



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Monografía:

Esquizofrenia:

Consecuencias del Estigma Social y la Importancia de la  
Rehabilitación.

Estudiante: Mariana Pérez Cardozo

CI: 4.751.552-9

Docente tutor: Ay. Mag. Lic. Laura de los Santos

Docente revisor: Prof. Adj. Dr. Jorge Bafico

Montevideo, Julio 2020

**Agradecimientos:**

**A Leandro por creer en mí e inspirarme a siempre ir por más, sin ti definitivamente esto no hubiera sido posible.**

**A mi familia por el apoyo, muy especialmente a mi hermana Andrea por ser siempre mi sostén incondicional.**

**A mis amigas por su optimismo y alegría brindado cada día en este camino.**

**A mi tutora Laura por su generosa transmisión de conocimientos.**

**A todos ustedes... un enorme gracias !!**

“No hay periodo del desarrollo en donde lo humano exista fuera del reino de las relaciones interpersonales”

Harry Stack Sullivan (citado por Gabbard, 2002, p.183)

## Índice

Resumen .....	5
Introducción: .....	6
Capítulo 1: Una aproximación al término esquizofrenia. ....	8
1.1 Sintomatología .....	11
Capítulo 2: Estigma social .....	15
2.1 Consecuencias del estigma social en la Esquizofrenia .....	18
2.2 ¿Cómo contribuir para minimizarlo? .....	22
Capítulo 3: Objetivos y estrategias de la Rehabilitación Psicosocial.....	25
3.1 Fases de la Rehabilitación Psicosocial: .....	28
3.2 Hacia un cambio de paradigma en Uruguay .....	33
Reflexiones Finales .....	36
Referencias Bibliográficas: .....	38

## **Resumen**

El presente trabajo final de grado comienza aproximándose a una contextualización histórica de la demencia precoz, abordada desde diferentes miradas hasta llegar al término que hoy en día se conoce como Esquizofrenia. A continuación se aborda la sintomatología que se contempla para los criterios diagnósticos de la misma, también desde diferentes enfoques. Al ser una enfermedad que por su sintomatología tanto positiva como negativa produce un deterioro de las funciones sociales, conlleva a una gran estigmatización social, por lo cual se procede a definir estigma para luego plantear las consecuencias que el mismo ocasiona en la persona que la padece. En el último capítulo se exponen los beneficios que trae en el tratamiento de la esquizofrenia la rehabilitación psicosocial la cual pone énfasis en minimizar las debilidades de la persona y fortalecer los recursos con los que el mismo ya cuenta, lo cual resultará de valiosa ayuda para la reinserción social y para la mejora en la calidad de vida del mismo y de su entorno. Para finalizar se hace una aproximación a la situación actual de Uruguay en cuanto a la salud mental y la perspectiva de un cambio de paradigma a corto plazo.

**Palabras Claves: Esquizofrenia-Estigma social-Rehabilitación**

## **Introducción:**

Mi interés por abordar esta temática en el trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología se da a partir de haber cursado la unidad curricular obligatoria Psicopatología, donde se abordó la esquizofrenia y despertó en mi la motivación de seguir interiorizándome respecto de esta enfermedad.

Cuando avancé en la carrera tuve la oportunidad de inscribirme en una unidad optativa denominada Esquizofrenia y Rehabilitación Psicosocial, donde pude seguir formándome sobre la misma. Estas instancias curriculares así como varias que transité en la carrera me permitieron cuestionarme los prejuicios que tenemos como sociedad respecto de las enfermedades mentales, de la peligrosidad que creemos que significan quienes las padecen, y el estigma que se constituye en torno a los mismos y las posteriores consecuencias que esto ocasiona.

Consideré pertinente seguir estudiando respecto de la esquizofrenia para poder conocer la enfermedad, abordar su sintomatología, el impacto que el diagnóstico ocasiona en la persona, como repercute en su vida y en todo su entorno, las dificultades que surgen por la discriminación de la sociedad, como los derechos del enfermo son vulnerados generando una pérdida de individualidad, que muchas veces deja de ser llamado por su propio nombre para pasar a ser "el psicótico".

Según la Organización Mundial de la Salud (2019) las personas con esquizofrenia son más propensas a sufrir violaciones de sus derechos, ya que la enfermedad está muy estigmatizada, limitando a quienes la padecen en varios aspectos entre ellos el acceso a la educación, a tener una vivienda y empleo digno.

Teniendo en cuenta que somos seres bio-psico-sociales y que necesitamos de vivir en sociedad y sentirnos parte de la misma, se hace muy importante que esto sea tenido en cuenta en el tratamiento, no siendo suficiente únicamente un abordaje que incluya psicofármacos. La rehabilitación psicosocial funciona como un nexo con la comunidad, la cual permite al paciente una vez estabilizado poder ir recuperando sus funciones y cierto grado de autonomía, poniendo énfasis en sus fortalezas, con estrategias específicas para cada situación tomando en consideración que cada paciente es diferente, y que necesita una intervención adaptada a sus necesidades.

La misma incluye al paciente y a su familia entrenándolos en determinadas habilidades que otorgan beneficios en él y en su entorno.

En el primer capítulo del presente trabajo comenzaré realizando una aproximación histórica al término esquizofrenia desde diferentes autores que a lo largo del tiempo han hecho aportes sobre la misma, y abordaré los criterios diagnósticos de la enfermedad desde diferentes miradas.

En el segundo capítulo me aproximaré a la definición de estigma y desarrollaré las consecuencias que el mismo produce en la persona y en su entorno, y como se puede contribuir para minimizarlo.

El tercer capítulo estará vinculado a la importancia de la rehabilitación psicosocial, para poder recuperar funcionamiento en sociedad, y se realizará un acercamiento a las distintas fases por las que se transita en los procesos de rehabilitación, se relatará brevemente la situación actual de Uruguay en cuanto al abordaje de salud mental y la intención de un cambio de paradigma a corto plazo respecto de la misma.

Para finalizar la monografía reflexionaré sobre los aportes de los anteriores capítulos y el tránsito por esta revisión y articulación bibliográfica.

## Capítulo 1: Una aproximación al término esquizofrenia.

No hay salud sin salud mental  
(OMS, 2018).

Si se hace una revisión de cómo surge el término esquizofrenia se puede ver que el estudio de la misma se da a partir de la preocupación de varios médicos en el campo de la psiquiatría, por ser una enfermedad que puede resultar en un daño permanente en quienes la padecen, y se torna vital conocer sus causas y sus manifestaciones, así como también su pronóstico.

Los distintos estudiosos que han abordado el tema pusieron énfasis en diferentes síntomas o características de la enfermedad.

Uno de ellos fue Emil Kraepelin, quien en 1896 consiguió agrupar una serie de síntomas que se encontraban presentes en afecciones con un pronóstico muy pobre y que no se visualizaban en otros grupos de enfermedades. Las psicosis que se caracterizaban por la presencia de dichos síntomas fueron denominadas bajo el término de “Dementia Praecox” (Bleuler, 1993).

Las mismas presentaban profundas alteraciones afectivas como apatía, indiferencia y sentimientos contradictorios (Ey, 1980).

Otro médico psiquiatra que en 1860 ya había usado el término de “démence précoce” (demencia precoz), fue Morel quien lo utilizó para describir cuadros de deterioro que se daban principalmente en jóvenes y que los mismos evolucionaban hacia estados demenciales (Novella y Huertas, 2010).

Según Henry Ey (1980), otros clínicos que también estuvieron interesados por estudiar el tema fueron Hecker y Kalbhaum, el primero denominó a la enfermedad como una hebefrenia (estado demencial de la gente joven); y Kalbhaum la describió como afectos de catatonía, prestando especial atención a sus trastornos psicomotores.



Bleuler (1993) transformó el término de demencia precoz en “esquizofrenia” dado que el “desdoblamiento” de las distintas funciones psíquicas constituye una de sus características más relevantes.

Él mismo no consideraba a estos enfermos dementes sino que los mismos están afectados por un cuadro que altera su pensamiento y su existencia. El término esquizofrenia significa “mente escindida” (Ey, 1980).

Con el término “demencia precoz” o “esquizofrenia” designamos a un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse y retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa *restitutio ad integrum*. (Bleuler, 1993, p.15)

Se denota una escisión marcada de las funciones psíquicas y la persona no vuelve al estado anterior a la enfermedad. Ocurre “una alteración del pensamiento, los sentimientos, y la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular” (Bleuler, 1993, p.15).

Eugene Minkowski (2000) consideró al autismo como el trastorno fundamental de la enfermedad, y lo caracterizó como una pérdida del contacto vital con la realidad, introdujo el concepto de racionalismo mórbido, el cual refiere a que la lógica del esquizofrénico tiene características autísticas, el razonamiento se encuentra afectado ya que prescinde de la realidad para poder formarlo, como consecuencia también se dificulta extraer conclusiones y resolver problemas. Esto deviene en que el sujeto termina confuso dentro de su propio pensamiento, lo cual lleva a una pérdida de funcionamiento y retracción, tornándose difícil el funcionar en sociedad.

El psiquiatra alemán Schneider (citado por Novella y Huertas, 2010) formuló que los elementos fundamentales en la esquizofrenia incluían pensamiento sonoro, audición de voces que opinan y comentan sus acciones, experiencias corporales de influencia, el robo de ideas y otras acciones ejercidas sobre el pensamiento, la percepción delirante y la convicción de ser influenciado.

Varios años después Henry Ey (1980) en su tratado de psiquiatría conceptualiza a las psicosis esquizofrénicas:

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad, el grupo de las esquizofrenias engloba efectivamente la mayor parte de los casos de alineación mental caracterizada por un proceso de disgregación mental, que ha sido llamada alternativamente demencia precoz, discordancia intrapsíquica o disociación autística de la personalidad. (p.472)

De los escritos de Ey (1980) surge que considera a la esquizofrenia como una enfermedad que modifica totalmente la existencia del sujeto. La define como una psicosis crónica que produce una alteración profunda de la personalidad y que debe ser considerada como un tipo dentro de las psicosis delirantes crónicas. La persona deja de construir su mundo en comunicación con los otros para perderse en su pensamiento autístico, imaginario. Hace énfasis en considerar a la esquizofrenia como un fenómeno multidimensional, evitar reduccionismos en las causas de la misma, y no dejar de recordar que el sujeto está en constante relación con su medio, en un vínculo dialectico.

Ey (1980) intenta aproximarse a la causa de que podría generarla, hace una revisión de estudios genéticos, predisposición, de factores neurobiológicos, psicosociales y le da importancia también al ambiente y la familia donde habita el esquizofrénico.

“Por lo tanto, no es conveniente reducir la esquizofrenia a los datos bioquímicos que forman su base; de la misma forma que tampoco conviene reducirla a los factores psicosociales (...)” (Ey, 1980, p.489).

Una visión psicodinámica de la esquizofrenia aporta Gabbard (2002), él mismo aborda investigaciones que se han realizado respecto de que puede contribuir a que se desarrolle la enfermedad, si bien pueden estar implicados factores ambientales no hay un consenso que indique que exclusivamente la misma se manifieste debido a ellos. Ketty, Olin y Mednick (citado por Gabbard, 2002) apuntan a que puede que haya determinados factores que incidan en la constitución de la misma como lesiones que ocurren en el parto, infecciones de tipo virales en la gestación, factores de la alimentación, fallas en el desarrollo y ciertos tipos de traumas infantiles.

“Aun cuando los factores genéticos fueran la causa del 100% de la esquizofrenia, los clínicos también se verían enfrentados con un individuo dinámicamente complejo que reacciona a una enfermedad profundamente perturbadora” (Gabbard, 2002, p.184).

Tomando en consideración los aportes de dichos autores resulta evidente que es necesario ampliar la perspectiva ya que quien la padece es un ser en constante relación con su medio, la enfermedad no solo modifica la existencia de sí mismo sino que lo hace con todo su entorno próximo. Hay que prestar especial atención en no perder de vista su individualidad, y las características propias de cada persona, ya que la esquizofrenia puede afectar a cada individuo de diferente forma.

Gabbard (2002) rescata la singularidad del paciente y advierte que no existe el tratamiento para la esquizofrenia sino que el mismo debe adaptarse a cada individuo en particular. Su mirada puede ser vista en contraposición al DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual) que es un compilado que fue creado por la (American Psychiatric Association (APA, 2000). El mismo agrupa distintos trastornos mentales y clasifica a todos los individuos con una sintomatología similar en un mismo diagnóstico sin tomar en cuenta sus particularidades. Basta cumplir con determinados criterios para que el psiquiatra pueda diagnosticar al paciente, deviniendo en una pérdida de singularidad de los mismos. Ya que muchas veces en lugar de ser una referencia para el médico, es tomado al pie de la letra y se ignora el contexto que la persona habita o las características individuales del mismo.

## **1.1 Sintomatología**

Si se ahonda en los criterios diagnósticos utilizados para evidenciar la presencia de la esquizofrenia se pueden encontrar diversas posturas al respecto, y determinadas características en las que poner énfasis. En este apartado se abordará la visión de Bleuler (1993), la postura que aporta Gabbard (2002) en su libro *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica* y la visión de la American Psychiatric Association (2014).

Bleuler (1993) fue uno de los psiquiatras que profundizó en la sintomatología de la esquizofrenia dividiéndolo en dos grupos de síntomas, los fundamentales y los accesorios. Los fundamentales para el son aquellos que se encuentran en todos los

periodos de la enfermedad y en todos los casos, mientras que no ocurre lo mismo con los accesorios, ya que estos no están necesariamente presente en todos los enfermos.

Además de estos síntomas específicos permanentes o fundamentales, podemos descubrir una multitud de otras manifestaciones más accesorias, tales como ideas delirantes, alucinaciones o síntomas catatónicos. Estas pueden faltar completamente durante ciertos periodos, o inclusive durante todo el curso de la enfermedad, otras veces ellas pueden determinar permanentemente el cuadro clínico. Los síntomas fundamentales son característicos de la esquizofrenia, mientras los accesorios pueden aparecer también en otros tipos de enfermedad. (Bleuler, 1993, p.20)

Los síntomas fundamentales son conocidos como las 4 A de Bleuler: asociación, afectividad, ambivalencia y autismo, las mismas son funciones simples que se encuentran alteradas en el sujeto.

Para Bleuler (1993) las asociaciones se efectúan siguiendo nuevas líneas, por ejemplo dos ideas se encuentran y se fusionan en un pensamiento cuya lógica se da por circunstancias incidentales. El individuo muchas veces se aferra a determinadas ideas sobre las que vuelve una y otra vez, hasta llegar muchas veces al monoideismo. Otras de las características es una cierta obstrucción de pensamiento así como también cierta prisa al pensar. Esto hace que el pensamiento se vuelva ilógico y extraño.

Lo que está ausente, sobre todo es la coherencia de la manifestación afectiva. Las palabras que, según se supone, expresan dolor o placer, el tono de voz, y los gestos, no parecen ser congruentes o apropiados respecto a la actitud total del paciente. (Bleuler, 1993, p.50)

La ambivalencia implica que el paciente posee sentimientos contradictorios coexistiendo todo el tiempo, la misma es tanto de índole afectiva, intelectual así como también de voluntad (Bleuler, 1993).

Otro síntoma fundamental que se manifiesta es una modificación en los vínculos interpersonales. “La esquizofrenia se caracteriza por una peculiar alteración de la relación entre la vida interior del paciente y el mundo exterior. La vida interior asume una preponderancia patológica (autismo)” (Bleuler, 1993, p.71).

Si se remite una visión más actual respecto de la sintomatología presente en un cuadro de esquizofrenia, se puede ver que Gabbard (2002) adhiere al modelo de sintomatología propuesto en 1974 por Strauss y colaboradores donde se divide a los

síntomas en tres grupos: positivos, negativos y desórdenes en las relaciones personales, hace referencia a que: "(...) los síntomas positivos incluyen alteraciones del contenido del pensamiento (tales como delirios), trastornos de la percepción (tales como alucinaciones), y manifestaciones conductuales (tales como la catatonía y la agitación)(...)" (p.184).

Siguiendo a Gabbard (2002) los síntomas negativos en la esquizofrenia se denotan como una ausencia de funciones, pensamiento pobre, afectos limitados, apatía y anhedonia. Los desórdenes en las relaciones personales incluyen que la persona se retraiga, pierda la capacidad de percibir las necesidades de quienes lo rodean, tenga problemas para establecer contactos con las otras personas, suelen tornarse demasiado demandantes, e incluso agresivos.

Por otra parte la American Psychiatric Association (APA, 2014), a través de su manual DSM V indica que para poder realizar dicho diagnóstico debe haber presencia de dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico, y síntomas negativos. Los signos continuos del trastorno deben estar presentes durante un mínimo de seis meses, el cual ha de incluir por lo menos un mes de fase activa y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales, donde se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos (expresión emotiva disminuida, abulia, alogia, la anhedonia y la asocialidad) o por dos o más de los signos mencionados en un principio.

Para Arévalo et al. (2011) el delirio es "... el resultado de una profunda alteración de personalidad que produce una pérdida del juicio de la realidad (pérdida de la capacidad de discernir entre lo real y la fantasía), se torna influenciable e incorregible (...)" (p.137).

Henry Ey (1980) considera que los mismos son más que experiencias delirantes, sino que construyen un mundo hermético en el esquizofrénico:

(...) no se expresa más que por un lenguaje abstracto y simbólico; es imposible de penetrar y reconstituir por el observador, quien debe contentarse por lo general en reparar en la incoherencia, utiliza modos de pensamiento o de conocimientos mágicos; está constituido por creencias e ideas que forman una concepción hermética del mundo. (p.515)

Otro síntoma presente son las alucinaciones donde el sujeto percibe cosas sin que haya la presencia de un estímulo que las genere. Son vivenciadas con intensidad y no son voluntarias. Pueden ser de variada modalidad, aunque las auditivas son las más comunes, por ejemplo escuchar voces. Pensamiento, discurso y comportamiento desorganizado también forman parte de la sintomatología (APA, 2014).

Entre los síntomas negativos según la APA (2014) se puede encontrar la expresión emotiva disminuida, la misma se puede definir como la presencia de dificultades para manifestar emociones tanto faciales como oculares y falta de expresión corporal cuando se habla. Otro síntoma presente es la abulia que se define como una disminución en la motivación de realizar actividades y planes, falta de interés, así como también la presencia de alogia la cual implica una reducción del habla. También se ve disminuida la capacidad de experimentar placer y es denominada anhedonia. El sujeto presenta escaso interés por las interacciones sociales.

## Capítulo 2: Estigma social

“... es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio...”

(Albert Einstein, s.f)

Si se indaga en el significado de la palabra estigma, se puede ver que la Real Academia Española (2019) lo define como una señal o distintivo en el cuerpo, una marca impuesta.

Ese intrincado fenómeno social que resumimos bajo el término estigma ha venido caracterizando, en las sociedades, a los vínculos que la mayoría de la población establecemos con determinados grupos de personas (López, et al., 2008).

Goffman (citado por López, et al., 2008) utiliza la palabra estigma para referirse a un “atributo profundamente desacreditador”, que acarrea una desvalorización de dicha persona generando en la conciencia social un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee. El autor diferencia tres tipos de marcas: marcas físicas, de carácter o étnicas, las cuales podrían denominarse actualmente en rasgos físicos, psicológicos y socioculturales los cuales pueden identificarse en los distintos tipos de estigma.

En definitiva, entendemos por estigma un conjunto de actitudes, de connotación negativa, que un grupo social mantiene con sectores minoritarios que presentan algún tipo de rasgo diferencial; un rasgo diferencial o «señal» que, al identificarlos, crea en la conciencia social un estereotipo negativo hacia ellos. Como consecuencia, una persona o un colectivo portador de este atributo deja de ser considerado «normal» y es cuestionado claramente en su valor social o colectivo. (Roca y Crespí, 2013, p.18)

El estigma se encuentra compuesto por diversos elementos que hacen menos deseable al sujeto que lo posee y dicho rasgo pasa a convertirse en lo preponderante de su personalidad, no teniendo en cuenta el resto de sus cualidades; en muchas ocasiones incluso el estigma llega a abarcar toda la identidad. Conlleva un desprecio hacia esa persona y alienta a otros a que tengan conductas de discriminación orientadas hacia la misma (Aretio, 2009).

Siguiendo a Corrigan y colaboradores (citados por Arnaiz y Uriarte, 2006) el concepto de estigma de la enfermedad mental está integrado por tres componentes: los estereotipos, el prejuicio y la discriminación.

Se entiende por estereotipos a un conjunto de creencias que determinado sector de población tiene respecto de una minoría social y que provoca un condicionamiento en gran medida respecto de la percepción y la valoración de sus rasgos y conductas. Los Prejuicios son predisposiciones emocionales, en general negativas, pertenecientes a los integrantes de un grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas. Mientras que la discriminación es una tendencia a desarrollar actos en general de carácter negativo, a fin de lograr distancia social de determinados integrantes de un grupo (Roca y Crespí, 2013).

Por su parte Link y colaboradores (citado por Arnaiz y Uriarte, 2006) ven al estigma desde un punto de vista más social. Para ellos el mismo está presente cuando componentes como el señalamiento, estereotipo, pérdida de status y discriminación ocurren al mismo tiempo y está presente una situación de poder que hace posible que dichos eventos se den. Reiteradamente diferenciamos y etiquetamos diversos grupos en la sociedad tomando en cuenta determinadas características, en función de esto se puede ver que existe una selección de índole social de qué cualidades humanas son relevantes socialmente, y cuales serían propensas para el señalamiento y cuáles no.

Dado esto se hace notable que el estigma se encuentra presente en muchos ámbitos y la estigmatización a personas que sufren algún trastorno mental severo no es la excepción.

Como integrantes de la sociedad poseemos diversas creencias o actitudes hacia las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, cuando escuchamos en la televisión que ocurre un acto criminal o exabrupto muchas veces pensamos esa persona no está en sus cabales, tenemos la convicción de que no son dueños de sus actos, y vamos por la vida poniéndole la etiqueta de dementes, repetimos creencias que muchas veces tenemos arraigadas de hace muchos años sin tener siquiera validez científica, incluso vemos medios de comunicación que llegan a muchos grupos de la sociedad replicándolas. Ni siquiera tomando en cuenta que dichos estereotipos causan mucho más dolor que la propia enfermedad. Así es como las personas que sufren de enfermedades mentales graves deben lidiar no solo con su padecimiento sino que también con el imaginario social y todos sus prejuicios respecto de las mismas (Comunicación Progreso y Salud, 2012).



Pero los prejuicios datan de mucho tiempo atrás, en palabras de Foucault (1967) ya desde el siglo XV, los “locos” eran separados del resto, eran llevados lejos de la ciudad en barcos para evitar su circulación en la ciudad.

Con el pasar del tiempo existieron diferentes concepciones de la locura y de los sujetos que la padecían, no se hará énfasis en las mismas pero se plantearán algunas líneas concretas.

Durante la Alta Edad Media, según Fernández (2015) los locos eran conceptuados como sujetos sabios y elegidos por Dios, más adelante sin embargo la locura respondía a un castigo divino, dado por pecados y errores, o algo de índole diabólico. Lo que ya generaba un rechazo social hacia los mismos.

En la época clásica la locura se percibía como un peligro para los ciudadanos y se creía que la misma afectaba la integridad de los demás habitantes (Fernández, 2015).

En el siglo XVII surgen casas de exclusión donde se internaba a los insensatos, utilizando al encierro como cierta medida para disciplinar los cuerpos. Para que se lleve a cabo un buen disciplinamiento del cuerpo, es obligatorio el encierro, con el fin de controlar y mantener el orden de las personas en su interior (Foucault, 2002).

La organización de la atención sobre la base de instituciones (...) separadas tanto del sistema sanitario como del conjunto de la vida social, e identificadas como lugares de reclusión y no de tratamiento, se constituye así en un factor de refuerzo del estigma, confirmando la visión de peligrosidad, incurabilidad e imposibilidad de convivencia que persiste en la población. (López, et al., 2008, p.56)

En la actualidad si bien se ha evolucionado un poco en materia de derechos se puede seguir visualizando la estigmatización que genera tener una enfermedad mental.

Para Uribe, Mora y Cortés (2007) se tiende a categorizar, a caer en generalizaciones y tener una actitud defensiva, la peligrosidad de una sola persona, por ejemplo, de un paciente con esquizofrenia, en forma inmediata se extiende a toda la clase, a todas las personas con enfermedad mental, o simplemente a quienes se comportan de manera distinta. Para dichos autores hay varias razones para el estigma, entre ellas se puede destacar una cierta inclinación a echarle la culpa al otro de su enfermedad y verlo como peligroso. Al considerarlo responsable de su padecimiento los que le rodean reaccionan ante sus dificultades con rabia en vez de

deseo de cooperar. Esto ocasiona que el paciente al considerarse culpable de su enfermedad busque menos ayuda.

Para Roca y Crespi (2013) muchas veces dada dicha estigmatización, se termina constituyendo un autoestigma, esto implica que no solo ocurre externamente sino que también termina filtrándose al interior de la persona. Muchos pacientes suelen presentar manifestaciones semejantes a las de la sociedad aceptando diversos estereotipos, como los son la imposibilidad de manejarse, lo peligrosos que pueden resultar, sumados a los rasgos y signos propios de la enfermedad. La autoestigmatización conlleva importantes consecuencias como puede ser sentirse avergonzado, tener problemas para solicitar ayuda cuando se necesita, tendencia a aislarse socialmente y un mayor riesgo de recaídas. El autoprejuicio resulta en emociones negativas, como el autoestima baja y sentirse poco útil. Lleva además a un mayor miedo de exponerse limitando la búsqueda laboral o la imposibilidad de vivir independientemente, incluso si la enfermedad no los limita si lo hace el comportamiento de auto discriminación generado por el rechazo social.

Todo lo explicitado anteriormente produce un alejamiento social y rechazo que implica que no las aceptaríamos como compañeros, vecinos, empleados, esposas o que no nos gustaría que fueran compañeros de clase de nuestros hijos, lo que produce restricciones en sus derechos y oportunidades, y termina siendo un obstáculo en el acceso a la vida social plena y a los servicios de ayuda que los mismos necesitan (López, et al., 2008).

En el siguiente apartado se hará una aproximación a las diferentes consecuencias que el estigma acarrea en quienes tienen un diagnóstico de esquizofrenia.

## **2.1 Consecuencias del estigma social en la Esquizofrenia**

El proceso de estigmatización social no escapa a una enfermedad mental grave como la esquizofrenia generando una infinidad de consecuencias que atraviesan toda la existencia de quienes deben convivir con la misma.

Habitualmente los estudios reflejan también la consideración de las personas con enfermedades graves (esquizofrenia) como formando parte de un grupo distinto («ellos» frente a «nosotros»), a la vez que parecen enteramente definidas por la enfermedad: se asume que la persona «es» esquizofrénica y no que «tiene» o «padece» esquizofrenia. (López, et al., 2008, p.52)

En la sociedad circulan varias creencias respecto de las personas que padecen dicha enfermedad, la World Psychiatric Association y otros autores (citado por Roca y Crespí, 2013) han sintetizado varias de las mismas, como que son personas peligrosas y violentas, que pueden propagar a otros su enfermedad, que resultan haraganas y poco fiables, que no resultan capaces de comunicar sobre los efectos que les produce la medicación o sobre cualquier cosa que les pase. Que las mismas son incapaces de tomar decisiones que resulten razonables, que son poco predecibles y que empeoran de forma progresiva a lo largo de su vida.

Para López et al. (2008) resulta importante no perder de vista que muchas de las creencias que aparecen en general poseen una cierta base de realidad. Es real que algunas de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, aunque no la mayoría ni de forma permanente, tienen algún proceder violento, o hacen cosas que en ocasiones resultan poco previsibles y en otras no sean fáciles de entender por su alrededor o se dificulte tener contacto o establecer sintonía afectiva con ellos. Pero los estereotipos muchas veces exageran y distorsionan en forma parcial la realidad, y producen generalizaciones que se extienden a todos los que padecen esquizofrenia por el solo hecho de tener ese diagnóstico. “En efecto, hay un número considerable de estudios que muestran que la simple etiqueta de «enfermo o enferma mental» dispara opiniones y sentimientos personales por sí sola, independientemente de las conductas de las personas que la llevan” (López, et al., 2008, p.57).

Para Roca y Crespí (2013) el estigma y las creencias erróneas muchas veces devienen en falta de recursos en los hospitales de salud mental, dificultades para conseguir una vivienda, problemas para obtener o mantener puestos de trabajo.

El rechazo social que implica tener una enfermedad mental como la esquizofrenia ocasiona que las personas no quieran asistir a los sistemas de salud para abordar la enfermedad ya que les ocasiona temor a ser etiquetados, dado esto muchas veces se contribuye al agravamiento de la misma, por no acudir en las fases tempranas de la enfermedad. Todo ello sustenta un contexto donde dichas personas se sienten ansiosas e inseguras reduciendo el contacto social. Termina formándose un círculo vicioso del que resulta muy difícil de salir (Aretio, 2009).

Se encuentran también con la dificultad de no poder acceder a un empleo dadas las representaciones sociales que la sociedad en general posee de la esquizofrenia. En palabras de Chuaqui (2005) los empleadores tienen un gran desconocimiento real del problema y una representación exageradamente negativa, que dificulta la

reinserción laboral de personas con esquizofrenia, en general esto ocurre dadas las imágenes negativas que se dan gracias a chismes y rumores, que circulan a través de la sociedad y que caricaturizan la realidad.

Según Warner (citado por Magallares, 2011) si logran conseguir un empleo y su enfermedad se hace pública entre sus compañeros y superiores reciben escaso apoyo y deben sufrir comentarios negativos por parte de ellos y una exigencia mayor que a sus pares como si debieran compensar el hecho de tener una enfermedad mental.

Putman (citado por Magallares, 2011) ha evidenciado que la depresión recibe mayor receptividad positiva por parte de los demás, mientras que tener esquizofrenia suele tener reacciones más negativas tanto en la familia, los amigos y compañeros de empleo.

De esto se desprende que el estigma no solo ocurre en la sociedad en general sino que las creencias sociales también invaden el círculo íntimo y familiar del paciente con esquizofrenia.

Otra fuente del estigma son las experiencias traumáticas vividas antes de que exista un tratamiento adecuado de la enfermedad, como las vividas por los familiares directos del paciente, que tienen un alto grado de emotividad y bloquean una evaluación objetiva. A través de la comunicación, esta imagen se trasmite a los parientes indirectos que tienen contacto con la familia directa del paciente. En otros casos, la presencia de la enfermedad hace que se rompan los vínculos entre la familia directa y los parientes indirectos. (Chuaqui, 2005, p .64)

La familia se expone al diagnóstico de una enfermedad desconocida la cual genera miedo e incertidumbre sumada a los prejuicios sociales.

(...) se trata de un proceso en el que hay un trabajo interno de la familia, pasando por fases de negación, frustración, duelo y aceptación de la enfermedad, durante el cual empiezan a sentir los cambios sociales que implican el diagnóstico y la enfermedad. (Uribe et al., 2007, p.218)

En palabras de Corrigan y Miller (citado por Magallares, 2011) se hace evidente que no solo quien es afectado por el padecimiento mental sufre de discriminación o exclusión sino que el estigma se extiende a todo el núcleo familiar y resulta habitual que se les culpe de haber generado la enfermedad mental de sus hijos, hermanos o pareja.

Otra de las consecuencias que genera tener un diagnóstico de esquizofrenia implica ser tomado como un sujeto potencialmente peligroso y en realidad dichos sujetos son más propensos a sufrir violencia que a generarla: "(...) en los casos en que se producen realmente actos violentos, éstos provienen de solo una mínima parte de las personas diagnosticadas de esquizofrenia o psicosis –menos del 5% de las mismas presentan episodios graves de violencia (...)" (López, et al., 2008, p.54).

En palabras de Loinaz, Echeburúa e Irureta (2011) también pueden ser, fácilmente víctimas de violencia, de abusos o de ser usados como medio para cometer delitos a manos de personas de su entorno o desconocidos. Según Silver (citado por Loinaz, et al., 2011) las personas con trastornos mentales en especial las que padecen de psicosis y sufren de alucinaciones muchas veces sumado al abuso de sustancias, tienen más riesgo de ser victimizadas dada la variedad de estímulos negativos que introducen en su vínculo con los demás y, por lo tanto, generan emociones y respuestas no deseadas en los otros.

Dichos estímulos negativos no solo se dan por parte de la población que no tiene suficiente información, resulta preocupante ver (aunque los estudios publicados sean aun insuficientes) que un porcentaje considerable de profesionales pertenecientes al área de salud mental cuya interiorización sobre las enfermedades es claramente superior al de la sociedad en general, compartan las opiniones de la mayoría de la población sobre las personas que sufren de enfermedad mental grave, encontrándose también sesgadas (López, et al., 2008).

Estas opiniones por parte de quienes trabajan en la salud, las cuales son compartidas con la sociedad en general sobre la peligrosidad que representan quienes son afectados por la esquizofrenia, hacen que muchas veces estos pacientes deban tolerar falta de respeto y una deficiente atención en los servicios sanitarios generales (Magliano, et al., 2012).

Overton y Medina (citado por Magallares, 2011) dividen las dificultades con las que se encuentran quienes padecen de un trastorno mental grave, en este caso la esquizofrenia, en dificultades para costear el tratamiento y permanecer en el dadas las actitudes negativas del personal de la salud. La falta de dinero para afrontar el tratamiento se deben a lo difícil que les resulta conseguir empleo y mantenerlo, no sólo por las dificultades que puede traer la propia enfermedad sino por la exclusión laboral a los que son expuestos, ya mencionada anteriormente.

Stuart (citado por Magallares, 2011) pone de manifiesto que el empleo determina de cierta manera en la salud psicológica de las personas, verse excluido de esta área vital tan relevante representa grandes consecuencias tanto a nivel económico como a nivel psicológico, dado que reduce la autoconfianza y refuerza el aislamiento social.

Todas las consecuencias enumeradas anteriormente con las que deben lidiar los pacientes con esquizofrenia los llevan a tener dificultades para acceder a una vivienda, a una adecuada atención en salud y por sobre todas las cosas a una vida digna, un derecho humano fundamental.

Según Roca y Crespí (2013) el estigma y autoestigma muchas veces "(...) incrementa el riesgo de recaídas y, según algunos expertos, riesgo de suicidio" (p.22).

El suicidio es la consecuencia más grave y la causa principal de muerte prematura en la esquizofrenia. Los pacientes esquizofrénicos tienen una alta tasa de suicidio consumado, recientemente estimada del 4,9 % y clásicamente considerada entre el 10-13%. Además, entre el 20-55% de los pacientes cometen alguna tentativa suicida. (Acosta, et al., 2009, p.42)

## **2.2 ¿Cómo contribuir para minimizarlo?**

Indagadas las consecuencias que genera la estigmatización social es necesario cuestionarse respecto de las actitudes y medios que llevan a que la misma se reproduzca y se extienda.

Resulta de vital importancia reconocer y prestar atención a actitudes que se tienen internalizadas y tomadas como naturales en el día a día y que colaboran para que el estigma continúe vigente.

Para Arnaiz y Uriarte (2006) se han usado principalmente tres formas para luchar contra el estigma: la protesta, la educación y el contacto.

La lucha se da principalmente haciendo frente a diferentes anuncios públicos que pueden resultar estigmatizadores, y programas de medios de comunicación que los reproducen. "Los medios de comunicación social son claves para formar opiniones y en muchas ocasiones son la única fuente de información del ciudadano, de ahí su gran importancia" (Magallares, 2011, p.13).

De acuerdo a lo detallado por Arnaiz y Uriarte (2006) hay diferentes movimientos que han logrado cambiar o detener dichos anuncios y declaraciones públicas, estas iniciativas contribuyen a aminorar las representaciones públicas negativas de los padecimientos mentales. A través de la educación se puede transmitir información verídica que puede contribuir también a reducir el estigma a través de diferentes recursos como los libros y herramientas de enseñanza. El contacto o cercanía con personas que padecen de enfermedad mental es un arma poderosa para contribuir a minimizar el estigma. “La investigación muestra que el contacto tanto durante la formación antes de la graduación, como en una situación experimental reducía el estigma y mejoraba las actitudes positivas” (p.58).

Roca y Crespí (2013) consideran que para reducir la discriminación y el rechazo social resulta imprescindible que exista una mejora de los abordajes psicofarmacológicos, cambiar decretos y leyes que contribuyan a disminuir la discriminación, y una mayor protección a nivel legal de los enfermos mentales. Tener en cuenta que es imprescindible educar a futuros profesionales sanitarios y cuidadores, así como también tener un involucramiento por parte de familiares y amigos a fin de detectar prácticas que resulten discriminatorias y permitan promocionar acciones sociales a fin de minimizarlas.

El estigma es un proceso complejo y debe ser abordado como tal, Lopez et al. (2008) plantean que se debe aspirar a dos objetivos: detener los procesos de estigmatización, mediante la modificación de actitudes sociales y la eliminación de componentes que lo refuercen, al mismo tiempo se debe intentar disminuir el impacto que el estigma genera sobre las personas afectadas contribuyendo para que las mismas desarrollen estrategias personales que las ayuden a sobrellevar el problema. Aunque brindar información por sí sola no asegura que haya cambios que resulten eficaces en los actos o conductas, es preciso dar información correcta, integrada en los sistemas habituales de comunicación, que puedan llegar a la población, no se trata de impedir que los medios de comunicación den información sobre acontecimientos negativos, sino que se manejen de forma correcta, sin añadir ideas falsas o exageradas y que, además se promuevan también la difusión de acontecimientos e iniciativas positivas.

Resulta necesario brindar información científica actualizada sobre los distintos padecimientos mentales y sus tratamientos, acercar información veraz respecto del real riesgo de violencia, para evitar la configuración de los estereotipos y miedo público. Promover maneras de interacción e integración en la vida cotidiana de personas con problemas de salud mental, lo cual ayudará a re categorizar y resituar convicciones y sentimientos arraigados por los estereotipos (López, et al., 2008).

Poner énfasis en la promoción de la mejora en la atención en los sistemas de salud,

(...) la prestación de una atención sanitaria y social de calidad técnica y humana, es decir efectiva a la vez que respetuosa y promotora de poder e igualdad en usuarios y usuarias. Atención que debe ser precoz y continuada, priorizando a las personas con mayores dificultades y problemas e intentando mejorar su situación y condiciones de vida en la comunidad, a la vez que prevenir la violencia en los pocos casos en que puede darse. (Lopez et al, 2008, p.71)



### **Capítulo 3: Objetivos y estrategias de la Rehabilitación Psicosocial**

“(…) lo que más necesitan los pacientes esquizofrénicos son personas dedicadas...que puedan ofrecer relaciones humanas compasivas que sirvan de refugio en un mundo confuso y amenazante(…)”

(Gabbard, 2002, p.211).

Dadas las consecuencias que acarrea la estigmatización social se vuelve muy importante que esto sea tomado en cuenta a la hora del tratamiento de la esquizofrenia, no siendo suficiente un único abordaje con psicofarmacología sino que el mismo debe contemplar diferentes áreas y permitir al paciente recuperar dentro de sus posibilidades el funcionamiento en sociedad. La rehabilitación psicosocial tiene allí un papel fundamental, ya que contempla diversos métodos para lograrlo.

Los métodos incluyen varias combinaciones de técnicas específicas que van desde la biológica (por ejemplo una adecuada terapia psicofarmacológica), a la psicoterapia para el entrenamiento de las habilidades psicosociales y vocacionales, a las terapias cognitivas, a los grupos de apoyo mutuo y autoayuda y a la psicoeducación del paciente, la familia y la comunidad. (Asociación Psiquiátrica Mundial, 2005, p.151)

La rehabilitación psicosocial data de la década de los 70 en Estados Unidos, la misma surge teniendo como principal meta brindar herramientas que hagan posible una mejor calidad de vida a pacientes que padecen enfermedades mentales crónicas, ya que las mismas los han limitado en diversas áreas de su vida, entre otras cosas dificultando el desempeño de sus actividades sociales. No tiene como objetivo la curación sino que procura mejorar las habilidades sociales y la dignidad de la persona enferma (González Cases y Rodríguez González, 2010).

Para Uriarte (2007) la misma debería ser una estrategia de salud pública la cual permita guiar la asistencia a las personas afectadas más gravemente por enfermedades mentales, tanto por la magnitud y persistencia de los síntomas, como por sus consecuencias funcionales y sociales, ya que permite amplificar los objetivos y trasciende la esfera puramente sintomática. La rehabilitación es tanto un fin como un

proceso: alcanzar buenos resultados terapéuticos, que resultan en una mejor calidad de vida para los pacientes que padecen una enfermedad mental grave y que resultan crónicas. El lograr que las personas afectadas alcancen una vida lo más feliz posible, resulta uno de los pilares principales.

En 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) realizaron una declaración de consenso en relación a la Rehabilitación Psicosocial, la misma consagra una modificación de la visión que se centraba en la enfermedad hacia un modelo centrado en el funcionamiento social. La misma aborda dos áreas generales de intervención: la primera se dirige hacia la mejora de las competencias de las personas, y la segunda se enfoca hacia introducir cambios ambientales que hagan posible esa mejora en su calidad de vida.

(...) incluyen modos de organización de los servicios dirigidos a maximizar la continuidad de cuidados, tratamientos e intervenciones globales para mejorar las capacidades individuales y reducir el estrés excesivo, para habilitar hacia la óptima participación económica y social, y para reducir el riesgo de recaídas. (OMS y WAPR, 1997, p.1)

La Rehabilitación Psicosocial aspira a minimizar el estigma y promover igualdad de oportunidades:

(...) sus promotores se comprometen en la organización, legislación, actividad profesional, garantía de calidad de cuidados (...) apoyo a las familias, participación y autoayuda, esfuerzos educativos de promoción para fortalecer los servicios (...) y mejora de los sistemas de oferta de servicios. (OMS y WAPR, 1997, p.1)

Los objetivos citados en la declaración de consenso de la OMS y WAPR (1997) son los siguientes:

Minimizar los síntomas a través de un tratamiento farmacológico apropiado, abordajes psicológicos e intervenciones sociales; reducir la iatrogenia disminuyendo lo máximo posible los efectos adversos tanto físicos como conductuales que pueden deberse a los abordajes anteriores y que pueden surgir como consecuencia de la internación prolongada. Mejorar las habilidades sociales individuales, la competencia psicológica y el funcionamiento ocupacional, lo cual logrará una mejor competencia social. Minimizar la estigmatización y la discriminación. Apoyar a las familias del

enfermo mental. Apoyo social creando y sosteniendo sistemas de soporte que se mantengan en el tiempo y que incluyan al menos la cobertura de las necesidades básicas de vivienda, empleo, relación social y ocio. Habilitar a los usuarios, mejorando la autonomía de los mismos y de sus cuidadores, la posibilidad de autonomía y protección.

(...) el objetivo prioritario de la rehabilitación, y por ende de la política asistencial frente a la enfermedad mental grave, es la inclusión social. Para ello es necesario incluir indicadores que vayan más allá de la mera evolución clínica y que sean sensibles y discriminen aspectos sociales e interpersonales de la evolución. (Uriarte, 2007, p.89)

La OMS y la WAPR (1997) plantean distintas estrategias para el cumplimiento de dichos objetivos, las cuales comprenden a la persona, al entorno y a los servicios, la rehabilitación se torna más efectiva cuando existe un involucramiento por parte de los individuos sus familiares y es aplicada en la comunidad. En cuanto a la persona que padece de la patología mental se pueden ver estrategias que abarcan un tratamiento farmacológico adecuado que permitirá la reducción de la sintomatología y efectos adversos y que sea útil para prevenir futuras recaídas. Contempla la preparación para la vida diaria, brindando herramientas para el desarrollo de las actividades que resultan esenciales como mantener un correcto aseo personal, alimentarse, llevar adelante el día a día entre otros. Se aspira a la adquisición y mantenimiento de dichas habilidades las cuales tienen lugar en espacios cotidianos y encuadres reales no hipotéticos.

Otro componente que resulta esencial es el apoyo psicológico continuado a los usuarios y a sus familias, brindarles información acerca de los derechos que los mismos poseen, junto con los grupos de apoyo para familiares resultan un recurso muy efectivo. Otro importante factor a tener en cuenta es plantear alternativas de alojamiento al hospital psiquiátrico, individual o compartido que prevea el apoyo de personal entrenado para ello. El empleo representa algo fundamental en la vida de las personas, el mismo aporta sensación de satisfacción, bienestar y brinda cierta independencia por lo cual es contemplado en la declaración de consenso, para los programas de rehabilitación, organizando actividades que permitan formar profesionalmente a las personas a fin de acercarse a un mercado laboral fuera de la institución (OMS y WAPR, 1997).

Resulta beneficioso contar con redes de apoyo social para la persona y su entorno:

(...) tiene un efecto positivo sobre la salud mental, que puede ser directo (la salud mental mejora independientemente de cualquier factor de estrés al que pueda estar sometido el individuo), o indirecto (un efecto amortiguador que se manifiesta sólo cuando el individuo está expuesto a un factor de estrés). (OMS y WAPR, 1997, p.4)

Florit Robles (2006) destaca que no hay que poner énfasis únicamente en los aspectos de recuperación o enfrentamiento de los déficit sino que también se debe enfocar en potenciar las fortalezas que los sujetos poseen. “Es más, la rehabilitación psicosocial debe apoyarse como eje prioritario en aquellas habilidades conservadas por los sujetos y potencialidades que de modo natural ofrece su medio” (p.227).

### **3.1 Fases de la Rehabilitación Psicosocial:**

Se pueden definir varias fases en el desarrollo de la Rehabilitación Psicosocial en pacientes con esquizofrenia, Según Florit Robles (2006) las mismas no son necesariamente lineales sino que dependen de cada situación, las mismas se denominan: acogida, evaluación, establecimiento del plan de intervención, intervención propiamente dicha y seguimiento, en las cuales se ahondará a continuación.

#### **Fase de acogida:**

La voluntariedad de este tipo de tratamientos, la novedad para la persona y la necesidad de reducir el impacto del estrés, hace necesario cuidar, y mucho, el proceso de acogida de la persona con esquizofrenia y a sus familias. El objetivo es facilitar la adaptación del recurso y de la persona atendida al proceso de rehabilitación individualizado. (Florit Robles, 2006, p.230)

Para Florit Robles (2006) la duración de dicha fase no está preestablecida ya que varía dependiendo de cada persona y en función de variables como la voluntad del sujeto en iniciar la rehabilitación, competencias cognitivas que le permitan comprender dicha situación y lo que implica, colaboración de su entorno, gravedad de la enfermedad, nivel de autonomía del mismo y grado de contacto social con otras

personas. Al finalizar dicha fase se pretende que tanto la persona como su entorno puedan entender que pueden esperar y que no de la rehabilitación, que ellos sean partícipes activos de su propio proceso, conociéndose sus necesidades y adaptando dicho proceso a las necesidades individuales de los mismos.

### **Fase de evaluación:**

De acuerdo a los planteos de Florit Robles (2006) cuando se logra el acuerdo con el usuario y una motivación hacia su rehabilitación, se pasa a la fase de evaluación, la misma es guiada por un profesional que aunque el proceso se da en equipo de manera interdisciplinar, el mismo siempre está como responsable y referente. En dicha fase se recaba información que proviene tanto del usuario, de las personas de su entorno y de otros profesionales en diversos contextos, indagando distintas áreas como los son: las finalidades de la derivación y lo que el usuario y su familia espera respecto del centro de rehabilitación, estos datos fueron recabados en la fase de acogida, pero estarán presentes en todo el proceso de evaluación dada su relevancia.

Se pretende obtener información biográfica y clínica con respecto a antecedentes psiquiátricos en la familia, datos en cuanto al rendimiento escolar, respecto a lo laboral y a las relaciones sociales y de pareja de la persona. Respecto de la edad de comienzo de la enfermedad, características de la misma, abordajes previamente recibidos y respuestas a los mismos, tipo de síntomas positivos y negativos, como los mismos interfieren en su funcionamiento, ideación autolesiva o suicida y el tratamiento farmacológico actual. Se indagará también respecto de la conciencia de enfermedad que el usuario posee, así como también de su pronóstico. Los factores de riesgo y protección en los que se puede apoyar para el manejo de las crisis, su manejo de las emociones, y el apoyo familiar que el mismo tiene (Florit Robles, 2006).

Perona (2003) plantea que en esta fase se valorará el funcionamiento cognitivo de la persona en diversas áreas, como maneja la ansiedad y cómo reacciona ante eventos que puedan resultar estresantes. Se valorará las competencias que posee para entender y analizar las conductas de los demás, tanto verbales como gestuales, para interpretar emociones y comunicarse. Con respecto al entorno familiar: el nivel de comunicación, el grado de resolución de conflictos, la conciencia de enfermedad, y el apoyo que el usuario tiene por parte de ellos ya que es fundamental para la obtención

de buenos resultados. Hay que indagar el nivel de autonomía que posee la persona en la vida diaria, el nivel de autocontrol y si es capaz de manejarse en diversos entornos.

### **Plan individualizado de Rehabilitación:**

Luego del pasaje por la fase de evaluación la cual permitirá visualizar los déficit en los cual trabajar e identificar las fortalezas en las cuales apoyarse, se procede a establecer el Plan individual de Rehabilitación.

Siguiendo a Perona (2003) en dicha fase se pretende identificar las necesidades de la persona y su familia, las cuales se negocian considerando los factores de riesgo que el usuario posee y se establecen metas a corto, mediano y largo plazo, a fin de lograr los objetivos planteados los cuales durante todo el tratamiento están en continua revisión. Se establecen diversos ámbitos en los cuales intervenir y asignación de determinados profesionales que harán que esto se pueda llevar a cabo.

Para Florit Robles (2006) las metas planteadas para el proceso de rehabilitación deben ser alcanzables, a las que se pueda llegar esforzándose, pero nunca dejando de ser realistas, tomando en cuenta los recursos que tanto el sujeto como su entorno poseen, y no perdiendo de vista los medios con los que el centro de rehabilitación cuenta para ello. “Un buen plan de rehabilitación debe contemplar las siguientes partes: objetivos propuestos, metodología a seguir, profesionales responsables del seguimiento de cada uno de los objetivos y temporalización” (Florit Robles, 2006, p.236).

### **Fase de Intervención:**

Cuando el plan de rehabilitación individualizado ya está establecido hay que hacer que el mismo sea llevado a cabo, esta fase se organiza en diversos programas de intervención, ajustándolo a la realidad de cada usuario en particular (Perona, 2003).

Se debe intentar que las intervenciones se asemejen a contextos lo más naturales posibles.

La generalización de los resultados es algo fundamental en el proceso de rehabilitación psicosocial. De nada vale que el usuario mejore sus competencias en los programas de intervención, si cuando sale del centro no mantiene unos hábitos de higiene básicos, consume sustancias tóxicas, agrede a su familia y no participa de ninguna actividad ni se relaciona con alguna persona. (Florit Robles, 2006, p.236)

Para lograrlo Florit Robles (2006) plantea que en general se trabaja desde cuatro estrategias:

**Tutorías:** las mismas se hacen en forma conjunta entre el profesional de referencia y la persona interesada, se realiza un seguimiento y se analiza todo su proceso de rehabilitación.

**Apoyo a las familias:** se les brinda herramientas para afrontar los problemas relacionales que pueden surgir con su familiar enfermo, se apunta a generar un cambio en la emoción expresada familiar, se les invita a ser parte de programas de familia, se les brinda soporte emocional necesario, visitas domiciliarias, entre muchas otras herramientas sobre la enfermedad y su tratamiento.

**Programas de rehabilitación:** se intenta seleccionar en forma conjunta usuario y profesional de referencia en coordinación con el grupo interdisciplinar y la familia, aquellos programas de rehabilitación que ayuden al cumplimiento de los objetivos eficientemente.

**Programas abiertos:** tienen como meta brindar un espacio donde interactuar con otros usuarios lo cual funciona como una red social y de apoyo, facilita la adhesión al centro, entre muchas otras.

Florit Robles (2006) considera que trabajar en la rehabilitación cognitiva resulta muy importante, las áreas donde se trabaja son principalmente atención sostenida y selectiva, funcionamiento ejecutivo, abstracción y categorización. Entrenar al paciente en mejorar las habilidades sociales debe ser otro de los fines de la rehabilitación ya que la esquizofrenia dada su sintomatología produce un deterioro de las funciones sociales y la persona tiende al aislamiento, los mismos tienen problemas para interpretar las emociones y señales no verbales en el otro, lo que produce un déficit de la percepción social.

Para Fresán et al. (2001) psicoeducar a la persona que padece esquizofrenia y también a su entorno familiar resulta útil ya que los entrena para hacer frente y solucionar situaciones que puedan surgir producto de la enfermedad mental. Ayuda al

usuario a conocerse y a evitar posibles recaídas y contribuye a mejorar la calidad de vida del mismo. “Se ha reportado que el Índice de recaídas es mayor en los pacientes que solo reciben tratamiento farmacológico en comparación con aquellos que recibieron tratamiento psicosocial y psicoeducación en conjunto con el tratamiento farmacológico “(p.36).

La Formación laboral es otra de las áreas donde la rehabilitación está presente, algunas personas con esquizofrenia logran utilizar recursos existentes en la comunidad, en otros casos existen programas vocacionales que ayudan a mejorar las competencias y un mejor desempeño laboral (Florit Robles, 2006).

### **Fase de Seguimiento:**

La última fase del proceso es la de evaluación de resultados y seguimiento.

Perona (2003) piensa que: “(...) no basta con conseguir una modificación, sino que ésta debe de mantenerse en el tiempo, por lo tanto es necesario la realización de evaluaciones periódicas empleando las mismas técnicas que se utilizaron en los primeros contactos con el paciente “(p.43).

Por otra parte, Florit Robles (2006) considera que en esta fase se deber lograr un desprendimiento de la persona con el centro y los profesionales, realizando la misma de forma progresiva para que el usuario no se sienta sin soporte.

(...) en algunos casos esto es complicado, por lo que para esas personas el programa de intervención debe contemplar una atención y apoyo sostenido en el tiempo. Para cumplir este objetivo, pueden resultar necesarios determinados recursos de apoyo sostenido, bien desde centros específicos (por ejemplo, centros de día) o desde los programas abiertos (...). (Florit Robles, 2006, p.241)

Por ello dependiendo de las necesidades del usuario existen diferentes tipos de residencias que van desde modalidades más protegidas a otras que implican mayor autonomía. Las primeras son llamadas casas de medio camino, residencias asistidas y apartamentos asistidos. Las mismas implican un lugar protegido los cuales están dirigidos a personas que necesitan de un cuidado especial por carencias significativas en su desempeño social y en el diario vivir, pero que pueden convivir con otras personas. Las segundas incluyen apartamentos autónomos, residencia individual, pensiones, convivencia familiar y familias sustitutas (Del Castillo, Villar y Dogmanas, 2011).



“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” (Del Castillo et al, 2011, p.88).

Después de realizar el recorrido por las distintas fases y áreas que aborda la rehabilitación psicosocial, se puede destacar la importancia de la misma ya que incluye un abordaje completo para el usuario y su familia, entrena en habilidades sociales y cognitivas que resultan vitales para vivir en sociedad, brinda apoyo y apunta a lograr una autonomía desde diferentes propuestas, adaptadas de forma individual a cada persona, teniendo siempre como objetivo lograr una vida lo más plena y funcional posible.

### **3.2 Hacia un cambio de paradigma en Uruguay**

Dada las consecuencias que traen los procesos de estigmatización que fueron abordados en el capítulo anterior y la importancia que la Rehabilitación Psicosocial tiene para la reinserción a la comunidad de las personas que viven con esquizofrenia u otros padecimiento mentales severos se torna muy importante que esto sea tomado en cuenta por parte de las políticas estatales y se avance en materia de derechos y programas que fomenten una vida más digna.

Desde hace ya varios años en diversos países del mundo se empezó a tomar en consideración dichas cuestiones, para Galende (citado por De León, 2013) es absolutamente necesario que se reformen las políticas existentes y se mejore el abordaje de la salud mental. "Resulta indispensable generar transformaciones en estos planos para producir una atención en salud mental desde una perspectiva de derechos" (p.89).

En el caso de Uruguay, el Programa Nacional de Salud mental hizo un intento de acercamiento a las problemáticas que el país tenía en materia de salud mental desde hace ya varias décadas las cuales eran la exclusión de las personas con enfermedades mentales graves y el pobre abordaje tanto psicológico como social, entre muchos otros (Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, citado por De León, 2013).

Después de varios años, en 2017 se logra la aprobación de la ley de salud mental la cual tiene como objetivo:

(...) garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. (Ley n.º 19529, 2017, art. 1; Uruguay, 2017)

Dicha ley contempla aspectos como la no discriminación, el acceso de las personas con trastornos mentales graves a la educación, la reinserción laboral de acuerdo a las posibilidades de cada persona, promover el acceso a la vivienda e integración a la comunidad apuntando a la autonomía, y resaltando la importancia de la participación de la persona y su familia en su tratamiento (Ley n.º 19529, 2017).

En la ley N° 19529, también se contempla para el año 2025 la desinstitutionalización de las personas que tienen enfermedades mentales, produciéndose un cierre de manera progresiva de las colonias psiquiátricas, pero poniendo en el foco alternativas a ellas como "(...) los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial" (Ley n.º 19529, 2017, art.37; Uruguay, 2017).

Se apunta a un cambio de visión centrada en los derechos humanos, y en la inclusión social, poniendo énfasis en la mejora en la calidad de vida de la persona que tiene un trastorno mental severo y en su entorno.

Por otra parte también se puede destacar que la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), es impulsora de un paradigma centrado en la recuperación en sus servicios de salud mental, William Anthony (citado por Davidson y Gonzalez-Ibañez, 2017) entiende por recuperación:

(...) un proceso profundamente personal y único de cambiar nuestras actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y activa, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la vida a medida que se crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental. (p.193)

Para Rosillo, Hernández y Smith (2013) es importante visualizar la definición de recuperación más como un fin que como un modelo, centrarse más allá de la patología o de superar los síntomas de la misma. Hay que abordar la recuperación como un objetivo final y deseable, implica sin duda un reto para quienes trabajan en ello. Se trata de evolucionar en el entendimiento mismo de la naturaleza de las enfermedades mentales: "(...) la discusión abierta y crítica de todo lo que implica la recuperación debe ser un punto de apoyo para el crecimiento y el enriquecimiento de la ayuda a prestar a las personas que padecen un problema de salud mental (...)" (Rosillo et al., 2013, p.12).

Si bien la ley de salud mental citada anteriormente contempla muchos puntos que son necesarios para la mejora en cuanto a derechos y a las necesidades de aquellos que padecen trastornos mentales graves, dichos aspectos aún se encuentran en vías de implementación.

La desinstitucionalización de dichas personas hace indispensable que se implementen nuevos dispositivos que permitan sostener y contemplar diversos aspectos que resultan fundamentales como lo son por ejemplo la alimentación y la vivienda, ya que muchas de esas personas no cuentan con tales recursos y al dejarlos sin un lugar donde vivir, la única alternativa en varios de estos casos es devenir en indigencia, abandono de tratamiento, agravamiento de síntomas, entre muchas otras consecuencias negativas, se torna imprescindible contemplar un abordaje integral de dichas personas y de su núcleo familiar, que hagan posible una rehabilitación y reinserción.

La desaparición del "modelo asilar" debería acompañarse de la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener y prestar los servicios necesarios y adecuados para nuestra población. Debería enfocarse en el uso de la internación en forma breve; en la psicoterapia, haciendo énfasis en la integralidad de la asistencia; privilegiar el desarrollo de estrategias en rehabilitación psicosocial y la implementación de un enfoque comunitario; en la educación no sólo del usuario sino también de la familia, de los trabajadores de la salud y de la comunidad en general. (Techera, et al, 2013, p.20)

## Reflexiones Finales

A lo largo de este trabajo quedaron evidenciadas las consecuencias que produce el estigma social en aquellas personas que tienen un diagnóstico de esquizofrenia. El padecimiento de discriminación, problemas para conseguir un empleo, muchas veces suelen ser señaladas como peligrosas, lo que genera que sean excluidas socialmente, esto sumado a la sintomatología abordada en el inicio de este trabajo la cual de por sí produce dificultades para el funcionamiento en sociedad, deviene en un mayor aislamiento, abandono de tratamiento y recaídas.

El estigma incluso se traslada a todo el entorno de la persona, dificultando aún más su situación, produciendo una obstaculización para que la integración a la comunidad se lleve a cabo, por lo cual esto se torna de absoluta necesidad que sea tomado en cuenta a la hora del tratamiento de la misma.

Resulta preocupante que esto no se dé solamente a nivel de la sociedad en general sino que incluso los profesionales de la salud reproduzcan dichos comportamientos, es necesario cuestionarse dichas actitudes y lógicas para evitar reproducirlas, se torna necesaria/o rever la información que se da por cierta y que coopera para que dichas lógicas sigan vigentes.

Es de vital importancia poner énfasis en educar a la comunidad en su totalidad, para que estas personas no tengan que soportar abusos y violación de sus derechos, y para que esto no interfiera con su mejoría.

Esto se ha ido visibilizando a lo largo de los años en diversos países, se ha puesto el foco en la recuperación de las personas, en promover un futuro de vida esperanzador más allá de las limitaciones que la enfermedad pueda llegar a ocasionar.

La rehabilitación psicosocial resulta de mucha importancia para el abordaje de la Esquizofrenia ya que la misma funciona como un nexo con la comunidad, ayuda a mejorar las habilidades sociales, contempla a cada persona como única e irrepetible (ya que un mismo diagnóstico no tiene por qué implicar las mismas necesidades) trabaja desde las fortalezas, busca minimizar las debilidades, apunta a una mayor autonomía, contemplando lo que el sujeto y su familia necesitan.

Como se mencionó en esta monografía en Uruguay se viene avanzando lentamente en materia de salud mental, el Sistema Nacional Integrado de Salud ha significado un avance, la aprobación de la ley de salud mental contempla muchos aspectos que resultan imprescindibles para fomentar una vida digna, la no apertura de nuevos hospitales psiquiátricos y el cierre progresivo de los ya existentes permiten visualizar un cambio de paradigma que se encontraba centrado en la enfermedad para pasar a uno centrado en la recuperación, donde la persona no está definida a priori por su diagnóstico.

Dado que la desinstitucionalización se plantea para el año 2025, aún se cuenta con poca información al respecto de las formas en que la misma se llevará a cabo, resulta necesario considerar los recursos tanto humanos como económicos con los que el sistema de salud cuenta, entre muchos otros aspectos, si bien el cambio de perspectiva respecto de la lógica manicomial es de suma importancia hay que tomar en cuenta cómo implementarlos y como sostenerlos a lo largo del tiempo.

Se torna necesario que se trabaje en dispositivos que hagan posible la mejora en la calidad de vida de dichas personas, y nuevos sistemas que sostengan las múltiples necesidades de dichos usuarios, por parte del Estado se vuelve imprescindible la creación de políticas y recursos que promuevan el empleo, la inclusión, alimentación, vivienda, asistencia social y psicológica, que permitan que la dignificación de las personas con trastornos mentales graves no se quede en una simple utopía y que llegue a ser una realidad, contemplando que se trata de personas que merecen una vida digna, y respeto por sus derechos necesitando que dichos aspectos sean tomados con la seriedad, e importancia que merecen.

## Referencias Bibliográficas:

Acosta, F., Aguilar, E., Cejas, M., Gracia, R., Caballero, A., y Siris, S. (2009). Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. *Actas Españolas Psiquiatría* 37(1), 42-48.  
Recuperado de:  
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/10/55/ESP/12816+11-1209.pdf>

Ainara, A. y Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 49-59. Recuperado de:  
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110289A>

American Psychiatric Association. (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Aretio, A. (2009). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. En: *Cuadernos de Trabajos Social*, 23, 289-300.

Arévalo, C., Couso, M., Deberti Martins, C., De los Santos, L., Dibarboure, M., García Angeriz, R., Gutiérrez, A., ... Yáñez, A. (2011). *Temas de Psicopatología: Semiología*. Montevideo: Psicolibros Waslala.

Arnaiz, A., y Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 49-59.

Asociación Psiquiátrica Mundial. (2005). Declaración de Consenso Sobre Rehabilitación de las Personas Afectadas de Trastornos Mentales. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 38(4), 147-153

Bleuler, E. (1993). *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen.

Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Sociales Online*, 2(1), 45 - 66.

Comunicación Progreso y Salud. (2012, febrero, 14). Estigma y Salud Mental [Archivo de video]. Recuperado de:  
<https://www.youtube.com/watch?v=rwxpzmic2MU>

Davidson, L., y González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205. Recuperado de:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352017000100011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100011&lng=es&tlng=es).

Del Castillo, R., Villar, M., y Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83 - 96. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102>

De León, N. (2013). Procesos de Reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario. En N. de León (Coord.), *Salud mental en debate: Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (pp. 87-93). Montevideo: Psicolibros Waslala.

Ey, H. (1980). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Toray-Masson.

Fernández, A. (2015). Cambio en la noción de la locura. El hospital de los Inocentes de Valencia. *Cultura de los Cuidados*, (41), 106-113. Recuperado de:  
[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46618/1/Cultura-Cuidados\\_41\\_13.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46618/1/Cultura-Cuidados_41_13.pdf)

Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 223-244.

Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. D.F, México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Ed. Buenos Aires: Siglo XXI. Recuperado: <https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>

Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R., Loyzaga, C., García-Anaya, M., y Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud Mental*, 24(4), 36-40. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam014d.pdf>

Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

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. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=es&tlng=es)

Lonaiz, I., Echeburúa, E., e Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología Conductual*, 19(2), 421-438. Recuperado de <http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Loinaz-2011.TRASTORNOS-MENTALES.pdf>

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83.

Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7-17.



Magliano, L., Read, J., Patalano, M., Sagliocchi, A., Oliviero, N., D'Ambrosio, A., ... Cerrato, F. (2012). Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. *Psychology, Society, & Education* 2, 4(2), 169-181. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4239374>

Minkowski, E. (2000). *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. México: FCE.

Novella, E., y Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. En: *Clínica y Salud*, 21(3), 205- 219.

Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. (1997). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso. Recuperado de: [http://www.wapr.info/World\\_Association\\_for\\_Psychosocial\\_Rehabilitation\\_WAPR/Documents\\_files/WHO\\_WAPR\\_Declaracion\\_de\\_consenso\\_esp.pdf](http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud (2019). *Nota descriptiva sobre esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Perona, S. (2003). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la Esquizofrenia. *Información psicológica*, 83, 37-46. <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/about/editorialPolicies#focusAndScope>

Real Academia Española. (2019). Estigma. Edición Tricentenario. *Rae.es*. Recuperado de: <https://dle.rae.es/estigma>

Roca, M. y Crespi, G. (2013). El estigma social. En J. Bobes y J. Sainz (Eds.). *Impacto social de la esquizofrenia* (p.17-40). Barcelona: Glosa, 2013.

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

Techera, A., De León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., ... Sanchez, C. (2013). Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. En De León, N (Ed). *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental* (p.13-25).

Uriarte, J.(2007). Psiquiatría y rehabilitación: la rehabilitación psicosocial en el contexto de la Enfermedad Mental Grave. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7(2), 87-104.

Uribe, M., Mora, O., y Cortés, A. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48(3), p. 207-220.

Uruguay. Presidencia (2017). Ley N° 19529 (2017): Salud Mental Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>