



## **“Esquizofrenia y Rehabilitación Psicosocial”**

Estudiante: Fernando Borges 4.124.453-8

Facultad de Psicología – Universidad de la República

Instituto de Psicología Clínica

Docente Tutora: Mag. Laura De los Santos

Docente Revisor: Jorge Bafico

Montevideo - Uruguay

30 de Octubre de 2020

**Índice:**

<b>1-Introducción</b> .....	pág.3
<b>2- Esquizofrenia</b> .....	pág.4
2a-Conceptos desde el Psicoanálisis.....	pág.5
2b-Conceptos desde la Psiquiatría.....	pág.9
2c- Breve historia sobre tratamientos y avances en el mundo.....	pág.16
2d- Avances a nivel Nacional y Regional.....	pág.18
2e- Plan Nacional de Salud Mental en la actualidad.....	pág.22
<b>3-Rehabilitación psicosocial</b>	
3a- Definición.....	pág.24
3a- Fases de la Rehabilitación.....	pág.27
3b- Objetivos y Metodología de la Rehabilitación.....	pág.30
<b>4-Reflexiones finales</b> .....	pág.35
<b>5-Bibliografía</b> .....	pág.38

## **Resumen:**

En la historia de la humanidad, las enfermedades mentales han estado siempre presentes como parte de un rasgo distintivo de las diferentes poblaciones, siendo múltiples las interpretaciones y tratamientos aplicados en cada época.

De ello se desprende la existencia de un recorrido histórico y teórico en lo que a tratamientos de enfermedades mentales refiere, motivo por el cual, el presente trabajo pretende focalizar y desarrollar la relación existente entre la esquizofrenia y la rehabilitación psicosocial como tratamiento.

Palabras Clave: Tratamiento, Rehabilitación Psicosocial, Esquizofrenia.

## **1-Introducción:**

La esquizofrenia, que en el griego implica hendir o escindir y espíritu, fue un término creado por Bleuler en 1911 para designar a un grupo de psicosis, las cuales compartían ciertas características que implicaban un deterioro en diferentes aspectos en la vida de quienes la padecían.

En la actualidad, las intervenciones en casos de enfermedad mental grave, y específicamente en los casos de esquizofrenia y sus diferentes tipos ha ido cambiando su enfoque con el transcurso de los años, por lo cual al día de hoy prima la idea de aplicar abordajes que impliquen un marco integral, ya que un mismo diagnóstico no aplica a diferentes personas y sus necesidades específicas.

Partiendo de dicha afirmación, cabe recordar que existen múltiples factores que confluyen en la gravedad de una enfermedad mental, siendo en este caso una de las más graves por lo que “el tratamiento de la esquizofrenia debe contemplar diferentes componentes como el psicofarmacológico, intervención psicosocial y rehabilitación social de una manera integrada (Kanter, 1989, como se citó en Robles, 2006).

En este sentido, tomando en cuenta lo mencionado, he considerado la elección del tema que hace al presente trabajo como relevante para el área de atención en salud mental,

ya que el interés de mi parte por el mismo surge a partir de una instancia vivida y adquirida en una pasantía realizada durante el año 2019 en el centro de rehabilitación psicosocial Sur Palermo, donde tuve la posibilidad de acompañar a diferentes técnicos y grupos en sus actividades diarias.

Desde ese punto es que se materializa en mí el interés por esta enfermedad, así como por las posibilidades que se generan a partir de la implementación de este abordaje en dichas personas, ya que gracias a la experiencia obtenida durante las diferentes instancias pude comprobar una mejoría notoria en los usuarios del centro asistencial al ejercer un rol de observador participante.

Finalmente, el presente trabajo pretende fundamentar su pertinencia en su capacidad de oficiar como introducción a la temática para quienes deseen desempeñarse como técnicos en dicha área, por lo cual se buscará explicar diferentes aspectos que hacen a la enfermedad, así como realizar un recorrido que posibilite un contraste entre los diferentes tratamientos que se han aplicado durante el tiempo, evidenciando así la elección de esta estrategia como adecuada para tratar a dichos casos.

## **2-Esquizofrenia:**

La esquizofrenia es una enfermedad que es habitualmente entendida dentro de un grupo más amplio denominado psicosis, grupo de enfermedades mentales que suelen generar una alteración global de la personalidad y un trastorno grave del sentido de realidad en quienes las padecen, perjudicando así su funcionamiento habitual.

Particularmente, se la ubica dentro del grupo de las llamadas psicosis delirantes crónicas, donde se encuentra junto a la paranoia, la parafrenia y las psicosis alucinatorias crónicas, siendo la característica en común de todas la presencia de ideas delirantes que constituyen lo esencial del cuadro clínico.

Además, debido al deterioro que genera así como por los síntomas persistentes que implica, se la trata de un trastorno mental grave (TMG), ya que produce graves dificultades en el funcionamiento personal y social, al reducir la calidad de vida de la persona afectada, porque “altera profundamente la personalidad, caracterizándose por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, en un caos imaginario” (Ey, 1978, p.473).

Además, dicha enfermedad fue catalogada en 2015 por la OMS como un trastorno mental grave (TMG) ya que según sus cifras la padecen 21 millones de personas en el mundo aproximadamente, soliendo afectar más frecuentemente a hombres que a mujeres (OMS, 2015, p.1).

## **2a-Conceptos Desde el Psicoanálisis:**

Freud en 1894 en su texto “Sobre la neuropsicosis de defensa” ya presentaba un caso en el que la defensa resultaba más radical de lo habitual al decir “el Yo rechaza la representación intolerable conjuntamente con su afecto y se conduce como si la representación jamás hubiese llegado a él” (p.59), situación en la que el yo apela al mecanismo de la psicosis alucinatoria (*Verwerfung*) como forma de desestimar la representación insoportable junto con su afecto, siendo la alucinación lo que retorna.

El yo se arranca de la representación insoportable, pero esta se entrama de manera inseparable con un fragmento de la realidad objetiva, y en cuanto el yo lleva a cabo esa operación, se deshace también, total o parcialmente, de la realidad objetiva. Esta última es a mi juicio la condición bajo la cual se imparte a las representaciones propias una vividez alucinatoria, y de esta suerte, tras una defensa exitosamente lograda, la persona cae en confusión alucinatoria. (Freud, 1894, p. 60)

Posteriormente, Freud en el manuscrito H de 1895, descubre la proyección en la paranoia al decir que “se trata del abuso de un mecanismo psíquico utilizado con alta

frecuencia dentro de lo normal: el traslado o proyección.” (p. 249) y en el manuscrito K agrega que “el elemento que comanda la paranoia es el mecanismo proyectivo” (Freud, 1896, p. 297).

En cuanto a la transferencia entre paciente y terapeuta de estos individuos, Freud (1914) sostuvo que tienen baja capacidad de transferir, ya que “el proceso que hace desasirse a la libido de los objetos y le bloquea el camino de regreso se aproxima al de la represión” (p.383), represión en forma de libido narcisista que no podría recatectizar al objeto externo por lo cual dificultaría la aplicación de la técnica psicoanalítica.

En sus conferencias sobre “Neurosis y psicosis” y “La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis” amplía más al respecto, ya que realiza una descripción de los rasgos por oposición describiendo un funcionamiento del inconsciente psicótico donde “el yo al servicio del ello se retira de un fragmento de la realidad”(Freud, 1924, p.193), lo que según sus conceptos implicaría dos pasos, uno inicial donde se desprende de la realidad y otro posterior en el que intenta indemnizar los perjuicios y restablecer el vínculo con el mundo exterior creando una nueva realidad que ha de generar los mismos motivos de escándalo que la reprimida.

Freud (1924), entonces afirma que la psicosis difiere más de la neurosis en ese primer paso que en el segundo, ya que ante la realidad intolerable, la neurosis luego de una obediencia inicial genera un modo de huida, mientras que la psicosis constituye una huida desde el principio para luego desmentir la realidad original sustituyéndola por una reconstrucción.

Será por ello que entiende la psicosis como un conflicto entre el yo y el mundo exterior al afirmar que surge de la frustración por un deseo de la infancia no cumplido, ya que lo patológico se hace presente en función del camino que tome el yo ante tal tensión, es decir, seguir ligado al mundo exterior y no dejarse dominar por el ello o dejarse dominar por él y desprenderse de la realidad exterior (Freud, 1924).

Por ello, en estos casos, la vincula con una apatía afectiva debido a la falta de conexión con el exterior, mientras que sobre los delirios propios de la enfermedad afirma que “se presentan como un parche colocado en el lugar donde originalmente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior” (Freud, 1924, p.157), primer paso patológico o trauma que deriva en enfermedad por el fragmento de realidad rechazado, el que se impondrá continuamente a la vida anímica por no crear un sustituto acorde.

Por otra parte, según la teoría de los objetos parciales y de identificación proyectiva que desarrolló M. Klein (1946), en los primeros cuatro a seis meses de vida de un niño predomina una posición esquizoparanoide en la que predomina la ansiedad persecutoria, dándose una relación de objeto de tipo parcial, con una fantasía inconsciente sádica y destructiva hacia el pecho y un mecanismo de defensa que es la disociación donde se encuentra la escisión, introyección o identificación proyectiva.

En un principio, según esta teoría, la disociación formaba parte de la posición depresiva pero posteriormente pasó a ser considerada el mecanismo básico de la posición esquizoparanoide, donde el objeto externo e interno genera fantasías de un objeto bueno gratificante y un objeto malo frustrante, es decir, un objeto idealizado y un objeto persecutorio.

He descrito este periodo temprano primero como fase persecutoria y luego como posición paranoide y sostuve que precede a la posición depresiva. Si los temores persecutorios son muy intensos, y si por esta razón (entre otras) el niño no puede superar la posición paranoide, le es también imposible superar la posición depresiva. Este fracaso puede conducir a un reforzamiento regresivo de los temores persecutorios y fortificar los puntos de fijación de graves psicosis. (Klein, 1946, p.2)

Según Klein (1946) en la posición esquizo-paranoide se hallarían entonces los puntos de fijación de la esquizofrenia y de la paranoia, por lo cual estaríamos frente a un

modo de existir del esquizofrénico en el cual se ve inmerso en un mundo cosificado, donde el interés que normalmente despiertan las personas y situaciones humanas se sustituye por un interés en lo inanimado, reconfigurándose estos como objetos parcialmente humanos cosificados, invirtiendo el orden natural por el cual están destinados a vivir en un mundo humano por otro en el que se rebelan y alienan de él mismo.

En la actualidad, dentro del Psicoanálisis predomina la idea de que la esquizofrenia es una forma de psicosis, ya que se interpreta como una “perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos tentativas secundarias de restauración del lazo objetal” (Laplanche & Pontalis, 1981, p.321).

Según Laplanche & Pontalis (1981), en quienes padecen este tipo de enfermedad mental, el trastorno primario del pensamiento implica una relajación en las asociaciones, las cuales pierden su cohesión, ya que la enfermedad afecta de forma irregular provocando un pensamiento insólito y a menudo falso que suele resultar ilógico, solándose además dar otros trastornos del pensamiento secundarios que afectan la forma en que se reagrupan las ideas, donde se ven formados y reforzados complejos de ideas cuyo nexo lo constituye un afecto común más que una relación lógica, ya que al no usar las vías asociativas que normalmente conducían de un complejo de ideas a otras ideas se generan asociaciones inadecuadas, por lo cual el complejo ideativo cargado de afecto se va separando cada vez más, generándose una independencia cada vez mayor del mismo.

Este carácter crónico de la enfermedad evoluciona con ritmos diferentes hacia un deterioro intelectual y afectivo, pudiendo presentarse en formas muy distintas donde destaca la “presencia de incoherencia de pensamiento, acción y afectividad, dándose la separación de la realidad con un replegamiento sobre sí mismo, un predominio de una vida interior determinada por producciones de fantasía (autismo) y actividad delirante mal sistematizada más o menos acentuada” (Laplanche & Pontalis, 1981, p.128).



## 2b-Conceptos desde la Psiquiatría:

Bleuler (1926) denomina esquizofrenia a un grupo de enfermedades previamente denominadas por Kraepelin como “demencia precoz” uniendo así al grupo de enfermedades que comprendían la demencia precoz con las formas leves de paranoia, afirmando que la intensidad y la gravedad de dicha enfermedad resultan variables, existiendo grados intermedios que “unen de forma continua las formas más graves con las más benignas” (p.667) y en la cual se producen modificaciones en el individuo, ya que “tales modificaciones tienen un carácter crónico en los casos de evolución crónica, y un carácter agudo durante el curso de los brotes agudos de la enfermedad”. (Bleuler, 1926, p.664)

En cuanto a sus inicios menciona que la observación puede sacar a la luz la presencia de una idea delirante o de alucinaciones en individuos que suelen comportarse normalmente en su vida cotidiana y que normalmente son considerados sanos por quienes los rodean, lo que se designaría como esquizofrenia latente. (Bleuler, 1926, p.671)

Además, dicho autor, señala que es posible dividir los síntomas de acuerdo a características y permanencia, ya que se observan algunos siempre presentes como los que llamó “cardinales” e implican trastornos de asociación (Lokerung), afectividad, autismo y/o ambivalencia y por otra parte los síntomas llamados “accesorios”, que pueden estar o no presentes en esta u otra patología mental y difícilmente estarán reunidos en un mismo individuo, siendo manifestaciones agregadas como las ideas delirantes, alucinaciones y catatonia (Bleuler, 1926, p.666)

Sobre la evolución de la enfermedad afirmaba que resulta difícil su pronóstico, ya que “en general la forma que la enfermedad tome al principio no permite prever con certeza qué formas podrá presentar en el curso de las fases sucesivas de su evolución” (Bleuler, 1926, p.667), ya que en ellas puede el enfermo permanecer en una fase estacionaria o mejorar, existiendo además antes y después de cada brote agudo un periodo de evolución

crónica, así como en los casos de evolución más lenta siempre la posibilidad de un brote agudo.

Además, Bleuler (1993) plantea como fundamental en estos casos la disociación y formación delirante de la personalidad como medio para vivir inmersos en un delirio crónico permanente y su falta de capacidad para salir de este, ya que “parece que la actividad asociativa hiciera un alto brusco y completo cuando se la reanuda nuevamente, surgen ideas que tienen escasa o ninguna relación con las que antes se habían presentado” (p.41), lo que según el mismo autor implicaría una alteración en las asociaciones.

Dicho autor indica que a pesar de la falta de un consenso definitivo sobre la psicosis esquizofrénica, se logró un relativo acuerdo, por lo cual estaríamos ante un replegamiento del individuo sobre sí mismo debido a “un conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideológica verbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas, y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y de la extrañeza de los sentimientos –trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad” (Ey, 1978, p.474).

A este respecto, un rasgo característico es que la sintomatología negativa acompañará al individuo durante todo el proceso de su enfermedad, siendo inespecífica y de difícil evaluación por desarrollarse como un continuo de la normalidad, pudiendo presentarse además debido a factores externos a la propia enfermedad como son los efectos secundarios de una medicación suministrada, y su permanencia parte del cuadro, ya que como “la duración de los síntomas negativos es también significativa para el pronóstico” (Gabbard, 2006, p.185).

Además, según Gabbard (2006), en el caso de un abordaje terapéutico psicodinámico de esta enfermedad, es posible agregar un tercer grupo de síntomas que implican desórdenes en relaciones personales a causa de retraimiento, falta de empatía, respuestas inapropiadas de tenor agresivo o sexual y gran dificultad para entablar

relaciones significativas con otras personas, motivo por el cual según el mismo autor el 90% de quienes la padecen pueden verse beneficiados de “abordajes terapéuticos dinámicamente informados, farmacoterapia dinámica, terapia individual, terapia grupal, abordajes familiares y entrenamiento de habilidades, como los ingredientes cruciales para el manejo exitoso de su esquizofrenia” (Gabbard, 2006, p.184).

### ***Conceptos Desde Una Perspectiva Descriptiva:***

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV, 1995) señala que las alteraciones del pensamiento constituyen rasgos típicos de esta enfermedad, ya que el sujeto lo verá determinado a partir de la conformación de un mundo autístico con reglas propias, una desorganización del pensamiento que determina un déficit en las asociaciones, característica simple y esencial de la enfermedad.

Se hacen presentes ideas o convicciones delirantes, es decir, creencias erróneas incorregibles desde el razonamiento por una interpretación deficiente de lo percibido, en las cuales se suele encontrar predominancia de persecución, autorreferencia, religión y grandiosidad, predominando la presencia de ideas delirantes paranoides por ser “pobremente sistematizadas y siempre en torno a la creencia por parte del individuo de ser engañado, perseguido y/o espiado” (DSM-IV, 1995, p.131).

Sobre los síntomas, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1995) describe a la esquizofrenia como una forma de alteración presente durante por lo menos 6 meses que implique al menos 1 mes de síntomas de fase afectiva, destacándose algunos como las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos, debiendo presentarse como mínimo dos de estos para tal consideración (p. 283-284).

Además, es posible realizar una separación de síntomas por grupos, pudiéndose diferenciar entre síntomas positivos y negativos según el efecto que generen, siendo los primeros aquellos que constituyen un exceso de las funciones normales del sujeto y le

suman aspectos patológicos, como alteraciones en el contenido del pensamiento (ideas delirantes), trastornos de la percepción (alucinaciones), trastorno en el lenguaje y comunicación (lenguaje desorganizado) y manifestaciones conductuales (comportamiento desorganizado o catatónico) (DSM-IV, 1995, p.290).

Según el DSM-IV (1995), en el caso de los síntomas negativos nos encontramos ante una parte sustancial de la morbilidad asociada al cuadro patológico, siendo habituales el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia, donde se suelen ver respuestas emocionales reducidas que implican inmovilidad, reducción o empobrecimiento tanto en expresión facial como en contacto visual y lenguaje corporal, pudiéndose dar además rasgos como apatía y anhedonia (pp.282), ya que muchos esquizofrénicos parecen por momentos indiferentes o apáticos.

En cuanto a las formas de comienzo, el DSM-IV (1995) indica que la mayoría de estudios sobre el curso y la evolución de la esquizofrenia sugieren que es variable, con exacerbaciones y remisiones, pudiendo darse un inicio progresivo o insidioso, siendo la edad media para su inicio la tercera década de vida tanto para varones como para mujeres, existiendo normalmente una fase prodrómica que implica aislamiento social, pérdida de interés en estudios o trabajo, deterioro de higiene, comportamiento extraño o explosiones de ira. (p. 288).

En los casos de inicio a una edad más temprana, los mismos suelen darse en varones con peor adaptación premórbida, un menor nivel de estudios con mayor evidencia de anormalidades cerebrales estructurales así como signos y síntomas negativos más sobresalientes, presentándose además mayor deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y peor evolución, mientras que en los casos con un inicio más tardío se dan más a menudo en mujeres, quienes muestran menor evidencia de anormalidades cerebrales estructurales o deterioro cognoscitivo y presentan también una mejor evolución.(DSM, 1995, p.288)

Según el DSM-IV (1995), se puede establecer una clasificación sobre los diversos subtipos de esquizofrenia existentes y sus rasgos específicos, la cual, sería la siguiente:

a) Paranoide: Consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y la afectividad. Las ideas delirantes pueden ser múltiples, soliendo estar organizadas alrededor de un tema coherente y tratan habitualmente sobre persecución, grandeza o ambas, pudiendo existir otras temáticas como celos, religiosidad o somatización, mientras que las alucinaciones están normalmente relacionadas con el contenido de la temática delirante

El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos y sus características pueden ser más estables en transcurso del tiempo, con un deterioro mínimo o nulo en pruebas neuropsicológicas y tests cognoscitivos. Teniendo mejor pronóstico que otros tipos en lo que refiere a actividad laboral y a capacidad de llevar una vida independiente.

b) Catatónica: La característica habitual es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.

En el caso de la inmovilidad, la misma puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor, y en el caso de la actividad motora excesiva, aparentemente carece de propósito y sin estar influida por estímulos externos.

En este subtipo se puede dar un negativismo extremo tal que se manifiesta en el mantenimiento de una postura rígida a pesar de cualquier intento de ser movido o por resistencia ante las órdenes que se le den.

En lo que refiere al movimiento voluntario, este tiene peculiaridades como la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, pudiendo realizar muecas llamativas y existiendo posible presencia de ecolalia, que es la repetición patológica sin sentido de palabras o frases de otra persona, o la ecopraxia, que es la imitación repetitiva de los movimientos de otro individuo, así como otras características que pueden ser estereotipias, manierismos, obediencia automática y/o imitación burlona.

Es importante tener en cuenta que en estos casos, durante el estupor o agitación catatónica graves, el sujeto requiere de una supervisión cuidadosa como forma de evitar causarse daño a sí mismo u otros, existiendo a su vez riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones.

c) Desorganizada: Las características principales son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada, donde el lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas sin clara conexión con el discurso, a su vez la desorganización comportamental puede implicar una disminución en la capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana como ducharse, vestirse o preparar la comida.

En este tipo, no se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y, si hay presencia de ideas delirantes y alucinaciones, suelen ser fragmentadas y desorganizadas en torno a un tema coherente.

Las características asociadas implican la presencia de muecas, manierismos y otras rarezas de comportamiento, pudiendo apreciarse el deterioro en su rendimiento a partir de diversas pruebas neuropsicológicas y tests cognoscitivos, siendo este subtipo relacionado a una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas.

En otros sistemas clasificatorios, este tipo es denominado hebefrénico.

d) Indiferenciada: Reservada para aquellas esquizofrenias que no entran en ninguna de las tres categorías mencionadas anteriormente, e implica la presencia de síntomas que cumplen el Criterio A de esquizofrenia.

e) Residual: Debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos como ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados, existiendo manifestaciones continuas de la alteración con la presencia de síntomas negativos como afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia o dos o más

síntomas positivos atenuados como comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras).

En el caso de existir ideas delirantes o alucinaciones, no suelen ser muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte, siendo el curso de este subtipo limitado en el tiempo y pudiendo representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa, aunque en algunos casos puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

Finalmente, el diagnóstico de la esquizofrenia implica descartar otros trastornos de salud mental y reconocer una constelación de signos y síntomas que se asocian a un deterioro relevante en la capacidad de realizar actividades cotidianas, por lo cual se debe determinar que no estén relacionados al consumo de sustancias, medicamentos o afecciones.

En lo que refiere al diagnóstico propiamente dicho de enfermedad el DSM-IV (1995) se basa en la existencia de: a) síntomas característicos, en el caso de presencia de dos o más síntomas como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico/desorganizado, b) disfunción social/laboral, es decir funcionamiento en dichas áreas por debajo de lo habitual, c) duración, en caso de persistencia de signos negativos o al menos dos del criterio "a" durante al menos seis meses, d) exclusión de trastorno esquizoafectivo y de estado de ánimo, e) exclusión de consumo de sustancias y enfermedad médica y f) relación con un trastorno generalizado del desarrollo, en caso de existir trastorno autista o trastorno generalizado del desarrollo solo se diagnostica esquizofrenia si las ideas delirantes o alucinaciones persisten durante al menos un mes (p.291).

### ***2c- Breve Historia Sobre Tratamientos y Avances:***

Lamentablemente, en este tipo de casos, la historia de quienes han padecido esquizofrenia siempre estuvo marcada por el confinamiento sin tratamiento acorde, siendo uno de los primeros cambios relevantes para su época la creación de la lobotomía frontal,

operación quirúrgica surgida en 1928 por medio del doctor John Fulton y popularizada por Egas Moniz.

Ya a mediados del siglo XX, surgen las grandes guerras por lo cual se genera una reorganización de diferentes áreas del conocimiento dentro de la cual se encontró la psiquiatría, por lo cual se comenzó a pensar la enfermedad mental desde una concepción bio-psico-social.

Es en ese contexto que el neurólogo italiano Hugo Cerletti y su ayudante Lucio Bini adaptaron técnicas de electrochoque usadas con animales hasta ese momento, creando así la terapia electro convulsiva (TEC) en 1938, la cual logro disminuir aspectos positivos de la enfermedad mejor que otros tratamientos, extendiéndose por ello su implementación rápidamente.

A partir de una segunda guerra mundial finalizada, se generaron cambios a nivel mundial de gran calado como lo fue la definición de la OMS (1948) en la que se define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (pp.1) , así como en los años 50 se generaron avances en las TEC que las volvieron más seguras al incorporar anestesia y relajantes musculares, dándose además cambios en el área farmacológica al comenzar a crearse medicación acorde a cada paciente así como un pasaje del DSM II al DSM III para alcanzar un consenso. (Arévalo, 2007).

En cuanto a estos cambios y el motivo que los impulso, Amarante (2009) sostiene que al finalizar las guerras existía una carencia de asilos, mientras que Evaristo (2000) menciona que debido al mismo hecho se produjo un enorme ingreso de personas a hospitales psiquiátricos, lo que generó un cuestionamiento sobre su función terapéutica.

Teniendo en cuenta estos procesos, es que desde 1959 el modelo asilar comienza a ser cuestionado y se comienza a tener en cuenta la dimensión sociocultural de la enfermedad mental así como los derechos de quienes las padecían, lo que se vio reflejado



en el movimiento antipsiquiatría de Inglaterra con Laing y Cooper, en Italia por medio de Basaglia, en Estados Unidos con el enfoque preventivo en salud mental comunitaria de Caplan y finalmente en Francia con Henry Ey quien heredaba la psiquiatría dinámica de Pinel (Cea-Madrid et al., 2016).

Particularmente, en 1962, el psiquiatra David Cooper con su movimiento anti psiquiatría da grandes pasos al crear una pequeña unidad llamada Villa 21, hospital psiquiátrico cercano a Londres, donde se incluyeron pacientes mayoritariamente esquizofrénicos, donde se generó una mayor flexibilidad entre pacientes y personal en pos de un trato más humano, objetivo que fue posible a partir de la creación de actividades grupales como reuniones donde se planteaban inquietudes, se tomaba el té y se llamaba a los partícipes por su nombre de pila (Cooper, 1967).

Dicha experiencia si bien duró pocos años igualmente logró demostrar ser superior al modelo asilar, motivo por el cual fue un paso que alejó la lógica del hospital psiquiátrico hacia una de comunidad, y que además pudo funcionar como base para otras experiencias, ya que en 1969 la psicoanalista Maud Mannoni, fundó la denominada Escuela Experimental en París, lugar que acogió hasta el día de hoy a jóvenes psicóticos y/o autistas con un abordaje flexible de contacto con el "afuera", evitando el aislamiento y reclusión de sus pacientes.

A partir de esta última experiencia, se vieron generados avances importantes al implicar al paciente en su tratamiento y sentirse partícipes de su rehabilitación, lo que fue posible a partir de reuniones diarias donde trabajar dudas, una reducción de distancias entre personal y pacientes al no utilizar uniformes, así como sentarse en torno a una misma mesa en salón o comedor y además realizar tareas de limpieza o mantenimiento indistintamente.

En 1978 con los resultados evidentes de dichos tratamientos, el psiquiatra italiano Franco Basaglia consideró obsoleto el modelo asilar e impulsó la ley 180, decretándose así el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos en su país, la suspensión de la aplicación

de electroshocks y medidas de contención física, lo que a su vez impulsó una apertura de las instituciones, quienes acortaron la distancia entre manicomio y comunidad al estimular a sus pacientes a participar en actividades fuera de ellas, creando además atención ambulatoria, asistencia domiciliaria y hogares vigilados para quienes necesitaban atención constante bajo supervisión de profesionales.

Es así, que tomando en cuenta los cambios implementados, se apostó a que el paciente tuviera contacto continuo con el afuera generando así vínculos y pudiendo desarrollar su personalidad (Galende, 1990), evitando de esta forma la pérdida de su identidad tan vinculada al modelo asilar, movimiento que no resultó sencillo, ya que el dicho modelo, como advierte Amarante (2009), está determinado por creencias, ideologías, prácticas y leyes que en su conjunto provocan una segregación de las personas (p.64-65).

#### ***2d- Avances a Nivel Nacional y Regional:***

En nuestro país los modelos asilares están presentes desde 1880 con la fundación del primer manicomio nacional denominado Hospital Vilardebó, institución que integró por primera vez el área de atención en salud mental al servicio general de la salud, lo que contrastaba con el modelo previo ya que quienes sufrían enfermedades mentales solían vivir en la calle, cuidados por familiares o encerrados en prisión debido a conductas antisociales.

Hacia 1910, ante la realidad de dicho centro hospitalario donde los internados alcanzaban cifras próximas a las 1.500 personas, se decidió en 1912 crear la Colonia Dr. Bernardo Etchepare, establecimiento que buscó replicar el modelo asilar europeo a partir de organizar pabellones e incentivar el trabajo como medio de cura, teniendo como fin principal el alojar a los más vulnerables y con una lógica reduccionista del enfermo, ya que según Barrán (1995) “si la etiología de la enfermedad mental era física, el discurso del loco carecía de significado.”(Barrán, 1995, p.130)

En 1936 se aprueba la Ley N°9.581 que ampara a personas que padecieran algún tipo de afección psíquica y que resultó estigmatizante ya que a partir de sus primeras líneas quienes sufren de TMG son vistos como padecientes de “des-ordenes” mentales y denominados psicópata, lo que le valió la designación de “Ley del Psicópata”.

Al año siguiente, en 1937, el Dr. Más de Ayala, quien estaba a cargo de la Colonia Etchepare, afirmaba en “La terapéutica por el trabajo” sobre la inactividad del enfermo mental, que “el trabajo impide que su psiquismo se sumerja cada vez más en la enfermedad, adquiere hábitos de orden y recupera la maleabilidad perdida.”(Arduino et al, 2013, p.4)

En 1948, a nivel internacional, se produce un gran cambio con la Declaración universal de los derechos humanos por parte de la ONU, la cual afirma en su artículo 8 que “toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley” lo que claramente influenció políticas de estado en lo referente al modelo asilar y condiciones que este implicaba hasta ese momento.

Quizá, ante la influencia de esos nuevos paradigmas y con la realidad de la época en que el Hospital Vilardebó y la Colonia Etchepare alojaban cerca de 5.000 pacientes, el Dr. Luis Barindelli implemento la laborterapia de origen Alemán, impulsando la cura por medio del trabajo como tratamiento y rehabilitación, técnica que además incluyo actividades como cine, deportes y paseos de las cuales participaron artistas y profesores que implementaron técnicas más adecuadas a los internados.

A nivel regional, la salud mental recién fue incorporada en 1961 como área técnica dentro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a partir de la designación del Dr. Jorge Velasco, quien visitó instituciones psiquiátricas regionales dando cuenta de su deplorable condición, lo que motivó la realización de varios seminarios subregionales sobre salud mental, siendo el más relevante el realizado en Viña del Mar, Chile en 1969, donde se alcanzó un consenso sobre la necesidad de apartarse de los modelos clásicos

manicomiales, integrar los programas de salud mental a la salud pública y promocionar la participación de comunidades, pacientes y familiares en la planificación y prestación de servicios.

En nuestro país hacia 1986, luego del advenimiento de la democracia, el Ministerio de Salud Pública creó el “Programa Nacional de Salud Mental” (PNSM), transformación estructural que posibilitó un cambio de paradigma y que implicó un periodo de reorientación de la seguridad social, donde el estado se replegó y se redefinieron políticas sociales, cambios que según Bentura y Mitjavila (s.f.) surgen en América Latina impulsados por el consenso de Washington que promovía reformas tributarias, disciplina fiscal, liberalización comercial y financiera (p.5).

En esta misma línea, Ginés, Porciúncula y Arduino (2005) mencionan que dicho cambio del modelo asilar dentro de la salud mental fue el resultado de una gran influencia política y una búsqueda de procesos democráticos de la sociedad (p.129), mientras que Bentura y Mitjavila (s.f.) establecieron que el PNSM fue un cambio centrado en la asistencia integral y fuerte vínculo con la comunidad, lo que propició espacios de rehabilitación psicosocial junto a la sociedad (p.4).

Por ello, a partir de la PNSM, a nivel nacional se produjo un notable avance en las psicoterapias abiertas a la comunidad, donde convergen diversas orientaciones como psicoanálisis, psicodrama, terapia conductual y cognitiva, terapia familiar sistémica, vincular psicoanalítica y psicosomática que emplean técnicas individuales, grupales y familiares, lo que constituyó el primer programa de psicoterapias y enfoques psicosociales consolidado en los servicios públicos de salud. (Ginés, A., Porciúncula, H., Arduino, M., 2005, p.138)

Además, en 1990 se produce a nivel regional un hecho histórico en la salud mental con el lanzamiento de la “Iniciativa Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina”, conferencia de Caracas donde se enfatizó que la atención centrada en el hospital debía ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, continua y preventiva basada en la comunidad.

En 1997, el Consejo Directivo de la OPS reiteró el apoyo al proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica por medio de la resolución CD 40/R19, donde se instó a los estados miembros a desarrollar programas de salud mental, reorientar sus servicios de salud mental a comunitarios, implementar acciones de control sobre trastornos afectivos, epilepsias y psicosis, incrementar las acciones de promoción en salud mental y desarrollo psicosocial de la niñez, aumentar las asignaciones para programas de formación en salud mental, así como mejorar la legislación y regulaciones existentes para la protección de los Derechos Humanos.

Es por ello, que la OMS decide desarrollar un conjunto de guías sobre salud mental que titula “Informe Mundial de la Salud del 2001” en el que se menciona que los trastornos mentales representan cerca del 12% del total global de dichas enfermedades y que para este 2020 “representará aproximadamente el 15% de la discapacidad ajustada a los años de vida perdidos por enfermedad” (OMS, 2003, p.2)

En noviembre de 2005 se celebró una Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental bajo el lema “15 años después de Caracas”, la cual fue auspiciada por la OPS/OMS y el Gobierno de Brasil, evento que constituyó un hito importante y que permitió reflexionar sobre lo ocurrido en los anteriores quince años en cuanto a logros, avances y obstáculos, planteándose una mirada hacia el futuro.

Esto se vio reflejado en nuestro país en el 2007, ya que se buscó actualizar la normativa vigente a los compromisos adquiridos a partir de la Declaración universal de los derechos humanos en la ONU, por lo cual se presentó el “Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay”, teniendo como objetivo el “garantizar el derecho humano a la salud mental de todas las personas, tanto en forma individual como familiar, grupal o comunitaria, así como su calidad de sujeto de derecho, no perdiéndose ésta, en ninguna circunstancia”(p.3).

El 49 Consejo Directivo de la OPS-OMS, en su sesión de setiembre del 2009, aprobó la «Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental» donde por primera vez los ministros de salud de todos los países del continente americano analizaron y aprobaron un programa de trabajo para mejorar la atención en salud mental, tratándose la experiencia alcanzada de la región y realizándose un compromiso técnico y político.

Por este motivo y luego de diez años de su presentación, es aprobada para su implementación la Ley 19.529, que en sus artículos 40 y 46 encomiendan a las Instituciones la defensa y promoción de los derechos allí reconocidos y que mediante una coordinación con la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental además se difundan normas, derechos y dispositivos orientados a la protección de las personas con sufrimiento mental.

Recientemente, el plan de acción de la OMS sobre salud mental 2013-2020 que fue refrendado en el 2013 por la Asamblea Mundial de la Salud, pone énfasis en las medidas necesarias para proporcionar servicios adecuados a las personas que padecen trastornos mentales como la esquizofrenia, siendo una recomendación esencial en dicho plan la transferencia de la prestación de servicios desde las instituciones hacia la comunidad.

### ***2e-Plan Nacional de Salud Mental en la Actualidad:***

Por último, según publica el Ministerio de Salud Pública, el plan nacional de salud mental (PNSM) para los años 2020 a 2027 fue aprobado para su implementación el pasado 26 de Febrero del presente año, teniendo como “fin poner en práctica políticas públicas dirigidas a garantizar el derecho a la salud y su disfrute de manera integral y al más alto nivel posible a toda la población de la República Oriental del Uruguay” (MSP, 2020, p.6).

Dicho programa fue elaborado por medio de la colaboración de diferentes actores de la sociedad que conformaron un grupo de trabajo interinstitucional y multidisciplinario para cada área priorizada, participando en una etapa inicial integrantes del Área Programática de Salud Mental (APSM) y la Dirección General de la Salud (DGS) así como dos expertos

asesores de la Organización Panamericana de la Salud, y en una segunda instancia la colaboración de la academia, la sociedad civil, las sociedades científicas, asociaciones gremiales, usuarios y familiares, prestadores de salud, centros de rehabilitación psicosocial, profesionales de diferentes áreas, MIDES, INAU, Institución Nacional de Derechos Humanos, Secretaría de DDHH de Presidencia, Junta Nacional de Drogas, MVOTMA.

El mismo plantea seis áreas temáticas a desarrollar siendo las mismas promoción y prevención en salud mental, detección, asistencia y recuperación, interinstitucionalidad e intersectorialidad, capacitación y formación, cambio cultural, estigma y derechos, así como sistemas de información, evaluación e investigación.

Además, se parte de considerar que la salud mental resulta inseparable de la salud en sentido general en sus objetivos y acciones y afirmando que la misma es un bien público socialmente determinado sostenido por todos sus actores y garantizado por el Estado, siendo inseparable de la justicia y la inclusión social, por lo cual se afirma en una cultura solidaria y resulta ajeno a toda forma de discriminación o estigma.

Por ello, dicho plan busca por medio de una definición e implementación de estrategias más efectivas, promover la salud mental a partir de la prevención y reducción de la morbimortalidad y discapacidad de personas que padecen trastornos mentales, brindándoles una atención de calidad que tenga base en los derechos humanos y se centre en un modelo comunitario e intersectorial de atención.

### **3-Rehabilitación Psicosocial**

#### **3a-Definición de Rehabilitación Psicosocial:**

La historia de un sujeto solo se desarrolla a partir de una red de relaciones interpersonales, ya que “toda relación con los demás es de naturaleza esencialmente afectiva y deriva de dos dinamismos a menudo combinados, el deseo y la identificación.” (Maisonneuve, 1985, p.75)

Entonces, para lograr el máximo de posibilidades de un tratamiento en pacientes con TMG, el mismo debe estar a cargo de “un equipo interdisciplinario, que utiliza conocimientos individuales adaptados a un programa de rehabilitación, los cuales se han de instrumentar a través de un encuadre dirigido por un equipo técnico” (Martínez, 1985, p.203).

A este respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), definen a la rehabilitación psicosocial 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 para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. (WAPR / WHO, 1997, p. 2)

Por lo cual, otro concepto importante en este tipo de tratamiento personalizado es que se debe pautar las estrategias a implementar con el individuo y, de estar presente, con su familia, explicando desde el inicio cuales han de ser más adecuadas e informando que habrá modificaciones de estas durante el tratamiento, para lo cual se debió tener en cuenta la historia, contexto, vínculos y aspiraciones de la persona, ya que: “la intervención más costosa y compleja puede ser totalmente inútil si no tiene nada que ver con los símbolos y la historia de la persona” (Evaristo, 2000, p.94).

Por esto, resulta importante afirmar la necesidad de implementar políticas enfocadas en la comunidad que tengan como objetivo una mayor integración de las personas con trastornos mentales graves, ya que fuera de su fase aguda es plausible demostrar que el esquizofrénico no es agresivo, no vive inmerso en un delirio permanente y puede llegar a relacionarse con su entorno así como llevar a cabo diferentes tareas, ya que “el apoyo de la



red social y familiar parece, a largo plazo, mucho más terapéutico que una hospitalización con un programa incluso muy sofisticado” (Evaristo, 2000, p. 29).

Además, es indispensable la adhesión que este dispositivo genera al informar y otorgar estrategias de afrontamiento tanto al usuario como a su entorno, previniendo recaídas, aumentando habilidades sociales así como la propia red social, lo que resulta acorde con el Documento de consenso sobre rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave, donde se indica que “la rehabilitación psicosocial debe contemplarse como una filosofía de intervención asistencial en dicho abordaje” (IMSERSO, 2003, p.9).

En cuanto al proceso, el mismo no ha de fijarse solamente en los aspectos de recuperación o afrontamiento de vicisitudes, sino de complementarse con una estrategia que potencie las fortalezas de los individuos, así como una intervención en su entorno, ya que promulga “la existencia de virtudes en todas las personas y como el profesional debe basarse en las habilidades que se han conservado para generar una individualización del proceso y evitar la imposición de etiquetas” (Costa et ál., 1991, como se citó en Florit, 2006).

Es así que como forma de descentralizar y mejorar la atención, se ha tendido a apoyar la implementación de pequeños centros de salud mental dentro de la comunidad, ya sean del estado o emprendimientos de diferentes ONG's, los cuales implican un cambio sustancial con grandes beneficios para los pacientes.

A su vez, dicho tratamiento debe ajustarse a la realidad de cada individuo, motivo por el cual, resulta importante plantear los objetivos del mismo en forma clara y realista desde el principio, lo que se ve mencionado por Del Castillo et ál (2011) al afirmar que es “un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad (...) implica el encuentro

entre la persona que presenta un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente” (p. 85).

La enfermedad suele manifestarse diferente en cada uno, por lo que las estrategias “podrían ser terapéuticas para un determinado tipo de patología y de estructura de la personalidad e iatrogénicas para otro tipo de patología y de estructura de la personalidad” (Silvestre et ál., 2013, p.292), por lo cual, podemos considerar que la esquizofrenia no se debe entender como una patología individual, ya que tenemos que visualizarla en una trama relacional de quienes la padecen en relación con las personas de su entorno.

Por ello, los tratamientos psicosociales aplican modalidades terapéuticas variadas que implican la adquisición de habilidades, conocimiento de enfermedad, mejor manejo de los síntomas, aumento de adherencia terapéutica, prevención de recaídas y adquisición de habilidades psicosociales como medio para promover un funcionamiento acorde de la persona en las relaciones sociales de diferentes ámbitos, así como participar de actividades recreativas, un uso adecuado de los servicios de salud mental y mantener una vida más independiente en la comunidad (Asociación Psiquiátrica Mexicana, 2014, p.69).

### **3b- Fases de la Rehabilitación:**

Es posible identificar varias fases en el proceso de rehabilitación, las cuales pueden superponerse, ir de atrás hacia adelante o saltarse alguna ya que no son lineales, ayudando a clarificar el proceso de rehabilitación siendo las mismas “acogida, evaluación, establecimiento del plan de intervención, intervención propiamente dicha y seguimiento” (Florit, 2006, p.230).

#### *Fase de Acogida:*

Se aplica un plan de acogida individualizado, el cual trata de establecer unas líneas generales por medio de las cuales todo el equipo rehabilitador trabajará en un mismo sentido desde que el usuario comienza el contacto con dicho equipo, iniciándose además

una evaluación e intervención informal con la persona que se desarrollará más en la siguiente fase.

Además, en el momento en que una persona accede a un recurso de rehabilitación psicosocial suele enfrentarse a una situación novedosa que puede generar estrés, ya que sus tratamientos previos posiblemente no le hayan ofrecido las claves de cómo será este tipo de intervención, muy diferente a los ingresos psiquiátricos o los tratamientos de despacho.

El tiempo que ha de durar dicha fase es variable en función de cada proceso sin que exista un modo único de realizar la acogida debiendo ser flexible en función de nivel de la voluntad del sujeto y su creencia en la capacidad del proceso, capacidad cognitiva para entender una situación novedosa así como su situación legal, nivel de implicación de su entorno, nivel de cronicidad y gravedad de la enfermedad, grado de autonomía así como aceptación de las relaciones sociales y capacidad para mantener contacto con otras personas que padecen enfermedades mentales graves.

#### *Fase de evaluación:*

Una vez logrado el compromiso con el usuario, cierto grado de motivación hacia su proceso de rehabilitación y alcanzada la adaptación del recurso a sus necesidades, se inicia la fase de evaluación, la cual es guiada por un profesional que se responsabilizará de todo el proceso aunque éste se realice de forma interdisciplinar por todo el equipo.

Aquí se utilizará diferentes instrumentos como la entrevista semiestructurada, la observación natural y pruebas conductuales, cuestionarios y tests validados entre otros como forma de valorar áreas del funcionamiento de la persona y su entorno.

#### *Fase de establecimiento del Plan Individualizado de Rehabilitación:*

La evaluación realizada en la fase ya mencionada permite identificar tanto los déficit que se buscará disminuir así como las fortalezas en las que se puede apoyar la intervención

futura, pudiéndose con ello fijar objetivos de la intervención, los cuales han de ser consensuados con el usuario y, de ser posible, con el entorno cercano en caso de existir.

Estos objetivos están determinados por una implicación directa del usuario en todo el proceso rehabilitador al otorgarle continuamente información, así como a partir de alcanzar acuerdos, lo cual permite fijar objetivos a corto, mediano y largo plazo que deben quedar plasmados en el Plan Individualizado de Rehabilitación.

#### *Fase de intervención:*

Esta fase varía su duración de manera muy significativa en función del Plan Individualizado de Rehabilitación que se ha fijado, debe ser acompañado en toda la fase por un profesional de referencia, quien informará e implicará al usuario en todo su proceso.

Esta etapa se basará en programas de intervención de eficacia contrastada, que se adapten a la realidad de cada individuo y se oferten sólo a aquellos a los que realmente les sean útiles, siempre desde una lógica inminentemente práctica y realista, teniendo como pilares “tutorías, apoyo a familias, programas de rehabilitación y programas abiertos” (Florit, 2006, p.237).

#### *Fase de seguimiento:*

Esta es la última fase del proceso una vez cumplidos los objetivos considerados, donde trata de hacer un desenganche del usuario con respecto al centro y sus profesionales y donde se debe cuidar a la persona con esmero, llevándolo adelante en forma progresiva y planificada para que el usuario no se encuentre abruptamente sin los apoyos específicos de la rehabilitación.

### **3c-Objetivos y Metodología de la Rehabilitación:**

En cuanto a los objetivos más relevantes de la rehabilitación psicosocial se pueden identificar varios a alcanzar como una recuperación de la enfermedad acorde a las

posibilidades de la persona, una mejora en su calidad de vida, lograr una inclusión comunitaria y crear un proyecto vital propio posible más allá de la enfermedad.

Dichos cambios son posibles a partir de potenciar los recursos conservados que tiene la persona y que oficiarán de base para lograr una inserción social gratificante, recuperando así la capacidad de realizar actividades de la vida diaria y a su vez poder lidiar con las ansiedades inherentes.

Por este motivo, resulta necesario que el proceso abarque al entorno de quien la padece, ya que estas personas ven muy condicionada su evolución por el rol de sus familias, medio necesario para evitar una cronificación que según Evaristo (2000) “depende de variables negativas: acontecimientos vitales estresantes, uso de sustancias (drogas, fármacos, alcohol), ambiente familiar perturbado (emociones negativas), estigma y aislamiento social, exclusión, pérdida del papel social, patrones de asistencia institucional de sustracción” (p.43).

Además, para que el tratamiento resulte efectivo, es necesario que dichos objetivos sean realistas, cercanos y poco abstractos para funcionar como motor del proceso, siendo importante generar comprensión y tolerancia al instruir e informar a paciente, entorno y comunidad, ya que el contacto con esta última suele ayudar a reducir estigmas y prejuicios, ya que “es de capital importancia para superar el miedo humano hacia lo desconocido, sentimiento que generalmente alimenta a la locura” ( Evaristo, 2000, p.32).

Según Mayrales et ál (2000), dichas intervenciones tienen como objetivo el entrenamiento de habilidades conductuales y resultan efectivas en la búsqueda de disminuir el impacto de la discapacidad que genera la enfermedad, lo cual implica un mejor ajuste a la comunidad, prevención de recaídas, así como un uso más adecuado de la atención hospitalaria y una reducción de síntomas (Florit, 2006, p.236).

Por otra parte, se tratará de delimitar los objetivos teniendo en cuenta ciertas áreas que según Florit-Robles (2006) serían las siguientes:

### *Rehabilitación Cognitiva*

Los objetivos en esta área implican recuperar funciones cognitivas deterioradas, intentando preservar y optimizar las que funcionan adecuadamente y compensando las que se han perdido, motivo por el cual, González y Rodríguez González (2010), postulan que la rehabilitación cognitiva en una persona con psicosis resulta esencial en el proceso de rehabilitación psicosocial, ya que un alto porcentaje de estos sujetos presentan dificultades, siendo factor decisivo en el pronóstico del paciente por presentar influencia en habilidades o competencias que se buscan desarrollar (p.326).

Aquí se ha de trabajar más que nada sobre atención sostenida y selectiva, funcionamiento ejecutivo, abstracción y categorización, por lo cual se aconseja aplicar solamente a personas con altos déficit y con los demás trabajar con otra metodología desde otro tipo de programas en contextos más naturales (Florit, 2006, p. 238).

### *Entrenamiento en Habilidades Sociales*

La persona que sufre de esquizofrenia suele sufrir un aislamiento social y una disminuida capacidad de relacionamiento, lo que puede cambiarse al potenciar recursos que luego implementará en su entorno, por lo cual es “necesario que el programa de entrenamiento en habilidades sociales incluya una parte específica de rehabilitación de entrenamiento de la percepción social” (Florit et ál, 1998, como se citó en Florit 2006, p.239).

Se puede decir entonces que un programa adecuadamente implementado de rehabilitación ha de tener dentro de sus espacios contemplado el entrenamiento de esta área, proceso que incentiva la adquisición y recuperación de los conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para lograr una mayor integración y/o reinserción en la comunidad, proceso continuo que mejora su calidad de vida.

### *Actividades de la Vida Diaria*

En esta técnica, se busca involucrar a quienes padecen TMG, sus familias, profesionales y la comunidad, siendo todos elementos importantes en el proceso de evolución o deterioro de la enfermedad, ya que compartir un espacio entre personas que padecen la enfermedad hace posible contrastar logros alcanzados desde un continuo intercambio, tratando temas como síntomas, causas y fases de la enfermedad, así como explicando diagnósticos, identificando pródromos, factores de riesgo y protección.

A su vez, según Florit (2006) habrá que trabajar dentro del proceso “áreas del comportamiento relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, planificación económica, los hábitos de alimentación y de cuidados generales de la salud, con el objetivo de aumentar la independencia y la autonomía en aspectos considerados básicos y cotidianos” (p.240), lo que aumentará la autonomía doméstica y la reincorporación de la persona a su entorno.

### *Intervención con familias*

“La psicoeducación con las familias ha resultado efectiva para reducir las recaídas de los pacientes, sus síntomas psicóticos, o el aumento de la competencia de los familiares en el manejo de la enfermedad” (Mayorales et ál, 2000, como se citó en Florit, 2006, p. 239), intervenciones en el entorno directo que en la práctica pueden implicar una modalidad unifamiliar o multifamiliar.

Ambas modalidades son herramientas comprendidas dentro del proceso de rehabilitación integral, ya que promueven mejoras en las condiciones de vida familiar, tratándose la primera de ellas de entrevistas periódicas con la familia del paciente como forma de realizar un seguimiento del caso, coordinar acciones e informar sobre el proceso, mientras que la segunda se trata de un dispositivo grupal que invita a familiares de diferentes pacientes a compartir un espacio psicoeducativo, donde se busca generar un apoyo mutuo a partir de relatos de vivencias.

Dicha psicoeducación dirigida a familiares, les permite un mejor manejo de situaciones, ya que posibilita que estos puedan asumir el rol que ejercen, evitando así recaídas a partir de la información que se les proporciona.

### *Autocontrol*

Como ya se ha mencionado previamente, la ansiedad en este padecimiento es una limitante para la interacción social así como mantener o generar redes de apoyo, teniendo en cuenta que los estresores tienen un rol fundamental en estos individuos, ya que son quienes desbordan su capacidad de afrontamiento provocando recaídas.

Por dichas razones la rehabilitación psicosocial por medio de sus diferentes instancias, busca generar la capacidad de reconocer, manejar y tolerar situaciones que produzcan ansiedad, a través de acceso a información y técnicas de control de la activación fisiológica como la respiración y la relajación muscular, mejorar el autoestima y afrontar pensamientos negativos. (González et ál, 2010, p.325)

Este dispositivo hace hincapié en el entrenamiento de habilidades al implementar actividades recreativas y deportivas, involucrando a los usuarios en tareas que les interesen, lo que posibilita una mejora en su percepción de sí mismos, así como en competencias adquiridas, ya que “es el sentimiento de autoeficacia a la hora de enfrentarse a una situación potencialmente estresante, cuando el sujeto evalúa sus recursos para hacer frente a esa situación que le impacta”. (Abelleira et ál, 2010, p.173)

### *Psicomotricidad*

En muchos casos, quienes padecen esta enfermedad pueden ver afectada su motricidad, por lo cual es importante adecuar hábitos de ejercicio físico, ya que a la apatía habitual se pueden sumar efectos derivados de la medicación, siendo necesario incorporar espacios de expresión corporal como entrenamiento previo a las habilidades sociales y la percepción de emociones en el entrenamiento del autocontrol.



Según Sefchovich & Waisburd (1992), en la rehabilitación psicosocial las actividades con movimiento que realizan los usuarios son herramientas para habilitar tanto su expresión de emociones como aumentar su propia psicomotricidad, lográndose cambios en el relacionamiento consigo mismos y con los demás, rasgos del proceso que posibilitan “la aceptación del propio cuerpo, integración y cambio del esquema corporal, capacidad de vincularse; goce por el juego, creatividad, exteriorización de afectos y aceptación del colectivo, así como adquisición de seguridad, mayor autoestima, construcción de recursos internos a partir del conocimiento de sí mismo, sus límites y posibilidades” (Saskia, 2007, p.102).

### *Ocio e Integración Comunitaria*

“La capacidad de participar y disfrutar de actividades de recreo de su propia elección, es también un elemento importante de la Rehabilitación Psicosocial, siendo el acceso a actividades de ocio adecuadas y la libertad de elección condiciones indispensables para una actividad de ocio saludable”. (WAPR / WHO, 1997, p. 4).

Las actividades de ocio estructuradas, así como las de moderado ejercicio físico resultan efectivas para reducir conductas psicóticas que vuelven a surgir una vez finalizadas éstas, las cuales deben ser breves, frecuentes y sencillas así como relativamente novedosas en las cuales se desarrollen recursos normalizados, con participación social y que impliquen de reforzadores naturales para los usuarios.

### *Formación Laboral*

Actualmente, en nuestro país, la ley de salud mental N°19529 señala que se debe promover políticas que permitan la inclusión laboral para personas con trastornos mentales, ajustándose al perfil de las mismas y su sostenibilidad, destacándose en su artículo 12 la implementación de cursos en formación laboral y profesional con certificaciones válidas en tal ámbito, talleres de sensibilización y talleres especiales para empleos con apoyo y trabajo protegido entre otros.

Por tal motivo, muchas personas con esquizofrenia pueden abordar su inserción laboral usando herramientas que la rehabilitación otorga, teniendo en cuenta que estas redes de servicios, según la OMS, deben poseer características como “accesibilidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados, territorialidad o sectorización, efectividad, equidad y respeto por los derechos humanos.” (Del Castillo et ál, 2011, p.86).

#### 4-Reflexiones Finales:

Partiendo del concepto planteado por García Badaracco (1989) en el cual somos sujetos multidimensionales, hemos de asumir que aquellos que se vean afectados por TMG y particularmente quienes sufren de esquizofrenia, han de ser tratados por una Comunidad Terapéutica que los contemple en su particularidad, reconociéndolos como poseedores de derechos y deseos, motivo por el cual dicha intervención ha de poner énfasis en la importancia de los vínculos, con un abordaje que busque potenciar aspectos sanos y tenga el respeto necesario a la singularidad y así evitar estigmatizaciones.

Por ello, ante tratamientos previos, la rehabilitación psicosocial se muestra como una estrategia integral adecuada para tratar a quienes padecen esta enfermedad, ya que implica actividades grupales e individuales que suelen priorizar el estímulo de la autonomía, habilitando así la participación de los pacientes como de los familiares para alcanzar una mayor reinserción psicosocial y laboral.

Es así posible identificar este abordaje como un trabajo en conjunto con la comunidad, ya que posibilita una mejora acorde a cada paciente por medio de técnicas que apuntan a mejorar habilidades de la vida cotidiana y manejo del estrés inherente a partir de un entrenamiento social, motivo por el cual Montero (2004) dice que “cuando hablamos de comunidad no nos referimos a grupos homogéneos, pero sí a grupos compuestos por individuos que comparten conocimientos, sentimientos, necesidades, deseos, proyectos, cuya atención beneficiará al colectivo, beneficiando así a sus miembros” (p.97).

Esto resulta importante si tenemos en cuenta el sufrimiento que la enfermedad genera, ya que la misma implica una discapacidad a asumir el consiguiente impacto emocional y económico que acarrea, tanto para la persona que la padece como para quienes lo rodean, lo que resulta difícil de sobrellevar si no se tiene una red de contención que implique a los diferentes actores de nuestra comunidad.

Por ello, es relevante mencionar que la implementación de la Ley 19.529 resulta aún exigua, ya que persiste una brecha donde no todas las personas que requieren un tratamiento adecuado logran acceder al mismo, siendo quienes disponen de menos recursos quienes ven más reducidas sus posibilidades al no lograr acceder a centros especializados en rehabilitación psicosocial, siendo habitual su destino el ingreso en instituciones asilares con efecto adverso.

De hecho el PNSM aprobado para su implementación a partir de este año señala ciertos nudos que dificultan su implementación dentro de los cuales se puede mencionar como más relevantes la persistencia de concepciones estigmatizantes, una medicalización, psicologización y patologización donde persisten estructuras como hospitales psiquiátricos y asilares con internación prolongada, falta de asignación de recursos, accesibilidad dispar o una formación de profesionales poco alineada con el modelo de atención comunitario entre otros.

Para finalizar, en cuanto a la dinámica de la rehabilitación psicosocial y los centros que aplican dicha estrategia terapéutica, he de decir que su funcionamiento me remite a González Regadas (1992) ya que si una institución terapéutica logra funcionar trópicamente se ha de generar un espacio de creación y juego que ayuda a la transformación de impulsos y simbolización, lo que en definitiva posibilita una salida del espacio familiar, conteniendo aspectos de la identidad de los usuarios que la componen a partir de la pertinencia a una familia, grupo y/o institución social.

### 5-Bibliografía:

- Abelleira, C. y Touriño, R. (2010). Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. FEARP. 978-84-614-1605-9. 97-111.  
[https://www.aen.es/docs/Libro\\_Evaluacion\\_FEARP.pdf](https://www.aen.es/docs/Libro_Evaluacion_FEARP.pdf)
- Alarcón R. (1986). La salud mental en América Latina. 1970-1985. Boletín Oficial Sanitaria Panamericana; 101: 567-589. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16862?locale-attribute=es>
- Amarante, P. (2009) Superar El Manicomio. Salud Mental y Atención Psicosocial. Topia Editorial
- American Psychiatric Association. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ta Ed. Tr.). Editorial Masson
- Arduino, M. y Ginés, A. (2013) Cien años de la Colonia Etchepare. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 77(1). 1-11.
- Arévalo, C. (2007). Las patologías en el siglo XXI. En A. d. Psicopatología. Universidad de la República - Facultad de Psicología.
- Barrán, J. (1993). Historia de la sensibilidad en el Uruguay. El disciplinamiento (1860-1920). Tomo 11. Ediciones de la Banda Oriental.
- Bentura, C., Mitjavila, M. (s.f.). Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya. <https://goo.gl/HYs9ek>
- Bleuler, E. (1993). Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias. Editorial Lumen-Hormê, S.A.E.
- Bleuler, E. (1926). La esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 16(60), 663-676.  
<http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15511/15371>

- Cea-Madrid, J., Castillo-Parada, T. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas en Teoría Crítica de la Psicología. 8. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Cooper, D. (1967) Psiquiatría y Antipsiquiatría. Gráfica Santo Domingo.
- Chamorro, J. (2004) Clínica de las psicosis. 1a ed. Instituto Clínico de Buenos Aires.
- Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 4, 83-96.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4758/475847406006>
- Evaristo, P. (2000) Psiquiatría y Salud Mental. Asterios Editores.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisste, CH. (1978) Tratado de Psiquiatría 8a ed. Editorial Masson
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. Apuntes de Psicología, 24(1-3). 223-224. Universidad de Sevilla
- Freud, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa. [www.philosofia.cl](http://www.philosofia.cl).
- Freud, S. (1895). Manuscrito H. Paranoia. Obras completas (Vol. I). Amorrortu editores.
- Freud, S.(1896). Manuscrito K. Obras completas (Vol. I). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. Obras Completas (Vol. XIV), Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Freud, S. (1914). Conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras Completas (Vol. XVI), Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923-1924) Neurosis y Psicosis. Obras completas (Vol. XIX). Amorrortu editores.
- Gabbard, G. (2006). Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Editorial Médica Panamericana.

- Galende, E. (1990) Psicoanálisis y Salud Mental. Editorial Paidós
  
- García Badaracco, J. (1985). Identificación y sus vicisitudes en las psicosis. La importancia del concepto de objeto enloquecedor. Revista de Psicoanálisis. (3):495-514.  
<https://psycnet.apa.org/record/1987-19401-001>
  
- García Badaracco, J. (1989) Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. Tecnipublicaciones.
  
- Ginés, 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.
  
- González, J., & Rodríguez, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a la Personas con Psicosis. Clínica y Salud, 21 (3), 319-332. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009)
  
- González Regadas, E. (1992). La transferencia de lo psicótico en los grupos institucionales. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica; 3(4A) 423-437.  
[https://www.academia.edu/7646189/La\\_transferencia\\_de\\_lo\\_Psic%C3%B3tico](https://www.academia.edu/7646189/La_transferencia_de_lo_Psic%C3%B3tico)
  
- IMERSO (2003). Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave. Documento de consenso. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi1v6m vxKXsAhUhlrkGHRFACIIQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fconsaludmental.org%2Fpublicaciones%2FRehabilitacionintegracionsocial.pdf&usg=AOvVaw3KIKEII\\_UZD0VoxR3-sChI](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi1v6m vxKXsAhUhlrkGHRFACIIQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fconsaludmental.org%2Fpublicaciones%2FRehabilitacionintegracionsocial.pdf&usg=AOvVaw3KIKEII_UZD0VoxR3-sChI)
  
- Klein, M. (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En Obras completas (Vol. I). Editorial Paidós. En: <http://www.psicoanalisis.org/klein/index2.htm>
  
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1981) Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor

- Maisonneuve, J. (1985). La Dinámica de los grupos. Editorial Nueva Visión.
- Mannoni, M. (2005). La educación imposible. Siglo XXI Editores.
- Metastasio, A., y Dodwell, D. (2013). A translation of "L'Elettroshock" by Cerletti & Bini, with an introduction. The European Journal of Psychiatry, 27(4), 231-239.  
<https://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632013000400001>
- Mexicana, Asociación Psiquiátrica, and Asociación Psiquiátrica de América Latina. III. Intervenciones psicosociales. Revista de Salud Mental. 37(1) (2014). 67-83.  
[http://revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/issue/view/191](http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/issue/view/191)
- Ministerio de Salud Pública (8 de octubre de 2020). Plan Nacional de Salud Mental 2020/2027. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Montero, M. (2004). Comunidad y sentido de comunidad. Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos. 95-107. Editorial Paidós.
- Novella, E. y Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. Revista Clínica y Salud, 21(3), 205-219. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180615360002>
- Organización Panamericana de la Salud (1° de julio de 2020). Antecedentes y desarrollo histórico del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud.  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11660:historia-salud-mental-ops&Itemid=0&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11660:historia-salud-mental-ops&Itemid=0&lang=pt)
- Rodríguez, J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 75 (2), 86-96.  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjZ->

L3xxKXsAhUBHrkGHdXAD6kQFjAAegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.spu.org.uy%2Frevista%2Fdic2011%2F03\_rodriguez.pdf&usg=AOvVaw1aU9MZzybVUa5Su0J9kMA6

- Salas-Calderón, Saskia. (2007). Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos. Actualidades en psicología, 21(108), 97-115.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0258-64442007000100005&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-64442007000100005&lng=pt&tlng=es).

- Sarason, I. (1981) Psicología Anormal. Los problemas de la conducta desadaptada.

Editorial Trillas S.A

- Silvestre, M., Ingelmo, Jg. & García, A. (2013) Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. Rev. Asoc. Esp.

Neuropsiq., 33 (117), 289-300. file:///C:/Users/ASUS1/Downloads/16606-16701-1-PB.pdf

- WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial), y OMS (Organización Mundial de la Salud), (1997). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/WHO.

Wapr Bylletin, 8(3).

- World Health Organization (2015). Esquizofrenia. Nota descriptiva. N° 397.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

- World Health Organization (2003). El contexto de la salud mental. Organización Mundial de la Salud. Editores Médicos.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43723/1/8495076896\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43723/1/8495076896_spa.pdf)

- World Health Organization (2019), Esquizofrenia, Datos y Cifras. Organización

Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>



- World Health Organization (2003). El contexto de la salud mental. Organización Mundial de la Salud. Editores Médicos. En [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43723/1/8495076896\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43723/1/8495076896_spa.pdf)