



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



© 2017 Rossina Machiñena

Esquizofrenia: Discapacidad y Rehabilitación Psicosocial.

Trabajo Final de Grado.

Dayana Balla Fernández: 4.978.898-2

Montevideo

30/07/2017

Modalidad: Monografía

Tutora: Rossina Machiñena.

Índice

	Resumen	3
	Introducción	4
<u>Capítulo 1</u>	Esquizofrenia y discapacidad	5
<u>Capítulo 2</u>	Del encierro a la comunidad	9
<u>Capítulo 3</u>	Rehabilitación psicosocial	13
	3.1 Definiciones y objetivos	13
	3.2 Fases de la rehabilitación.....	16
	3.3 Rehabilitación psicosocial en Uruguay.....	21
<u>Capítulo 4</u>	El Psicólogo en la Rehabilitación psicosocial.....	25
<u>Capítulo 5</u>	Calidad de vida	28
	 <u>Consideraciones finales</u>	 31
	 <u>Bibliografía</u>	 35

Resumen

Se aborda el tema de la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia. Se pretende abordar la esquizofrenia a partir de la deficiencia y su funcionamiento, dando cuenta de la discapacidad que la misma produce. También se expone sobre el proceso de desinstitucionalización como impulsor de grandes avances en materia de discapacidad psíquica, principalmente en los métodos de tratamiento y los recursos humanos implicados. Se muestra de esta manera el pasaje del modelo asilar como único abordaje posible, a estrategias en rehabilitación psicosocial. Sumado a ello, se realiza una contextualización de la misma en Uruguay, denotando cuales son las instituciones y abordajes con los que cuenta para llevarla a cabo. Por otra parte, se prioriza el rol del psicólogo en salud mental desde su posición crítica y problematizadora, trabajando interdisciplinariamente con otros profesionales. Al final, se plantea la calidad de vida y su vínculo con la rehabilitación psicosocial. Se concluye que la misma es beneficiosa y ha mostrado avances con respecto a otros métodos de tratamientos, siendo igualmente un área en el cual queda tarea por realizar.

PALABRAS CLAVE -

Rehabilitación Psicosocial – Esquizofrenia – Calidad de vida

Introducción

En el presente trabajo se desarrolla el tema de la rehabilitación psicosocial, como medida de tratamiento para personas que padecen esquizofrenia. Para ello, se realiza un recorrido histórico mostrando los tratamientos impartidos en tiempos anteriores, derivados de conceptualizaciones diversas sobre el origen de los trastornos mentales.

Se promueve ampliar el campo de análisis de la esquizofrenia, a partir de una articulación teórica que dé cuenta de las deficiencias presentes y del funcionamiento del individuo en el medio social. Producto de esto, se presenta a la misma, a través de la discapacidad psíquica.

En complementación, se desarrolla el proceso de desinstitucionalización y sus posibles causas, además de reconocer su importancia en la rehabilitación psicosocial. A continuación, se exponen las diversas aéreas por las que transita el proceso de dicha rehabilitación, destacado la importancia del centramiento en la persona en las diferentes estrategias ofrecidas y evitando las generalizaciones de las propuestas.

Con el objetivo de contextualizar estos conceptos, se desarrolla la rehabilitación psicosocial en Uruguay, haciendo mención a los diferentes dispositivos existentes para su abordaje.

Por otra parte, se plantea el trabajo y rol del psicólogo como profesional en el proceso de rehabilitación, resaltando la importancia de su interacción con un equipo multidisciplinar.

Finalmente, se trabaja sobre el concepto de calidad de vida, tratando de brindar una conceptualización del término. Al momento de vincularlo con la esquizofrenia, se encuentra íntimamente relacionado a los sistemas de rehabilitación y al logro de objetivos.

Para todo ello, se efectúa una revisión bibliográfica exhaustiva, apostando a la integración de diferentes autores para construir un conocimiento que contemple diversas perspectivas.

A modo de conclusión, se pretende reflexionar sobre la información obtenida, aspirando una comprensión crítica sobre el tema.

Capítulo 1:

Esquizofrenia y discapacidad psíquica .

En este capítulo se pretende realizar un recorrido de acuerdo a la concepción de la de la esquizofrenia en cada momento socio-histórico, denotando sus repercusiones. Finalmente se aspira llegar a una comprensión más amplia de la misma, permitiendo contemplar las deficiencias y el comportamiento del sujeto en el medio.

De acuerdo con Palacios (2008) en periodos como la Antigüedad Clásica y la Edad Media, las deficiencias eran entendidas desde lo religioso, generando una visión negativa sobre las personas que la manifiestan.

El pensamiento imperante fundaba sus principios en la iglesia y la religión, en donde la iglesia y el estado se sostenían mutuamente, siendo el deber de éste último evitar que sus ciudadanos fuesen deformes e improductivos. Como consecuencia de esto, se comenzó a realizar una distinción entre los sujetos que nacen con una deficiencia y aquellos que la adquieren con posterioridad. Si se detectaba al niño con una disfunción genética, el infanticidio solía ser la respuesta más habitual, mientras que si la deficiencia era adquirida por motivos de guerra, se brindaba ayuda económica. Las diferencias entre las medidas a tomar, residen en considerar a estas últimas libres de posesión demoniaca.

Estas situaciones fueron cambiando a lo largo del tiempo. A mediados del siglo II d.C., en Roma se abandona el infanticidio, pero cualquier persona que contase con alguna incapacidad, era sometida a burlas y diversión por el resto de la sociedad, condenada a una permanente exclusión social.

Luego a principios del siglo XX, la concepción de diversidad funcional como resultado de castigo divino deja de tener validez y pasa a otorgarse una explicación científica, llevando a incluir nuevos parámetros de salud-enfermedad. Desde esta nueva perspectiva las personas con deficiencias van a tener que rehabilitarse para poder aportar a la sociedad. Por lo tanto ya no se las ve como improductivas en la medida que sean normalizadas. A pesar de ello, no son incluidas en el mercado laboral, siendo el trabajo protegido y la asistencia social las únicas maneras de subsistencia.

Más allá de los avances en la ciencia y las repercusiones que los mismos habían generado en la sociedad, las personas con esquizofrenia seguían teniendo grandes desventajas en comparación con el resto de los individuos.

Por lo tanto, es dentro de este contexto que en 1980 la OMS publica la “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía”, un manual para categorizar la enfermedad del individuo, estableciendo sus posibles consecuencias. La idea enmarcada es definir la patología bajo parámetros de enfermedad y describir el comportamiento esperado del “enfermo” dentro del entorno social (Aparicio, 2009). Siguiendo a la autora, se incluyen tres categorizaciones que hacen alusión a la relación existente entre el individuo, la enfermedad y la sociedad: deficiencia, discapacidad y minusvalía. De esta forma, se entiende por deficiencia la pérdida o alteración de la capacidad de alguna función biológica. Por otro lado, la discapacidad es la consecuencia de la deficiencia, siendo la alteración de las funciones cotidianas del individuo por la carencia a nivel de un órgano. Por último, se encuentra la minusvalía caracterizada como la desventaja que experimenta el individuo en la sociedad por presentar una discapacidad. Por lo tanto, la categorización planteada por la OMS se basa en un modelo del déficit, condicionando al sujeto por la falta o la pérdida, condenándolo a una constante estigmatización.

Retomando los lineamientos de Palacios (2008), más adelante en Estados Unidos e Inglaterra, se comienzan a realizar movimientos encabezados por personas con discapacidad, con el objetivo de cambiar la visión de las mismas como una carga, a nivel social, familiar e individual. Se unen a organizaciones de personas con discapacidad conformando el “Movimiento de vida independiente” para proporcionar cambios políticos y sociales. De esta manera, comienzan a defender su participación en los modelos de rehabilitación, formando parte de las propuestas, métodos y fines de la misma.

Acorde a los cambios sociales que iban sucediendo, la ONU en 1982 en pro de promover la participación social, proponen el “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad”, apostando a abordar el tema desde una perspectiva de derechos humanos. Además incluye la rehabilitación, prevención y la igualdad de oportunidades tanto a nivel social como económico.

Actualmente, la OMS (2001) en su “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud” (CIF) define a la discapacidad desde un enfoque bio-psico-social, para ello integra dos modelos opuestos, el médico y el social. Por tanto la misma “indica los procesos negativos de la interacción de un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (pp.231).

En lo que respecta a los “estados de salud o condición de la misma”, estos se entienden como los trastornos agudos o crónicos, clasificadas en el CIE-10.

En cuanto a los “factores contextuales” que intervienen se puede decir que:

Representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluyen los Factores Ambientales y los Factores Personales que pueden tener un efecto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados “relacionado con la salud” de esa persona (OMS, 2001, p.18).

Los “factores ambientales” abarcan dos áreas: individual y social. La primera implica el entorno más próximo al sujeto, tanto a nivel institucional (casa, lugar de trabajo), como a nivel afectivo (familiares, amigos, entre otros). El área social comprende las instituciones educativas, políticas estatales, leyes, medios de comunicación, etc. que influyen en la vida de las personas. Por otro lado, cuando se hace referencia a los “factores personales”, se incluyen los aspectos que constituyen al sujeto en sí mismo como lo son: el ser, el sexo, la raza, religión, subjetividad, entre otras.

Cabe destacar que la CIF (2001) propone algunas modificaciones respecto a “Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía” de 1980 ya mencionada, incentivando a abandonar el término de minusvalía y apostar al concepto de discapacidad desde perspectivas sociales, corporales e individuales.

Resulta oportuno hacer referencia a Jenny Morris quien sintetiza de manera muy clara lo expuesto hasta el momento: *“una incapacidad para caminar es una deficiencia, mientras que una incapacidad para entrar a un edificio debido a que la entrada consiste en una serie de escalones es una discapacidad”* (Palacios, 2008, p.103).

Otra definición que resulta importante mencionar y que ha generado grandes avances en el tema que nos compete, es la explicitada en La “Convención de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad” (2006), la cual incluye dentro de las mismas a *“aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*.

A partir de este documento, se logra introducir un cambio para las personas que presentan deficiencias a nivel psíquico, las cuales hasta el momento eran denominadas bajo la categoría de “enfermos mentales” sin considerarlas como discapacitadas. Esto llevó a tomar medidas en el ámbito político con el fin de promover igualdad de oportunidades dentro de la sociedad (Fernández, 2010).

A partir de lo expuesto, se puede plantear que la esquizofrenia genera discapacidad, debido a la relación negativa que presenta la patología con el medio. Cabe destacar que no todos trastornos mentales generan discapacidad, para que así sea la misma debe considerarse grave o generar limitaciones que se mantengan a lo largo del tiempo. Como plantea De

Fuentes (2016) esto involucra a aquellos que se encuentran bajo tratamiento por un tiempo mayor a dos años, o quienes presentan un progresivo deterioro en el área psicosocial.

En relación a la esquizofrenia y sus síntomas, la CIE-10 (1994) considera que la misma es un trastorno mental grave caracterizado por alteraciones de las emociones (apatía o sentimiento inadecuado), por distorsión del pensamiento (ideas delirantes) y la percepción (alucinaciones). En lo que respecta a la capacidad intelectual, se entiende que esta puede conservarse aunque no se descarta una pérdida de la misma a lo largo del tiempo. Es una enfermedad que frecuentemente aparece entre los 15 y 35 años de edad, no existiendo consenso entre las diversas explicaciones acerca de su etiología. A pesar de ello, la OMS plantea que en su causa intervienen factores genéticos, ambientales y sociales.

Cuando se afirma que la esquizofrenia es una discapacidad, se considera necesario realizar algunas precisiones. Lojo (2010), sostiene que es una discapacidad física, mental y social. En cuanto a la primera, se produce debido a que la esquizofrenia afecta al cerebro, comprobándose la mejora con ingesta de medicamentos, logrando progresos en los aspectos que conforman su personalidad y manera de pensar. Además de ello, dichas personas presentan una discapacidad mental, debido a las afectaciones en las emociones, pensamiento, afectividad, entre otras. Lo expuesto hasta el momento, tiene como consecuencia una discapacidad psicosocial, producto del cambio en la percepción que se tiene tanto de uno mismo como del entorno, del relacionamiento interpersonal, etc.

De acuerdo a lo planteado recientemente por la autora, se considera oportuno realizar una precisión en cuanto a la discapacidad mental, la cual se remite por un lado a la discapacidad a nivel intelectual y por otro, a nivel psíquico. Cabe destacar, que el presente desarrollo hará énfasis en esta última, dada las principales deficiencias que presenta la esquizofrenia. De manera de no generar dudas ni confusiones, para referirse a la discapacidad ocasionada por la misma se remitirá como discapacidad psíquica.

Capítulo 2:

Del encierro a la comunidad

En el presente capítulo se hará mención a los hospitales psiquiátricos y a su manera de brindar asistencia a las deficiencias psíquica en sus diferentes momentos históricos, hasta llegar a las propuestas desistitucionalizadoras, las cuales proponen cambios en los abordajes de los tratamientos.

En la Edad Media se crean los primeros hospitales con fines caritativos, los cuales estaban dirigidos a los pobres, mendigos y enfermos. El nombre “hospital” fue debido a su etimología que alude a hospedaje, hostería. Más adelante, en el siglo XVII, el fin de los mismos cambia, pasando a ser el control social. Tal como plantea Amarante (2009) con el paso del tiempo esto se fue modificando a tal punto que sus fines ya no eran ni la caridad ni el control, sino que comenzó a ser el tratamiento de las enfermedades, permitiendo a los médicos obtener conocimientos debido a su constante y directa observación.

Según Sacristán (2009) a fines del siglo XVIII y principios del siguiente, en Francia, Inglaterra e Italia un grupo de personas quienes se denominan “alienistas” impulsaron un tipo de pensamiento que sostenía al encierro como método curativo del trastorno mental, denominado “tratamiento moral”. El mismo implicaba una relación terapéutica unilateral y una serie de actividades programadas, las cuales disminuirían la propia voluntad. Además se propiciaba un aislamiento social como clave para su recuperación.

Continuando con la autora (2009) es posible situar la aparición de los primeros manicomios en el siglo XIX, en un contexto social en que las deficiencias psíquicas parecían dejar de ser ignoradas, debido a que se ofrecen instituciones para la contención y curación de la misma. Es posible ubicar a Philippe Pinel como el principal impulsor del pensamiento alienista y el tratamiento moral así como el fundador de los primeros hospitales psiquiátricos (Amarante, 2009).

Si se remite a la literalidad del término “manicomio” éste se entiende como una institución destinada a cuidar de aquellos que fueran diferentes, se apartaran del estándar de normalidad imperante, y por lo tanto representasen un peligro para la sociedad.

En complementación, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002) los describe con ciertas características específicas:

De gran tamaño y situados lejos de los núcleos urbanos se caracterizaban por ofrecer en la mayoría de los casos poco más que una atención de tipo asilar y custodial, la asistencia psiquiátrica que ofrecían era escasa y deficitaria, las

condiciones de vida de los internados eran claramente inadecuadas (...) la permanencia prolongada en dichas instituciones constituían importante factor de cronificación y deterioro personal además de marginación y aislamiento de la sociedad” (p.15).

Goffman (1970) describe a los hospitales psiquiátricos como instituciones totalizadoras y absorbentes, caracterizadas por: *“los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos”* (p.18). Además el autor expone que el orden social básico está dado por tres actividades: dormir, jugar y trabajar, las cuales se practican en distintos ámbitos y con diferentes grupos de personas. En cambio, en estas instituciones totales, las mismas se realizan en un mismo lugar, con un mismo grupo de personas, bajo la planificación de una autoridad que las organiza con el fin de cumplir un objetivo institucional.

De esta forma, el manicomio se utilizó como medio de reclusión de las personas que podían alterar el orden social que tanto se aspiraba, haciéndose cargo de aspectos que antes pertenecían al seno exclusivamente familiar, brindando soluciones para las mismas y para la sociedad regida por el capitalismo que pretendía eliminar el ocio y la improductividad (Sacristán, 2009).

De hecho, Amarante (2009) sostiene que el trastorno mental en su estado más puro y original como pretendió encontrar y estudiarlo la medicina en ese momento, a través del encierro y aislamiento, no era otra cosa que producido por las propias condiciones institucionales.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se puede ubicar en Inglaterra y Estados Unidos la crisis de este modelo asilar, la cual impulso a diversos debates sobre las alternativas en el tratamiento de la discapacidad psíquica y su institucionalización. Es a partir de los años sesenta que cobra fuerza la idea de que el encierro no era la solución, debido a que alienación no proporcionaba la recuperación, muy por el contrario, su cronicidad. Por ende se comienzan a promover alternativas más inclusivas (Sacristán, 2009).

En la misma línea, Amarante (2009) plantea que en esos momentos la sociedad comienza a tener consciencia sobre las condiciones en que vivían las personas internados en hospitales psiquiátricos, llegando a una comparación con los campos de concentración y constatando una pérdida total de dignidad humana.

Desde entonces comienza a adquirir fuerza “la psiquiatría social y comunitaria”, la cual si bien siempre había estado presente, es a partir de este periodo (post guerra) que sus lineamientos comienzan a prevalecer en la sociedad. El énfasis es puesto en la

rehabilitación y prevención de enfermedades, con gran interés por la inclusión social de las personas con discapacidad psíquica. De esta manera, el fin de la psiquiatría en el siglo XX cambia de rumbo y su principal objetivo es la “asistencia comunitaria” (Novella, 2008).

Por tanto se puede decir que la psiquiatría comunitaria busca promover la atención integral de la personas, proponiendo alternativas de intervención que contemplen su participación en la comunidad. Desde este enfoque se pretende entender a la discapacidad psíquica como un proceso individual y colectivo en donde importa la participación no solo de los de las personas afectadas y de los profesionales que trabajan en el área de salud mental sino de toda la sociedad e instituciones que forman parte de la misma. Cabe remarcar que fue de gran importancia para la psiquiatría comunitaria el proceso de desinstitucionalización y el despliegue de los servicios comunitarios (Taborda, et.al, 2016).

Se vuelve necesario aclarar que la desinstitucionalización no alude únicamente a la reducción de camas en los hospitales psiquiátricos o el cierre de los mismos con un fin utilitario más rentable económicamente. Tampoco implica dejar a las personas que se encontraban recibiendo tratamiento allí desamparadas y sin ningún tipo de atención, lo que se pretende lograr con dicho proceso es un cambio cultural, teniendo en cuenta los avances científicos, tecnológicos y legales. Generando un sistema de salud mental más justo, además de promover un cambio a nivel de los profesionales, las familias y de los propios usuarios, teniendo éstos un rol activo en su proceso de rehabilitación (Cohen, 2009).

Cabe destacar que en la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (2001):

Recomienda la sustitución de los grandes hospitales psiquiátricos por centros de atención comunitaria con el apoyo de camas psiquiátricas en los hospitales generales y asistencia domiciliaria a fin de “limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento (Sacristán, 2009, pp.170).

En cuanto a las causas que dieron origen al proceso de desinstitucionalización, Novella (2008) plantea que son diversas y no existe un consenso al respecto, a pesar de ello se mencionaran las más relevantes planteadas por el mismo.

Una de las explicaciones se relaciona con la aparición de ciertos psicofármacos que generaron una gran revolución humanitaria. Por otro lado, están aquellos quienes piensan que atribuirle la causa a estas cuestiones sería brindarle demasiado protagonismo (Novella, 2008).

Otras de las explicaciones dadas por el autor, hace referencia a un incremento de la demanda laboral producida en esos tiempos. Las instituciones manicomiales albergaban a

miles de personas, las cuales no eran ingresadas en el mercado, por lo tanto no eran productivas económicamente. Incluso, en Reino Unido y norte de Europa se crearon planes de rehabilitación laboral para que las mismas pudieran, luego de encontrarse aptos, ingresar al mercado. A esto se le sumaron diversos planes de rehabilitación, tratamiento comunitarios, y disminución en los tiempos hospitalarios. Muchos autores critican lo planteado, por pensar la reforma institucional exclusivamente en términos económicos a través del mercado laboral, siendo esto reduccionista.

Otra de las causas planteadas como pilar de la desinstitucionalización, fue el movimiento denominado “Anti-psiquiátrico”, sostenido y defendido por grandes autores de la época. A pesar de ello, la crítica esencial que se les realiza a sus defensores es que se basaron casi exclusivamente en ver relaciones de poder entre médico-paciente.

Más allá de las causas que han impulsado el proceso y con la intención que el mismo se ha desarrollado, Novella (2008) considera que lo que se ha hecho es una mera sustitución: de una institución que impartía métodos no aceptados socialmente por otros que aplican una fuerza sutil y avalada por el resto de las personas. De manera más precisa cabe mencionar explícitamente una cita el autor:

Ya no hay cadenas, la violencia es menos frecuente, y más selectiva, las unidades cerradas se han abierto en muchas instituciones, y la decoración interior se ha mejorado (...) las cadenas son químicas y legales, la violencia es psicológica, y las cerraduras han sido sustituidas por miembros del equipo de salud mental que vigilan las puertas abiertas (p.18).

Se puede concluir, que en el proceso de desinstitucionalización han intervenido variedad de factores, denotando la complejidad del mismo. Si bien sus propuestas han promoviendo grandes avances para con las personas con discapacidad psíquica, sin dudas es una cuestión que no está acabada, y por lo tanto pueden encontrarse falencias en cuanto a su aplicabilidad.

Capítulo 3:

Rehabilitación psicosocial

3.1 Definiciones y objetivos

Para dar comienzo a este capítulo se considera necesario explicitar el concepto de rehabilitación psicosocial, haciendo referencia a su surgimiento. La misma comienza en Estados Unidos en la década del setenta y ochenta con el fin de promover técnicas para aquellas personas que presentaban un trastorno mental crónico y producto de este, manifestaban un deterioro en diferentes áreas de su vida. El propósito nunca estuvo vinculado a llevar a la persona a su estado pre-mórbido o de normalidad, sino en devolver a las mismas las habilidades necesarias para el desarrollo de una vida autónoma (González., Rodríguez, 2010). A pesar de ello, estuvo durante mucho tiempo asociada al trabajo realizado en instituciones hospitalarias, formando parte únicamente de la prevención terciaria. Sin embargo, recientes trabajos han promovido su avance tanto a nivel conceptual como en su área de intervención (WARP, 1996).

En cuanto su definición, el Consenso Intercentros del Uruguay, expresa que la rehabilitación psicosocial, es un modelo terapéutico integral, dirigido hacia personas que presentan una discapacidad psíquica, con el fin de mejorar la calidad de vida. No solo se apunta al sujeto en sí, sino también a la familia y la comunidad. Por lo tanto, este modelo funda su pilar en el paradigma bio-psico-social, teniendo objetivos específicos en todos los niveles de prevención (Del castillo, Villar., Dogmanas., 2011).

Para una mayor comprensión de la rehabilitación psicosocial es importante tener en cuenta la definición proporcionada por la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WARP) la cual define a la misma como:

Un proceso que facilita la oportunidad a individuos – que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap – o desventaja- de un trastorno mental – para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible (...).

Otra definición interesante es la planteada por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en el año 2002, entendiendo la rehabilitación psicosocial como un conjunto de intervenciones de carácter psicosocial y social, realizados en complementación a la ingesta de fármacos. No se desconoce la importancia de estos últimos debido a considerarlos efectivos, pero si se reconocen sus limitaciones, dado que sus respuestas van

dirigidas a la disminución de los síntomas positivos manifestados. Las intervenciones psicosociales por su parte se dirigen al mejoramiento en el área personal y social del sujeto, además de promover una mejor calidad de vida y mejores formas de integración social.

Continuando con esta línea de pensamiento, se puede decir que *“la Rehabilitación Psicosocial no es una técnica; es una estrategia asistencial que amplía los objetivos y trasciende el ámbito puramente sintomático. Y esa estrategia implica un punto de vista humanista, que aúna aspectos éticos y científicos de manera indisoluble”* (Uriarte, 2007, p.89). El mismo autor plantea, que todo sistema asistencial dirigido a personas con discapacidad psíquica, debe basarse en un modelo comunitario que contemple la rehabilitación psicosocial. De lo contrario, basarse exclusivamente en la reducción sintomatológica, niega el derecho a la persona a recibir un tratamiento integral, lo que llevaría a una cronificación inevitable del trastorno, derivando en una posible estigmatización y exclusión social.

Lo expuesto requiere, siguiendo a Castillo, Villar y Dogmanas (2011)

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 los cuidados, previniendo recaídas y crisis, teniendo en las medidas de las posibilidades a la atención de la persona en su lugar de residencia o en el Hospital General (p.86).

De esta forma, se resalta la importancia de implementar diferentes propuestas adaptada a cada individuo en particular, con intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas, familiares, psicoeducativas entre otras, basadas en los derechos humanos, con el fin de desarrollar una mejor calidad de vida (Del castillo, Villar., Dogmanas., 2011) . Es fundamental también, como plantea Florit y Robles (2006), que la rehabilitación psicosocial no solamente brinde herramientas para afrontar las carencias o debilidades del individuo, sino que además potencie sus fortalezas y las del entorno. Es importante poder visualizar los aspectos conservados del sujeto, generando los medios para su mantenimiento y su potencialización.

De acuerdo con lo expresado, la AEN (2002) plantea que los programas de rehabilitación psicosocial deben potenciar o aumentar las habilidades individuales de cada sujeto en particular con el fin de promover las medidas necesarias para su adaptación y mantención en el medio social. De esta forma, se apunta a la re integración del sujeto a la comunidad y tal como lo expresa Rodríguez (1997) a *“mejorar su funcionamiento social de*

modo que le permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo mas normalizada e independiente posible (...)" (pp.22).

En relación a los objetivos que presenta la rehabilitación psicosocial, éstos incluyen la reducción de las consecuencias que puedan tener los síntomas positivos y negativos en las personas con esquizofrenia, mejorar las habilidades sociales, prevenir posibles recaídas, aumentar la red social del sujeto, aportar herramientas para afrontar el estrés. Además es fundamental brindar conocimiento a los sujetos y su familia respecto de la discapacidad presentada, promoviendo la adherencia al tratamiento psicosocial y farmacológico (AEN, 2002).

En complementación con esto, es interesante al respecto, la puntuación realizada por la OMS en conjunto con la WARP (1997) acerca de una serie de objetivos de la rehabilitación psicosocial que se basan en:

- Disminuir los síntomas a través de los fármacos , las intervenciones psicológicas y sociales.
- Disminuir los daños tanto físicos como psíquicos que puedan haber generado otras instituciones de tipo manicomial.
- Mejorar las competencias sociales, a través de una mejora en las habilidades individuales, psicológicas y ocupacionales.
- Disminuir el estigma y discriminación social que produce la discapacidad psíquica
- Brindar apoyo a las familias de la persona afectada.
- Brindar contención social mediante sistemas de apoyo que incluyan las necesidades básicas de los sujetos, las cuales podrían ser: alojamiento, ocio, empleo, relación social.
- Promover la autonomía y protección.

Para lograr estas cuestiones, es fundamental la conformación de equipos multidisciplinarios integrados por talleristas, técnicos y profesionales en salud mental (psicólogos, psiquiatras, asistente social, etc.).

Por otra parte, se considera necesario aclarar que las intervenciones que se llevan a cabo, transcurren en los centros denominados "centros de rehabilitación psicosocial". Al respecto cabe realizar una diferenciación con los "hospitales de día" o también llamados "hospitales de medio camino". De acuerdo con la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002) los últimos se pueden comprender como "un dispositivo sanitario específico para pacientes graves que ofrece, en régimen de hospitalización parcial, tratamientos intensivos (...), promover un cambio en el funcionamiento psicológico del paciente que permita la

continuidad de seguimiento y tratamiento ambulatorios en su Servicio de Salud Mental". (pp.39). Es decir, brindan la contención necesaria luego que el sujeto es dado de alta del hospital, posibilitando el ingreso a un "centro de rehabilitación psicosocial". Como su nombre lo indica, hacen alusión a la mitad del camino entre el hospital y la comunidad.

3.2 Fases de la Rehabilitación Psicosocial.

La rehabilitación psicosocial cuenta con determinadas instancias o momentos por los cuales el usuario atraviesa en el devenir de su proceso. Éstos son la evaluación, la elaboración del plan individualizado de rehabilitación, la intervención y el seguimiento.

Es fundamental destacar que cada parte del proceso es adaptada a las necesidades y condiciones de cada sujeto en particular, respetando y reconociendo la singularidad personal. No existen reglas prefijadas o preestablecidas con anticipación, dado que cada individuo es único y más allá de la existencia de un diagnóstico, éste se manifiesta de diversas maneras en cada caso en particular. Por este hecho, la rehabilitación es flexible, siendo posible incluso que en el transcurso del proceso se vuelva a etapas anteriores, realizando modificaciones convenientes (Chacón, s/f).

Evaluación

Continuando con el autor, en esta etapa se lleva a cabo la recolección de datos del usuario, lo cual permite posteriormente la elaboración del plan individual de rehabilitación. Para ello se pueden implementar diversas técnicas: la observación directa en diferentes contextos, aplicación de diversos test, entrevistas, entre otras. Se destaca la primera como la técnica estrella dado su aporte sobre diferentes aspectos conductuales del sujeto. Como ya se ha planteado, el foco no debe ser puesto solamente en las deficiencias, siendo fundamental registrar también las potencialidades y fortalezas del sujeto, dado que se trabajará con ellas.

En el momento de la evaluación, es importante tener en cuenta al sujeto, su familia, la observación de los técnicos del centro y los informes emitidos por parte de los servicios de salud mental del cual el usuario fue derivado (IMSERSO, 2007).

Continuando con el cuaderno técnico del "Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial" (2007) Para la realización de una oportuna evaluación, se recomienda extraer información de diferentes áreas del sujeto, como lo son: auto cuidado, autonomía personal, integración social, aspectos cognitivos, autocontrol, habilidades sociales, medicación y tratamiento, familia, psicopatología y aspectos laborales. Cada área es explicitada a continuación:

- *Autocuidado*: se pondrá el acento en la higiene personal, hábitos de vida adoptados y condiciones de su vivienda.
- *Autonomía personal*: se evaluará como el sujeto maneja su dinero, si tiene trabajo y como de desarrolla en su entorno.
- *Integración social*: se hará énfasis en las redes de apoyo con las que cuente el usuario al momento de comenzar su proceso rehabilitador.
- *Aspectos cognitivos*: se relévela información acerca de su orientación espacial, memoria y atención.
- *Autocontrol*: se pone el acento en como el individuo es capaz de manejar situaciones que percibe como estresante y cuáles son las herramientas con las que cuenta.
- *Habilidades sociales*: se quiere obtener información acerca de la comunicación tanto verbal como no verbal, y el nivel de vínculos que es capaz de mantener
- *Medicación y el tratamiento*: conocer cuál es el nivel insight de la persona, la adherencia a los tratamientos y a la medicación, es fundamental.
- *Familia*: es necesario saber si se cuenta con el apoyo de la misma, cuál es su relación y comunicación, debido a la importancia que tiene esta en el proceso de rehabilitación del sujeto.
- *Psicopatología*: se refiere a la expresión sintomatología en ese momento determinado.
- *Aspectos laborales*: se evaluarán las posibilidades y deseos de reinserción laboral.

En complementación con esto, de acuerdo con el “Modelo de Atención a las Personas con Trastorno Mental Grave” (2007), el proceso de evaluación requiere tres grandes instancias: “evaluación funcional”, “evaluación de necesidades” y “evaluación de calidad de vida”.

La “evaluación funcional”, refiere a una mirada abarcativa que incluya el pasado, presente y futuro del usuario, obteniendo a partir de allí, información necesaria de la vida del sujeto y su entorno más próximo. A partir de lo planteado se desprenderán factores internos: *fortalezas* y *debilidades* y factores externos: *amenazas* y *oportunidades*, que intervendrán en el sujeto.

En cuanto a las *fortalezas*, se refiere a los aspectos fuertes del usuario que deben potenciarse con diversas intervenciones, un ejemplo de ello es trabajar con las habilidades conservadas. En cambio, las *debilidades* se relacionan con las carencias presentes, las mismas pueden ser psíquicas, biológicas o sociales.

En lo que respecta a las *amenazas*, son las condiciones desfavorables por parte del entorno que tienen repercusiones negativas en el usuario, generándoles altos niveles de estrés. En base a las *oportunidades*, se puede decir que son las condiciones del entorno que actúan como facilitador en el proceso de rehabilitación. La obtención de esta información ayuda y guía para tomar decisiones, debido a que revelará en donde se debe poner el acento de la rehabilitación psicosocial.

En relación a la “evaluación de necesidades” es fundamental reconocer que no solamente el sujeto debe adecuarse a las demandas sociales en cuanto a los parámetros de “normalidad”, sino que además, es la misma sociedad que debe generar cambios para poder incluirlos aprovechando y reconociendo sus capacidades. Tener en cuenta esto, es fundamental, debido a las limitaciones que el entorno puede conllevar al momento de alcanzar determinados objetivos.

Por último “la evaluación de la calidad de vida”, se relaciona con dar cuenta de la conformidad del sujeto respecto a sus condiciones vitales, ambientales y psicológicas.

Plan individual de rehabilitación

La esquizofrenia, más allá de presentar una categoría diagnóstica con cierta sintomatología común, no se expresa de la misma manera en todos los sujetos ni con la misma intensidad. Por lo tanto, reconocer la singularidad del mismo, es el primer paso para realizar una correcta intervención en rehabilitación psicosocial. Por ello es tan importante hablar del “Plan Individual de Rehabilitación” (PIR).

Se puede definir el mismo según Fernández (2010), desde una manera narrativa y una descriptiva. En relación a la primera, el PIR refiere a un plan para llevar a cabo intervenciones con el sujeto, que debe ser adaptado a las necesidades del mismo, siempre luego de la fase de evaluación ya explicitada. En cuanto a la definición descriptiva denota un acento en el detalle minucioso de los objetivos y la manera en el cual los mismos van a realizarse. De esta forma, la autora plantea que el PIR “*supone un conjunto articulado de objetivos y acciones encaminadas a recuperar habilidades perdidas, minimizar las discapacidades como consecuencia de la enfermedad y aprender las competencias necesarias para una vida normalizada y autónoma*” (p.46).

Es de destacar que tanto los objetivos que se propongan como los medio para alcanzarlos, siempre deben estar consensuados con el usuario y su familia (en los casos que sea posible) presentando una amplia flexibilidad.

Al respecto, Florit-Robles (2006) plantea que el o los profesionales que participen en la elaboración del PIR deben contar con cierta capacidad de negociación, dado que existe la posibilidad de que el usuario no se encuentre cómodo con algún medio propuesto para la consagración del objetivo o básicamente con el objetivo en sí. En esos casos es importante proceder a una instancia de negociación con el mismo, dando cuenta así de su rol activo en su proceso de rehabilitación.

De manera más precisa el usuario debe estar de acuerdo con los objetivos propuestos y para que esto suceda, los mismos deben incluir sus propias expectativas. Para poder llevar a cabo un proceso de rehabilitación, la implicación del sujeto es necesaria, sin ello no hay posibilidades de intervención.

Además, es importante que dichos objetivos tengan un plazo para cumplirse, lo cual permite aumentar el nivel de motivación por parte del individuo y evitar una “dinámica de cronicidad” tanto de su parte como del equipo técnico. Por ello, es necesario que el PIR se adecue al entorno del sujeto, considerando si se cuenta o no con apoyo de su familia o amigos y si hay factores externos que propicien u obstaculicen la consagración de algún objetivo propuesto (IMSERSO, 2007).

Es importante tener presente que la elaboración del plan no es algo definitivo e inmodificable, por el contrario los mismos deben reevaluarse y readecuarse en caso que sea necesario.

Intervención

En lo que respecta a la intervención, esta refiere a la puesta en práctica del plan individual de rehabilitación a través de la participación a diversas actividades, con el fin de cumplir con los objetivos propuestos con anterioridad.

Si bien existen diferentes propuestas ya diseñadas que pueden ser utilizadas, se resalta la importancia de la diferenciación de las intervenciones entre los usuarios: no hay prácticas igualmente válidas para todos. Ofrecer lo mismo no sería ajustarse a cada Plan individual de rehabilitación, ni reconocer la singularidad de los sujetos. Además es fundamental que los profesionales a cargo, tengan claro el fin de sus intervenciones (mejorar la calidad de vida), teniendo en cuenta la realidad de cada sujeto.

Florit-Robles (2006) plantea que otro aspecto importante de dichas intervenciones, es la generalización, es decir, apuntar a mantener y aplicar las competencias adquiridas no solamente dentro de actividades desarrolladas en el centro de rehabilitación, sino en otros contextos.

La intervención tiene cuatro aspectos importantes que cabe destacar: “tutorías”, “apoyo a las familias”, “programas de rehabilitación” y “programas abiertos” (Florit-Robles., 2006).

En relación a las “tutorías”, durante todo el proceso de rehabilitación, el usuario tendrá un profesional con el cual trabajará conjuntamente y se encargará del seguimiento de los objetivos propuestos en el PIR, con el fin de asegurar su cumplimiento.

El “apoyo a las familias”, esto es fundamental, dado que las mismas cumplen un rol importante en el proceso de rehabilitación. Mantener una buena comunicación y realizar diversas intervenciones con las familias es primordial. La intención es compartir información acerca de la discapacidad que presenta la persona y otorgar espacios de contención en cuanto al sentimiento generado en esta nueva realidad. Es necesario mantener la confidencialidad y hacer énfasis en la intención de los encuentros, en donde el fin de los mismos no es juzgarlos, sino generar las herramientas necesarias para ayudar al sujeto.

Con respecto a los “programas de rehabilitación”, éstos pueden definirse como los medios a través de los cuales se cumplen los objetivos planteados en el PIR. La selección de los mismos es generada a partir de los profesionales implicados, el usuario y la familia (en caso que se cuente con su apoyo).

Finalmente, en relación a los “programas abiertos”, éstos no tienen como fin cumplir los objetivos ya propuestos. Su intención está centrada en generar espacios donde el usuario comparte momentos de la vida cotidiana con otros sujetos que están formando parte su proceso, permitiendo ampliar su red de vínculos y la adaptabilidad al centro. Además brinda la posibilidad de evaluar su comportamiento en un contexto natural e intervenir en aspectos de su cotidianidad.

Seguimiento

La presente fase, se vincula con generar la instancia de egreso y el posterior seguimiento. En cuanto al primero, el mismo no puede ocurrir de un día para otro. Es importante generar espacios para trabajar las ansiedades y reafirmar la autonomía del usuario, acentuando la importancia de la no dependencia tanto del centro como de los profesionales a cargo. Una vez efectivo dicho egreso, se pueden coordinar instancias de visitas domiciliarias o encuentros esporádicos para constatar la mantención de los logros obtenidos (IMSERSO, 2007).

Todas las cuestiones planteadas a lo largo del capítulo, dan cuenta que el proceso de rehabilitación es complejo y requiere de intervenciones integrales que contemplen al sujeto y sus familias en sus diferentes dimensiones.

3.3 Rehabilitación Psicosocial en Uruguay

Para hacer referencia a la rehabilitación psicosocial que actualmente se desarrolla en el Uruguay, es pertinente hacer un breve recorrido histórico dando cuenta de los diferentes momentos por los cuales el país ha transitado. De esta forma, se expondrán ciertos hechos relevantes consecuentes de entender el trastorno mental no solamente a través de sus deficiencias. Además se mencionaran los tratamientos implementados.

En otro capítulo se hizo referencia a los asilos y al encierro como forma de tratamiento de las deficiencias psíquicas. Tal como plantean Gines, Porciuncula y Arduino (2005) esto también formo parte de nuestro país, destacándose el “asilo de dementes” hacia 1789 como la primera institución manicomial, asistiendo a aproximadamente 348 personas. De acuerdo con el Plan Nacional de Salud Mental (1986), dos años después se crea el “Hospital Asilo de Alienado”, llamado hoy en día “Hospital Vilardebó”. Este se caracterizaba por un tratamiento basado principalmente en la exclusión del sujeto, presentando escasos o nulos tratamientos terapéuticos. Conforme la medicina avanza, van en aumento las instituciones manicomiales, creándose en 1912 la “Colonia Bernardo Etchepare”, también llamada “Colonia de Alienados de Santa Lucia”. Su fundador fue Santin Carlos Rossi, el cual se basó en un modelo Europeo que cuestionaba el sistema asilar. Por este motivo propone un manicomio pero con puertas abiertas, es decir personas con deficiencias psíquicas que fueran “tranquilas” podrían alojarse allí realizando diversas tareas de campo. Se considera esto como una intervención terapéutica debido al supuesto desarrollo de orden y disciplina que las tareas proporcionaba. Más allá de las “puertas abiertas”, no deja de ser otra forma de institucionalizar a las personas, alejándolas de su contexto social (Bentura., Mitjavila. s/f).

Continuando con las autoras, es a partir de los años 60 en Inglaterra, que comienza a ser altamente cuestionada la manera de abordar dichas deficiencias y la propuesta del encierro como método de tratamiento. Sin embargo en Uruguay es recién en septiembre de 1986 cuando se generan las condiciones para la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), por parte del Ministerio de Salud Pública, teniendo como objetivos generales:

- Atención a los problemas de Salud Mental de la población desde una Perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, Prevención, recuperación y rehabilitación dirigidas a individuos, grupos y ambiente, enfatizándose las acciones de promoción y prevención.
- Creación de una red de servicios regionalizada, articulada e integrada, con el sistema de atención de salud general que atiende los problemas de Salud mental de la población.
- Dicha red de servicios debe proveer cobertura a toda la población de manera igualitaria, oportuna, eficiente, continua e integral.
- Creación de canales definidos de participación de las Instituciones y fuerzas sociales organizadas (p.10).

Además de lo propuesto en el PNSM, en 1990 en la “Declaración de Caracas” se plantea una reestructuración psiquiátrica debido a que la misma no cumple con los objetivos de una atención comunitaria integral, continua y preventiva. Los métodos de tratamientos impartidos hasta el momento eran limitados, los manicomios no hacían más que potenciar las discapacidades de los sujetos, vulnerando constantemente los derechos humanos. A partir de lo explicitado, se generan diversos cambios en la atención a las personas con discapacidad psíquica, proponiendo estrategias de abordaje centradas en los derechos humanos y en la comunidad, otorgándoles una atención integral y promoviendo la conservación de su dignidad, además de incorporar recursos humanos que se formen y contemplen los principios establecidos en la reestructura. Para ello invitan a todos los órganos competentes en tema de salud mental a apoyar la reestructuración para garantizar su pleno desarrollo.

Por estos cambios generados, Castillo, Villar y Dogmanas (2011) plantean que la población asilar ha disminuido en los últimos 25 años. Se apunta a impartir medidas como lo son la descentralización de los servicios asistenciales, la humanización de los tratamientos, la mejora de los tratamientos farmacológicos y la creación y desarrollo de la red de salud mental, dando lugar a las intervenciones psicosociales. Esto ha contribuido significativamente en el cambio de mirada que se tiene hacia la discapacidad psíquica, brindándole más oportunidades en cuanto a su tratamiento e inclusión social (Castillo, Villar y Dogmanas, 2011).

A partir de la década del 90, se crean centros de rehabilitación en el área del Ministerio de Salud Pública y del centro de rehabilitación psíquica, comenzándose a implementar diversas estrategias que dan lugar a la creación de dos centros de rehabilitación en Montevideo (Centro Benito Menni en 1995 y centro Sayago en el año 2000), además de los diferentes servicios desarrollados en el interior del país (Pardo, 2003).

Otro aporte significativo en tema de salud mental que ha sido impulsor de los diversos avances en la temática, se debe a la ley N° 18.651, la cual en su primer capítulo expresa:

Establéese un sistema de protección integral a las personas con discapacidad, tendiente a asegurarles su atención médica, su educación, su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca y les dé oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas.(2010)

Estos y otros avances han permitido que hoy en día en nuestro país se cuente con diferentes dispositivos de abordaje. Entre ellos se encuentran, según del Castillo, Villar y Dogmanas (2011):

1-Las colonias psiquiátricas (Santin Carlos Rossi y Bernardo Etchepare) siendo el reflejo de una atención asilar preponderante en otros momentos históricos, pero que aún sigue alojando a 821 personas en calidad de internados.

2- Hospital Vilardebó que en 1996 pasa a denominarse Hospital de agudo debido las reestructuras impartidas por ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado). En la actualidad cuenta con diversas actividades destinadas a la rehabilitación: una es llevada a cabo por talleres dentro del hospital y otra en el Centro Diurno encontrado en las inmediaciones del mismo, que no solamente asisten usuarios del hospital sino también personas que han egresado. Allí se puede visualizar actividades de expresión plástica, arte, teatro y escritura, además de funcionar la Radio Vilardevoz. (Apud., et al., 2009)

3- Unidad de Coordinación de Egreso Asistido (UCEA). La coordinación de la misma se realiza a través de ASSE con el apoyo del MIDES (Ministerio del Desarrollo Social), trabajan con las personas egresadas del Hospital Vilardebó ofreciéndoles apoyo a nivel familiar, económico y residencial.

4-Unidades de Salud Mental en hospitales Generales distribuidas en todo el país

5- Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial, de los cuales se encuentran el Centro Diurno del Hospital Vilardebó del que se ha hecho mención anteriormente, así como el Centro Diurno Sayago. Este ofrece diversos talleres e instancias que promueven en el usuario el desarrollo de una mayor autonomía en su cotidianidad. También se cuenta con el Centro de Rehabilitación de Pando de Montevideo y Área Metropolitana perteneciente a ASSE, el cual presenta diversas propuestas con el fin de ofrecer, al igual que los demás centros mencionados, una adecuada rehabilitación psicosocial. También, con dicho fin, se encuentran el centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP), perteneciente a la comisión del patronato del psicópata, además el Centro Psicosocial Sur Palermo, siendo este una ONG sin fines de lucros, orientada a brindar servicios psicosociales para personas con discapacidad psíquica. Y por último, el Centro de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social (CIPReS) en condición de pública-privada, que al igual que el resto de los centros, promueven mejorar la calidad de vida de los usuarios (Guía de Intercentros de Rehabilitación Psicosocial).

6- Los Equipos Comunitarios de Salud Mental, encorándose 17 en Montevideo y 28 en el interior del país.

Es de destacar que si bien se cuenta con diferentes propuestas en materia de rehabilitación psicosocial y se ha logrado avances significativos, de acuerdo con Pardo (2003)

En nuestro medio se cumple de modo aceptable con los tratamientos biológicos a lo largo del proceso patológico y especialmente durante las fases activas. Sin embargo, con relación a los aspectos psicosociales del tratamiento, aunque se cuenta con algunos servicios, no se dispone de un sistema de atención organizado que cubra esas exigencias para la mayoría de los pacientes con psicosis (p.105).

En lo que respecta a la inserción laboral y a los dispositivos residenciales de las personas con discapacidad psíquica, en nuestro país son realmente escasos. Esto tiene como consecuencia, que las mismas se queden alojadas en las colonias fomentando la institucionalización, perdiendo la oportunidad de generar autonomía, independencia, reinserción al medio social y en definitiva de alcanzar una mejor calidad de vida (Del Castillo., et al., 2011).

Continuando con esta línea de pensamiento, el Plan Nacional de Salud mental (1986) plantea que no es solamente la falta de recursos económicos destinados a la salud mental lo que hace que la rehabilitación tenga múltiples falencias, siendo la concepción acerca de la propia discapacidad la causante principal. Cuando una persona ingresa a los centros de rehabilitación, en la mayoría de los casos llega expresando sus angustias, miedo, desconfianza, desolación, negación, poca conciencia de enfermedad, y por sobre todo con una frase muy frecuente “yo no tengo que estar oca, porque no estoy loco”. (Del Castillo., 2002). Sin desconocer las características inherentes a la esquizofrenia, hay otras cuestiones que son el reflejo de los preconceptos manejados por la sociedad, producto de la desinformación mantenida o la propagación errónea de la misma. Por tanto si bien las carencias económicas son reales, la estigmatización es un factor más importante aún, dejando como consecuencia el no acceso o la falta de mantención de los espacios de rehabilitación por parte del usuario.

Hoy en día se generan movilizaciones en base a un nuevo proyecto de ley, en el cual su principal objetivo es el cierre de las instituciones manicomiales, con el fin de superar el modelo asilar. Si bien el proyecto es oportuno y necesario, nuevamente la carencia se encontrará en la sociedad. De acuerdo con Bentura y Mitjavila (s/f):

El proceso de Desmanicomialización no significa solo dejar de internar; podemos generar nuevas formas de manicomio más allá de sus muros, simulando una integración que no existe y generando mayor frustración en las personas a las que se les plantea la necesidad de que se integren, busquen trabajo y vivan de manera autónoma. Se genera, de esa forma, una nueva subjetividad, una subjetividad marginal, del incapacitado socialmente por no participar de ningún espacio socialmente valorado (p. 8).

Es decir, por más que las instituciones manicomiales cierren, si la sociedad no genera los recursos necesarios para la aceptación de esta población, se generarán nuevas formas de exclusión social.

Capítulo 4:

El psicólogo en la rehabilitación psicosocial.

En otros capítulos se ha podido desarrollar el cambio que ha atravesado la concepción de la esquizofrenia y las modificaciones en su abordaje, explicitando la manera en que la reforma psiquiátrica ha contribuido significativamente para ello. Esta reforma, permitió la descentralización del poder y el saber psiquiátrico, abriendo espacios en donde se es necesaria la intervención de otros profesionales especializados, apostando a un saber multidisciplinario. Esto sin dudas repercutió en el lugar que ocupa el psicólogo hoy en día en la rehabilitación psicosocial.

El trabajo del psicólogo en rehabilitación psicosocial puede estar centrado en diversos aspectos de la misma, por ende debe estar preparado y capacitado para trabajar a nivel individual, grupal y familiar, en una constante interacción con otros profesionales que formaran parte de cada proceso de rehabilitación. Cabe destacar, antes de adentrarnos en cada nivel, la importancia de trabajar individualmente con el usuario, más allá de la modalidad de intervención que decida guiar cada proceso.

En relación al abordaje individual, es necesario hacer referencia a la psicoterapia con el usuario, si bien no es de las intervenciones más habituales, se puede ofrecer un espacio terapéutico individualizado, en el cual se lo pueda escuchar y contener. El psicólogo debe generar un lugar de confianza, para que el usuario pueda expresar allí sus temores, angustias, deseos, sentimientos, dudas, además de otros temas que puedan surgir. Se promueve trabajar juntos en pos de extraer de los encuentros el mayor beneficio posible. Se debe entender al usuario como activo, trabajando junto a este, teniendo como fin armar un plan de vida con su nueva realidad.

Por otro lado, en lo que respecta a las instancias grupales, Ignacio García (2008) plantea que en comparación con la terapia individual, éstas brindan mayor motivación tanto al usuario como al equipo técnico, siendo uno de los motivos por el cual son de las intervenciones más frecuentes en rehabilitación psicosocial. Zanini (2000) expone que los pacientes con esquizofrenia presentan poca tolerancia al estrés, por lo tanto es importante que el terapeuta este muy atento a evitar situaciones que puedan desencadenarlo, además debe proporcionar un clima adecuado, en donde todas las intervenciones se realicen desde el respeto y la comprensión. También es importante que el terapeuta pueda hablar de una manera clara, con el fin que todos los integrantes del grupo lo comprenda. Otro aspecto a

tener en cuenta, es que los usuarios pueden realizar proyecciones en el terapeuta alterando la realidad, por lo tanto es necesario que el mismo sea lo menos neutral posible.

En cuanto a las intervenciones dirigidas a la familia, Anderson, Reiss y Hogarty (1986) expresan que es necesario que se construya una buena relación entre ambos, reconociendo los beneficios que una adecuada alianza (psicólogo- familia) puede generar en todo el proceso de rehabilitación.

Para ello se vuelve importante que el profesional demuestre un elevado interés en cuanto a los sentimientos que cada uno puede experimentar. Además de discernir cuales son los avatares que pueden generar estrés en la familia, debido a las posibles repercusiones que esto puede conllevar en el usuario. El psicólogo debe evaluar los medios con los cuales la familia fue y es capaz de afrontar la discapacidad del sujeto, además de su nivel de aceptación. Para esto es necesario conocer cómo era la vida del mismo en un nivel pre-mórbido y cuáles han sido los cambios experimentados de acuerdo a su realidad actual. Es fundamental distinguir cuales son los puntos fuertes en la constitución familiar y elevarlos lo más que se pueda. Asimismo es importante incluir a las mismas dentro de un encuadre bien delimitado que cuente detalladamente las reglas y expectativas del tratamiento, en un determinado plazo de tiempo (Anderson et al, 1986).

El psicólogo como profesional de la salud mental, puede desarrollar diversas tareas en rehabilitación psicosocial, como se ha expuesto anteriormente. En lo que respecta a su rol como tal, se puede decir que está vinculado entre otras cosas, a la creación del plan individual de rehabilitación (PIR) de cada sujeto que ingrese al centro. Además será el rol del mismo, brindar los medios necesarios para que junto con el usuario, en la medida que sea posible, pueda llevar a cabo sus expectativas, proyectos, metas, etc. En los casos que sean inviable la realización de alguna idea, deberá generar los espacios de contención y en oportunidades de negociación, con propuestas nuevas que puedan contemplar sus necesidades de acuerdo a las posibilidades existentes.

También el psicólogo se encargará del seguimiento de los objetivos mencionados y una vez alcanzados, será su labor establecer el momento de egreso de cada usuario. Contemplando todas las emociones que este momento puede llegar a generar.

Por otra parte, el psicólogo dentro de su quehacer como profesional en este ámbito, debe apelar a la desmitificación del estigma social, evitando el regirse únicamente por las etiquetas diagnósticas. De León (2005) plantea que lo más difícil es abandonar el saber sobre el otro. Sin embargo se vuelve imperante contemplar las singularidades, no perdiendo de vista sus capacidades ni el reconocimiento del mismo como sujeto, ¿Cómo puede ser

posible un abordaje eficaz en este ámbito, sino se reconoce al otro como sujeto? Intervenir sin dar cuenta de ello, sería un proceso violento. Como psicólogos es importante poder visualizar los juegos violentos de producción de sentido que hay en la sociedad, para poder actuar de manera adecuada y humana.

A modo de conclusión se puede decir que el psicólogo debe posicionarse desde una perspectiva que reconozca la singularidad de cada sujeto y defienda los derechos humanos. Siendo necesario fomentar el respeto, apoyo, confianza, contención, además de proporcionar las herramientas necesarias en pos de promover la autonomía, el autocuidado, la autoconfianza, incentivar a generar o ampliar su red de vínculos, fomentando los lazos entre los usuarios, además otros aspectos que yacen en el devenir de cada proceso. En síntesis debe contribuir en la elaboración de un nuevo proyecto de vida.

Capítulo 5:

Calidad de vida

Es fundamental hacer alusión al concepto de “Calidad de vida”, debido a que este se encuentra íntimamente relacionado con la rehabilitación psicosocial, siendo uno de sus objetivos principales.

El término “calidad de vida” se remonta a la Antigüedad, utilizándolo los griegos como sinónimo de salud, bienestar y felicidad. Sin embargo, es recién en la década del ochenta cuando comienza su vinculación y expansión en el ámbito de la salud, relacionada con el hecho de ofrecer servicios de calidad individualizados, promoviendo la igualdad, capacitación e inclusión. El concepto fue evolucionando y con el transcurso del tiempo, se empieza a aplicar en diversos planes sociales y se buscan mejoras en su medición (Ramos, 2014).

El concepto de “calidad de vida” carece de una conceptualización acabada. En la búsqueda de promover una mayor delimitación del mismo, es interesante la definición propuesta por el Grupo de la OMS sobre calidad de vida (1996) quien la relaciona con *“la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones”* (p.385)

En complementación con esto, es interesante la conceptualización realizada por Jiménez y Gómez (1996), quienes plantean que la calidad de vida involucra dos tipos de componentes: objetivos y subjetivos. De esta forma, implica el bienestar tanto físico, mental y social, como la manera de percibirlos. Sumado a ello, los autores, reconocen la condicionante del deseo. Para que los componentes objetivos sean procesados subjetivamente de manera positiva, denotando bienestar en el sujeto, los mismos deben construirse en base al deseo propio. Resulta oportuna una cita que reafirma lo planteado: *“los indicadores objetivos socioeconómicos han aumentado de 1957 a 1972 de forma sustantiva mientras que el número de personas que manifiesta ser muy felices ha disminuido progresivamente”* (pp.7). La propuesta de los autores implica un sistema de medición que contemple lo cualitativo y cuantitativo. Por lo tanto, es fundamental observar la interacción entre ambos componentes, basarse en un solo nivel sería reduccionista

Por otra parte, Schalock y Verdugo (2003) reconocen las imprecisiones que pueden ocurrir en el intento de dar una clara definición, por lo tanto, describen ocho indicadores que influyen en la calidad de vida, que son evaluados a partir de tres niveles. En relación a los

primeros, estos son: “(1) bienestar emocional, (2) relaciones interpersonales, (3) bienestar material, (4) desarrollo personal, (5) bienestar físico, (6) autodeterminación, (7) inclusión social, (8) derechos” (p.37). En cuanto a los tres niveles o dimensiones, se encuentra:(a): microsistema, (b): el mesosistema, (c): macrosistema.

El Microsistema incluye el entorno más próximo del sujeto (familia, amigos, compañeros de trabajo) y podría vincularse a la parte subjetiva de la persona. Se evalúa a través de preguntas sobre el grado de satisfacción que presentan en base a los indicadores mencionados anteriormente. En lo que respecta al Microsistema, el mismo se relaciona con la comunidad, servicios, organizaciones, siendo elementos que tienen repercusiones directas con el nivel anterior. Esto se evalúa a partir de la observación “participante y/o directa”, vinculado con la parte más objetiva. Por último, el Macrosistema involucra dimensiones externas al sujeto, como pueden ser: la cultura, sistemas políticos, sociales y económicos. Si bien su evaluación es a nivel global, los mismos pueden incidir en los valores que construyen las personas (Schalok y Verdugo, 2003).

En cuanto a estos niveles evaluativos, Schalok en 1996 los denominó:(a) personal, (b) funcional u objetivo, y (c) social. Realizado con el fin de superar la evaluación regida por caracteres subjetivos-objetivos, la cual fue sumamente discutida y cuestionada. Motivo por el cual muchas personas no encontraban relación alguna entre la percepción subjetiva de bienestar, con los criterios objetivos del nivel de vida. De esta manera se generaba dudas sobre su naturaleza empírica (Schalok y Verdugo, 2003).

A partir de lo expresado se puede dar cuenta de la complejidad del término, siendo un concepto multidimensional, atravesado por factores individuales, relacionales, psicológicos y del entorno, condicionado inevitablemente por la cultura en la cual se encuentre.

En base a diversas investigaciones y a lo expuesto en el desarrollo del trabajo, resulta innegable el hecho que las personas con esquizofrenia manifiestan un deterioro en su calidad de vida. Aunque los psicofármacos apuntan a dar respuesta a ello, sus mejoras están relacionadas a la remisión de los síntomas positivos, no siendo eficaces en el mejoramiento de la apatía, retraimiento social y otras manifestaciones propias de la sintomatología negativa. Si bien no hay dudas que los fármacos son necesarios para el tratamiento, el mismo debe ir acompañado de intervenciones psicosociales, que a través de diferentes estrategias, intenten brindar oportunidades de mejoras en el área interpersonal, familiar y social. (Schalok y Verdugo, 2003).

En cuanto a la manera de evaluación de la calidad de vida en las personas con esquizofrenia específicamente, Ramos (2014) plantea que puede realizarse a través de tres

aproximaciones: objetiva, subjetiva o mixta, siendo esta última la más recomendada. Una evaluación exclusivamente objetiva deja de lado las vivencias de la persona, la cual es el actor principal a la hora de revelar y evaluar su propia calidad de vida. Por otro lado, una evaluación puramente subjetiva puede conllevar a ciertas inexactitudes tanto afectivas, cognitivas y/o de distorsión de la realidad. Ejemplo de ello, si en el momento de la evaluación la persona se encuentra transitando una etapa depresiva, su discurso respecto de su calidad de vida será totalmente negativo, resultado de su estado afectivo. En cuanto a lo cognitivo, también puede existir una mala valoración dado al déficit cognitivo que pueda presentar. Por último, la persona puede dar cuenta de su calidad de vida basándose en experiencias delirantes o alucinatorias, lo cual alude inevitablemente a una distorsión de la realidad.

De acuerdo con los autores, Schalock y Verdugo (2003) reconocen que cuando se trata de evaluar la calidad de vida en la esquizofrenia, hay autores que prefieren hacerlo basado solamente en los elementos objetivos, evitando incurrir en ciertas falencias, producto de la presencia de algunos síntomas en el momento de la evaluación. Por otra parte, están quienes sostienen que dichas personas son capaces de realizar una correcta evaluación respecto de cómo se sienten en relación con sus vidas, apoyando la teoría de una evaluación subjetiva. Y finalmente, se encuentran los defensores de la evaluación multidimensional, reconociendo al mismo como el método más eficaz. Por lo tanto, la manera de evaluar su calidad de vida en la esquizofrenia, es similar al del resto de las personas, existiendo igualmente diversas posiciones y hasta discusiones en torno al tema. Dado lo expresado, se puede decir que la misma no sería una condicionante per se al momento de su evaluación.

Consideraciones Finales

A lo largo del presente trabajo y a través de una búsqueda bibliográfica exhaustiva, se pretendió desarrollar ciertos aspectos centrales de la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia.

A partir del desarrollo presentado, se puede decir que la esquizofrenia genera discapacidad, más precisamente discapacidad psíquica. Siendo la misma resultado de la relación negativa entre su condición de salud y el medio que lo rodea. Por lo tanto, la discapacidad está dada debido a que el entorno no cuenta con las características necesarias para que las personas con esquizofrenia, pueda generar una correcta adaptabilidad al medio.

A partir de lo detallado, es que se trabaja en rehabilitación psicosocial, enfocada a mejorar el comportamiento de la persona en el entorno, por lo tanto es fundamental reconocer la necesidad de intervenir en la comunidad per-se. De esta manera, trabajar en discapacidad supone dejar de centrarse en el déficit de la persona y pasar a abordajes integrales que trabajen con el sujeto y la sociedad.

Debido a lo expresado, se reconoce la importancia adjudicada al proceso de desinstitucionalización, el cual permitió re planearse las practicas impartidas hasta el momento en instituciones manicomiales, en donde se encerraba y asilaba al sujeto de su contexto, con tratamientos que vulneraban sus derechos y hasta las necesidades más básicas de las personas. Enfocado en atender solamente sus deficiencias, teniendo como consecuencia, según Aparicio (2009):

La categorización, estigmatización y alienación de estos sujetos de acuerdo al criterio de lo que les falta y en función de lo que los demás hacen por ellos, sin que presuponga la existencia de una perspectiva de objetivos a nivel de globalidad de la vida personal y/o interesante del punto de vista del sujeto. De esta manera en lugar de planificar un futuro de vida adulta, autodeterminada y participativa, se genera un proceso de cada vez mayor dependencia entorno al déficit intrínseco de la persona a la que “siempre le falta algo” (p.131)

La desinstitucionalización permitió re-pensar las prácticas, proponiendo abordajes implementados en la comunidad, basados en los derechos humanos, con propuestas individualizadas. En donde planificar la vida adulta, la autodeterminación y la participación están incluidas como pilares fundamentales de la rehabilitación psicosocial. Además se comienza a reconocer a la familia como pieza clave en el proceso de la misma, ofreciéndole también su debida contención.

Por lo tanto, se comienza a implementar tratamientos que contemplan las necesidades y expectativas de los propios usuarios. Siendo de destacar el rol del psicólogo en este ámbito. En su quehacer como profesional, más allá de las diversas propuestas de intervención que pueda llevar adelante, es propio del psicólogo proporcionar los espacios en donde se contemple la escucha de las ideas, propósitos y metas, con el objetivo de crear juntos las condiciones y medios necesarios para cumplirlos, con intención de contribuir de esta manera en la creación de un nuevo plan de vida. Reconociendo siempre las limitaciones tanto propias como del sujeto. Para lo expresado, se reconoce la importancia de la elaboración del plan individual de rehabilitación. Siendo éste una de las grandes y notorias diferencias con los otros métodos de tratamientos, no hay una estrategia que sirva para todos, no existe un manual pre-definido que diga qué hacer y cómo hacerlo, a pesar de la existencia de ciertos lineamientos básicos, dependerá mucho de la singularidad de cada usuario.

Es importante destacar la distinción que se realiza cuando nos referimos a los sujetos como “usuarios” y no como “pacientes”, ponderando su rol activo en el devenir de su tratamiento.

Otro aspecto de suma importancia en el desarrollo que nos compete, es el de calidad de vida, estando muy relacionada con el objetivo general de la rehabilitación psicosocial y con la efectividad de las prácticas. Con respecto a esto último, considero necesario realizar algunas precisiones. La efectividad de la rehabilitación puede medirse como se mencionó a través de escalas que evalúan la calidad de vida o a través del cumplimiento de los objetivos propuestos en el PIR (Plan Individual de Rehabilitación). Es importante aclarar esto, debido a que las mejoras producidas por las intervenciones, dependerán de cada usuario, del grado de discapacidad que presente al momento al que acceda a los servicios, de la implicancia familiar, así como de otros tantos factores involucrados. Por lo tanto, si solo medimos la efectividad de la misma a través de la calidad de vida, diremos que la rehabilitación no ha sido efectiva para todos y solo unos privilegiados logren cumplir un buen proceso. En cambio, si nos basamos en el cumplimiento de los objetivos individuales que cada uno marco en su PIR, seguramente el resultado sea otro, pudiendo observar que la rehabilitación psicosocial produce mejoras en la mayoría de los sujetos que la han atravesado. No hay que olvidar que quizás pequeños cambios para la persona que cuenta con discapacidad psíquica, puede estar asociado con grandes logros a nivel individual. Por ello contemplar la individualidad del sujeto es tan importante para trabajar en rehabilitación psicosocial.

Con intención de contextualizar dicha rehabilitación, se desarrolló la misma en el nuestro país. Llegando a conclusiones que dan cuenta que en Uruguay, no hay un consenso en lo

que respecta al modelo implementado en rehabilitación psicosocial. Pareciera que los profesionales trabajan como pueden y con los recursos que disponen, sin muchas veces cuestionarse las prácticas llevadas a cabo. Llegando a ignorar, en varias ocasiones, los principios más básicos de la rehabilitación psicosocial, lo cual implica intervenir en la discapacidad del sujeto y no centrarse solamente a las deficiencias que presenta, como lo hacía el modelo asilar, lo cual su tarea principal era cuidar al “enfermo”. Quizás como psicólogos o profesionales de la salud, deberíamos preguntarnos desde que lugar queremos intervenir, detenernos a pensar desde que modelo partimos para crear los abordajes, ser consciente de que repetir modelos anteriores de manera sutil, puede conllevar repercusiones muy negativas.

Con intención de avanzar en el tema, no es casual el nuevo proyecto de ley en salud mental que se está gestando en nuestro país. El cual propone un primer paso fundamental, debido a que apuesta al cierre de las instituciones manicomiales y contempla aspectos sumamente interesantes vinculados a los derechos humanos. Esto es esperanzador, dando cuenta de que no todo queda en el plano de lo utópico y en las manos de algunos pensadores. Por el contrario, demuestra que de a poco están existiendo cambios a nivel del país que contemplan esto, apostando a una mayor humanización en el trabajo en salud mental y en la rehabilitación psicosocial.

A pesar de ello, no es posible negar las dificultades que presenta la sociedad para convivir con este tipo de población, ponderando el estigma y exclusión. Relacionado esto con el imaginario social existente sobre el tema. La “locura” incomoda y asusta. Se ha visto como desde hace años se promueve la lejanía y el aislamiento de aquellos que son “diferentes”. Evidentemente esto es sostenido y perpetuado por las distintas instituciones que transitamos, por el mal manejo de la información sobre el tema, o simplemente por ignorancia.

En una entrevista que se realizó al Dr. Domingo Díaz del Peral con respecto al imaginario social en nuestro país, el mismo expresa:

La imagen que la sociedad tiene de la enfermedad mental, no podemos negarlo, es anticuada y obsoleta y perjudica gravísimamente a la familia, los enfermos y también a los profesionales que tenemos que trabajar con realidades científicas y defender que las personas tengan un proyecto de vida independientemente de su enfermedad. Pero es curioso que todo el mundo quiera y entienda que una persona con paraplejia ,se le facilite la vida, se arreglen y faciliten las calles para que pueda tener una vida social plena y se le facilite un trabajo en la medida de sus posibilidades, sin embargo a un enfermo mental esos movimientos no existen.

Por lo tanto ¿Cómo repercute dicha propuesta (proyecto de ley) en una sociedad que piensa y actúa de determinada forma?

Sería fundamental apelar a estrategias dirigidas a la sociedad en su conjunto. Cambiar el imaginario social no es fácil, pero a partir de pequeñas prácticas, es algo posible de lograr.

Es interesante terminar con unas palabras de Guattari, citadas en De León (2005):

Hablar de enfermo mental es una formulación aseptizada, higiénica, para no hablar de los locos. Es mejor hablar de los locos. Es mejor hablar de los locos porque ese término es muy transversalista. Uno puede estar loco de amor, de ira, de mil maneras y eso pone la marca de la locura también en las personas supuestamente normales. (p. 117)

Considero que allí está la clave, apostar a no ver la locura como algo tan ajeno. Esta es parte de la sociedad y está en todos lados. Mientras se siga visualizando como algo que no nos compete, los cambios reales raramente sucedan. El pensamiento crítico y problematizador del psicólogo puede aportar mucho en este aspecto.

Sin dudas es un tema muy complejo, siendo la salud mental un ámbito en el cual queda tarea por realizar. Por tanto, es importante la formación de profesionales que se comprometan con esta causa aportando herramientas para poder salir de las lógicas imperantes: no encerrar la locura, defender los derechos humanos y apostar a estrategias como la rehabilitación psicosocial.

Bibliografía

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topia.
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *“Esquizofrenia y familia” guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Aparicio, L. (2000). *Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación*. En: Aparicio, L. (Eds.), *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días*. (págs. 129-138)
- Gisbert, C. (Coord.) (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuaderno Técnico nº 6. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR). Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). *Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/ WHO*.
- Bentura, C., Mitjavila, M. (s/f). *Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya*. Recuperado de: http://www.13snhct.sbhct.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf
- Chacon, C., (s/f). *Rehabilitación psicosocial: reconsideraciones conceptuales y perspectivas actuales*. Recuperado de: <http://www.academia.edu/27335336/REHABILITACION%20PSICOSOCIAL%20RECONSIDERACIONES%20CONCEPTUALES%20Y%20PERSPECTIVAS%20ACTUALES>
- *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnósticos de investigación, CIE-10: CDI-10*. (1994). Madrid, España: Médica Panamericana, S. A.

- Cohen, H. (2009). *Salud mental y derechos humanos: vigencia de los estándares internacionales*. Buenos Aires, Argentina, Organización Panamericana de la Salud. 1ª. Ed.

- De Fuentes, C. (2016). *La 'nueva' discapacidad mental*. Revista Española de Discapacidad, 4 (1): 249-255.

De León, N. (2002). *¿Por qué no hablar con la locura?* En: Folle, M y Protesoni, A. (Comps.), *Tránsitos de una Psicología Social*(117-126). Montevideo: Psicolibros,.

- Del castillo, R. (2002). *Una experiencia en rehabilitación de la psicosis en el Uruguay*.
- Del Castillo, R., Villar, D. y Dogmanas, D. (2011). *Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83-96.
- Del Peral, D. (CFCE). (12/10/2015). Mvd al día Psiquiatra Domingo Díaz del Peral sobre salud mental. Recuperado de:
<https://www.youtube.com/watch?v=wnDU2cpSJ1Q>
- Fernández, T.(2010). La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *dfensor; revista de derechos humanos*, 3(11), 10-17
- Florit-Robles, A.,(2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*. 24(1-3), 223-244.
- García, I. (2008).Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 9-25

- Gines, A., Porciúncula, H., Arduino, M. (2005). El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de psiquiatría del Uruguay*, 69(2), 129-150
- Goffman, E. (1970). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Argentina: Amorrortu
- González, J. y Rodríguez, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.
- IMSERSO. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid: IMSERSO
- IMSERSO. (2007). Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial. Madrid: IMSERSO
- Intercentros Uruguay (2011). *Guía de Centros de Rehabilitación Psicosocial*. Recuperado de:
http://www.psicologos.org.uy/documentos11/20110617_guia_centros_rehab.pdf
- Jaime A. Fernández, Rafael Touriño, Natalia Benítez y Cristina Abelleira.(Eds.)(2010). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Valladolid, FEARP.
- Jiménez, B., Gómez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En: Buela, G. y col, (Eds). *Manual de evaluación de psicología clínica y de la salud*. Madrid
- Ley N° 18.651 (2010). *Protección Integral de Personas con Discapacidad*. Recuperado de:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6981423.htm>
- Lojo, M. (2010). Cuando la voluntad se enferma. *dfensor: revista de derechos humanos* , 3(11), 18-24
- Novella, E. (2008). Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Frenia: Revista de historia de la psiquiatría*. 8(1), 9-32.

- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1982). *Programa de Acción Mundial Para las Personas con Discapacidad*, recuperado de:
<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=500>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de:
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). La gente y la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1990). Declaración de Caracas: *Reestructuración de la atención psiquiátrica*. Caracas, Venezuela. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/cursada/dossier/declaracion_caracas.pdf
- Palacios, A., (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid: Cinca S.A.
- Pardo, V. (2003). Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67 (1), 76-110.
- Plan Nacional de Salud Mental, (1986). recuperado de:
<http://www.msp.gub.uy/programa/plan-de-salud-mental-setiembre-1986-0>
- Ramos, S. (2014). La calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus familias: Análisis bioético, conceptual y psicopatológico. *EIDON* (42), 46-56.

- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco* 26(45).
- Schalock, R., Verdugo, M. (2003). Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Taborda, E., Montoya, L., Gómez, N., Arteaga, L., Correa, O. (2016). Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 45(2), 118-123.
- Uriarte, J. (2007). *Psiquiatría y rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave*. En: Uriarte, J. (Comp.), *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7(2).
- Verdugo, M. (s/f). *Autodeterminación y calidad de vida de las personas con discapacidad: Propuestas de actuación*. Recuperado de:
<http://www.diversidadinclusiva.com/wp-content/uploads/2016/02/Autodeterminacion-y-calidad-de-vida-en-las-personas-con-discapacidad-Verdugo-articulo.pdf>
- Zanini, M. (2000). Psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista Brasileña de psiquiatría*, 22(1).