidiana y el egreso de la institución. Esto debe incluir la realización de un adecuado diagnóstico de la población que reside en las Colonias, incluyendo situación clínica, nivel de funcionamiento global y posibilidades y recursos para la reinserción y externalización.

Proponemos generar un sistema alternativo que integre un Programa de Rehabilitación Psicosocial Integral que contemple la creación de Residencias Asistidas, la Asistencia Familiar y el apoyo residencial autónomo con el correspondiente seguimiento psicosocial. La Sub-Comisión Nacional de Residencias Asistidas para personas con TMSP será clave en este proceso.

La generación de políticas tendientes a la sensibilización de la comunidad es necesaria para la inclusión de las personas con TMSP. Frente a escasos desarrollos de acciones tendientes a la sensibilización comunitaria y de prácticas mancomunadas dirigidas hacia la externalización e integración socio-laboral de las personas con TMSP, el fenómeno de “puerta giratoria” es frecuente en el sistema sanitario uruguayo. Por el momento, no se han concretado cambios que contemplen esta preocupación. Para que el proceso de rehabilitación pueda afianzarse se necesita de una inserción social gratificante y valorizada. El trabajo es un eje fundamental de la participación social pero son pocas las personas con TMSP que han podido acceder al mismo en nuestro país.

Frente a los nuevos requerimientos de prestaciones en Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2011) se espera lograr un gran avance en el acceso a prestaciones psicoterapéuticas individuales y grupales para personas con TMSP e intervenciones psicosociales para sus familias. Resulta importante que las futuras acciones apunten a mejorar la accesibilidad tanto a nivel público como privado de la Rehabilitación Psicosocial Integral de la persona con TMSP, propiciando su participación activa en el proceso de cambio, con plenos derechos ciudadanos y de accesibilidad a los recursos socio-culturales.

REFERENCIAS

- Administración de Servicios de Salud del Estado, Dirección de Salud Mental. (2011). *Informe sobre Encuesta para Centros de rehabilitación psicosocial en Uruguay*. Montevideo, Uruguay
- Cohen, H. (2009). De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad. En J. Rodríguez (Ed.), *Salud mental en la comunidad* (p.119-133). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay. (2005). *Consenso Intercentros del Uruguay 2003-2004*. Manuscrito no publicado.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. y Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin World Health Organization*, 82, 858–866.
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*. Montevideo, Uruguay: Autor.
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay, Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. (2009)b. *Programa Nacional de Residencias Asistidas*. Manuscrito no publicado
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay, Programa Nacional de Salud Mental. (2009)a. *Guía en Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP)*. Manuscrito no publicado.
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (en prensa). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Uruguay usando el World Health Organization/ Assessment Instrument of Mental Health Systems (WHO-AIMS)*. Montevideo, Uruguay: Autor.

- Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional integrado de Salud*. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/categoria_375_1_1.html
- Organización Mundial de la salud. (2001). Informe sobre la salud en el Mundo 2001. *Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Consenso de Panamá*. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009) *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental*, 49º Consejo Directivo, 61º Sesión del Comité Regional. Recuperado de http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1143415_Plan-Salud-MentalCE144-12-s.pdf
- Torres-González, F. y Saldivia, S. (2009). La atención comunitaria de las personas con trastornos mentales de larga duración. En Rodríguez, J. (Ed.) *Salud mental en la comunidad* (2a ed., pp. 133-157). Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Historia editorial

Recibido: 09/2011

Primera revisión: 10/2011

Aceptado: 11/2011

Formato de citación

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