



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

# **Rehabilitación psicosocial: una estrategia integral para el tratamiento de la esquizofrenia**

Trabajo final de grado

Monografía

Estudiante: Natalia Carolina García Fernández

Docente tutora: Gabriela Prieto Loureiro

Docente revisora: Geraldina Pezzani Di Falco

Montevideo, febrero 2022

## Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Esquizofrenia .....	4
Evolución histórica del concepto: de la Demencia Precoz a la Esquizofrenia.....	4
Descripción clínica del cuadro .....	9
Curso y pronóstico del trastorno.....	13
Discapacidad y esquizofrenia.....	15
Rehabilitación psicosocial.....	18
Breve recorrido histórico.....	18
Definiciones y objetivos de la rehabilitación.....	23
Estrategias de abordaje.....	31
La rehabilitación orientada a la recuperación.....	35
Consideraciones finales.....	39
Referencias bibliográficas.....	42

## Resumen

La esquizofrenia constituye una de las diez primeras causas de discapacidad en el mundo. Sin embargo, partiendo del modelo social de la discapacidad, muchas de las dificultades psicosociales que tienen lugar en este trastorno no son consecuencia directa del mismo, sino que están mediadas por el entorno en el que viven, y al interactuar con diversas barreras sociales, impiden la participación de la persona en la sociedad. La rehabilitación psicosocial juega un papel fundamental para compensar estas discapacidades, haciendo énfasis en fortalecer, recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para relacionarse y vivir en comunidad, y de esta manera favorecer la inclusión social y mejorar la calidad de vida.

En Uruguay, la Ley N° 19.529, basada en una perspectiva de derechos humanos, propone llevar adelante un modelo de atención comunitario e impulsa la desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales. De esta manera, reconoce a la rehabilitación psicosocial como una estrategia de protección de la salud mental alternativa a las estructuras asilares y monovalentes, y que tiene como objetivo lograr una mejor calidad de vida de las personas con trastornos mentales.

La presente monografía pretende abordar la rehabilitación psicosocial como estrategia integral privilegiada para el tratamiento de la esquizofrenia, que apunta a la inclusión social de la persona de la forma más normalizada posible.

*Palabras clave:* esquizofrenia - rehabilitación psicosocial - discapacidad – Ley 19.529

## Introducción

El interés por la temática de la rehabilitación psicosocial surge a partir de mi experiencia como practicante en el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica Dr. Alberto Martínez Visca en el año 2021. Esta experiencia se enmarca en el programa de residentes y practicantes de la Facultad de Psicología en convenio con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

El presente trabajo final de grado tiene dos ejes principales: se intenta en primer lugar describir la esquizofrenia como trastorno, para luego exponer y reflexionar acerca de la importancia de la rehabilitación psicosocial como estrategia de intervención para su recuperación.

En primer lugar, se realiza un recorrido sobre la evolución del concepto de demencia precoz hasta llegar al de esquizofrenia, trabajando autores clásicos como Kraepelin, Bleuler, Jaspers y Schneider, contemporáneos como Gabbard y León, así como también se trabaja su clasificación dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Posteriormente, se describen los elementos clínicos del cuadro, haciendo referencia a la clásica clasificación de síntomas que los divide en positivos y negativos. Además, se menciona la propuesta de Gabbard en la que agrega una nueva categoría de síntomas, los desórdenes en las relaciones personales, y se dedica un breve apartado que hace referencia al curso de la enfermedad y los factores que influyen en el pronóstico de la misma.

Además, se hace énfasis en el alto grado de discapacidad que sufren las personas con esquizofrenia, siendo una de las diez enfermedades más discapacitantes. Se parte de la definición que hace la OMS (2013), la cual sostiene que la discapacidad denota aspectos negativos de la interacción entre una persona que sufre un trastorno mental y los factores ambientales y personales de su entorno.

Esta definición integra el modelo social de la discapacidad, que considera a las personas con discapacidad sujetos de derecho que forman parte de la sociedad y tienen mucho que aportar, y reconoce el papel que juegan las barreras sociales en la restricción a estas personas (Besoain-Saldaña, 2019).

Las personas con esquizofrenia afrontan grandes dificultades para llevar adelante sus vidas debido a sus síntomas y discapacidades, principalmente discapacidades psicosociales que son

efecto de los factores sociales negativos como el estigma, la discriminación y la exclusión (Guinea, 2017).

En línea con lo anteriormente planteado, se hace énfasis en la rehabilitación psicosocial como un tratamiento integral para la esquizofrenia y un apoyo para los diferentes grados de discapacidad producidos por la enfermedad, para que las personas puedan reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial (Rodríguez y González, 2002).

En primer lugar, se contextualiza la rehabilitación psicosocial en el marco de los procesos de desinstitucionalización que tuvieron lugar a nivel mundial, destacando las experiencias de Italia y Estados Unidos que tuvieron gran influencia en los desarrollos posteriores de América Latina, para luego centrarse el desarrollo de la rehabilitación psicosocial en Uruguay y el papel que juega la Ley de Salud Mental.

A su vez, se brindan diferentes definiciones acerca de la rehabilitación y sus objetivos principales, así como también se describen las fases de los procesos de rehabilitación y las estrategias de abordaje más destacadas, como la psicoeducación, los programas de habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva.

Por último, se hace referencia a la necesidad de incorporar la perspectiva de la recuperación en los programas de rehabilitación psicosocial. Este modelo, si bien no está exento de controversia, es reconocido por la OMS en su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 y juega un papel muy importante en países con sistemas desarrollados como Estados Unidos y en Europa. El concepto de recuperación no hace referencia a la curación, sino a una manera de vivir una vida aceptable a pesar de la enfermedad (Guinea, 2017).

## **Esquizofrenia**

### **Evolución histórica del concepto: de la Demencia Precoz a la Esquizofrenia**

La historia del concepto de esquizofrenia es relativamente corta si se compara con la de otros, como el de manía o melancolía (Jablensky, 2010).

Desde sus inicios, el estatuto conceptual de la esquizofrenia ha sido motivo de un debate que aún sigue vigente. A lo largo de su corta historia se han tomado muchas decisiones, hasta que la esquizofrenia finalmente se asentó como categoría psicopatología (Barreira, 2019).

Para comprender de manera profunda el estado actual del concepto es pertinente realizar un recorrido histórico hasta sus raíces.

La historia del concepto de esquizofrenia tiene como punto de partida más conocido a Emil Kraepelin (1856-1926), quien bajo el nombre de “demencia precoz” (*dementia praecox*) describió un conjunto de cuadros clínicos que conducían a un deterioro mental deficitario (Bleuler, 1996).

Según Novella y Huertas (2010) Kraepelin se basó en descripciones realizadas por Ewald Hecker (1843-1909) acerca de la hebefrenia y Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) de la catatonía, y estableció dos grupos de psicosis endógenas: las psicosis maniaco-depresivas, consideradas curables, y la demencia precoz, como sugiere el término, incurable.

Posteriormente, diferenció dos formas evolutivas de la demencia: por un lado, una forma progresiva, que conducía a un deterioro permanente, y por otro, una forma que transcurría con brotes y sin un déficit irreversible, denominada parafrenia.

Sin embargo, estos autores plantean que la aparición del término “demencia precoz” (*démence précoce*) no se debe a Kraepelin, sino que se remonta al médico francés Benedict Augustin Morel (1809-1873), quien lo utilizó por primera vez en 1860 para referirse a cuadros de jóvenes que evolucionaban hacia el deterioro de sus facultades mentales, es decir, hacia la demencia.

Por su parte, Eugen Bleuler (1857-1939), con el objetivo de alejarse de la idea Kraepeliana de demencia e influenciado por los aportes de Freud en relación a la psicología de las neurosis, propone en 1908 el término “esquizofrenia” (Bleuler, 1996).

Bajo este término define a un “grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero no que no permite una completa *restitutio ad integrum*” (Bleuler, 1993, p.15) es decir, una recuperación completa al estado anterior de la enfermedad.

De esta manera, en su caracterización del cuadro el criterio kraepeliniano de demencia se sustituye por un proceso que Bleuler considera fundamental: la escisión del yo (*Spaltung*) (Álvarez, 1996).

Además, Bleuler (1993) distingue una serie de síntomas fundamentales que están presentes en todas las formas de esquizofrenia (por lo tanto, patognomónicos): por un lado, un trastorno particular del pensamiento que se caracteriza por el relajamiento de las asociaciones habituales, operando con fragmentos de ideas y conceptos y dando lugar a asociaciones ilógicas y formalmente incoherentes.

Por otra parte, también tiene lugar un trastorno en la esfera afectiva, con una tendencia al retraimiento y al aplanamiento emocional, así como a la aparición de reacciones irregulares e insólitas que no tienen relación con los acontecimientos que las provocan (Bleuler, 1996).

A su vez, Bleuler (1993) sostiene que en la esquizofrenia generalmente está presente la ambivalencia, es decir, dos sentimientos, pensamientos o actitudes opuestos se dan de manera simultánea. También tiene lugar un insuficiente contacto con el ambiente y en este sentido, una vida interior replegada sobre sí misma, hecho que Bleuler define como autismo.

Por otra parte, propone que además de los síntomas fundamentales se podrían presentar otros síntomas más llamativos, los cuales agrupa bajo el nombre de síntomas accesorios, ya que pueden estar tanto presentes como ausentes. Entre estos se encuentran los delirios, las alucinaciones, la manía, la confusión, las perturbaciones de la memoria y los trastornos del lenguaje.

Otro de los aportes que Bleuler (1993) realizó fue distinguir aquellos síntomas que surgen directamente del proceso psicopatológico, denominados síntomas primarios, de aquellos otros que comienzan a operar cuando la psique enferma reacciona.

La sustitución del término demencia precoz por el de esquizofrenia no significó simplemente una variación terminológica, sino que también ofrecía una mirada diferente de la locura, en la que la enfermedad ya no tenía consecuencias tan trágicas y cuya evolución y sintomatología más evidente pasaban a un segundo plano respecto a los síntomas fundamentales (Álvarez, 1996).

Además, el término esquizofrenia propuesto por Bleuler tuvo como consecuencia su extensión a todos los cuadros psicóticos y, por ende, una generalización de su uso que resultó problemática (Hoenig, 1983).

En este contexto, Kurt Schneider (1877-1967) se destacó por analizar la psicopatología específicamente de la esquizofrenia.

Este autor invirtió la jerarquía entre los síntomas fundamentales y accesorios propuesta por Bleuler y denominó a algunas experiencias psicóticas “de primer rango” por ser útiles para distinguir lo esquizofrénico. Entre ellas se encuentran la sonorización del pensamiento, el oír voces, las experiencias de influencia corporal y sobre el pensamiento y la percepción delirante. A su vez, Schneider plantea que estos síntomas de primer rango comparten un rasgo fenomenológico común: una pérdida de los límites del yo (Schneider, 1997 citado en Novella y Huertas, 2010).

Un claro influyente en el pensamiento de Schneider fue Karl Jaspers (1883-1969). Desde su perspectiva fenomenológica, Jaspers le otorgó gran relevancia a la subjetividad del paciente, incluyendo la comprensión psicológica de su personalidad y de su historia de vida. A partir de estos aportes, Schneider aplicó la metodología propuesta por este autor en el estudio de la esquizofrenia, articulando el estudio objetivo con el subjetivo (Hoenig, 1983).

Este autor define a la esquizofrenia como una perturbación mental que no es comprensible, cuyo curso está dado por brotes que persisten bajo la forma de una alteración persistente de la personalidad. De esta manera, al igual que Bleuler, Jaspers sostiene que no hay *restitutio ad integrum*, por lo que el sujeto no vuelve a ser como antes del brote (Romé y Kopelovich, 2020).

Desde una perspectiva diferente, Eugène Minkowski (1855-1972) sostiene que el trastorno fundamental de la esquizofrenia no es la disociación como plantea Bleuler, sino la ruptura del contacto vital con la realidad (Minkowski, 1998 citado en Almada, 2008).

Este contacto vital consiste en una armonía entre las dos tendencias de la vida psíquica: por un lado, razón, mecanismo y análisis, y por otro, ímpetu vital, intuición y duración. Cuando esta armonía se pierde es cuando tiene lugar el autismo. Un aspecto innovador del pensamiento de este autor es su visión optimista en relación a las posibilidades terapéuticas con personas con esquizofrenia (Almada, 2008).

Los aportes de Kraepelin, Bleuler, Jaspers y Schneider tuvieron sus influencias en el desarrollo del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) desarrollado por la Asociación Psiquiátrica Americana, y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), creada por la Organización Mundial de la Salud (Cuesta, Peralta y Serrano, 2000).

Ambas clasificaciones constituyen dos sistemas de clasificación ampliamente establecidos y utilizados internacionalmente para el diagnóstico de los trastornos mentales. Además, un aspecto fundamental es que reflejan un consenso de los conocimientos actuales en el campo (Gutiérrez et al., 2008).

Por su parte, en el DSM-IV se encuentra la sección “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”, donde se define a la esquizofrenia como:

Una alteración del sujeto que perdura por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa, (p. ej., dos o más de los siguientes: ideas delirantes,

alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). (American Psychiatric Association [APA], 2002, p.334)

Posteriormente, el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) realiza modificaciones significativas en el diagnóstico y la esquizofrenia pasa a encontrarse dentro de la categoría “El espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”.

Según Calafell y Giráldez (2014) el objetivo principal de este cambio es marcar la diferencia entre la esquizofrenia y la psicosis, debido a que la última no es exclusiva de la primera, ya que aparece en una serie de categorías diagnósticas del trastorno psicótico.

Además, en esta nueva versión el DSM-5 introduce el concepto de espectro. Según Guimón (2005) los espectros son agrupaciones sindrómicas con marcadores comunes, y en el caso de la esquizofrenia, comparte similitudes con los trastornos vecinos.

En esta nueva versión los trastornos incluidos dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se caracterizan por anomalías en uno o más de los dominios de delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado y síntomas negativos. Para un diagnóstico de esquizofrenia, los signos del trastorno deben persistir durante al menos seis meses, dentro de los cuales se incluye un mes de síntomas de la fase activa (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado, síntomas negativos) (APA, 2014).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud desarrolló en 1992 la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud (CIE-10). En esta clasificación, si bien no se utiliza la noción de espectro, la esquizofrenia se encuentra dentro del capítulo de los trastornos mentales junto con el trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. Se remarca que, dentro de este grupo, los trastornos comparten características con la esquizofrenia, pero esta última constituye el trastorno más importante.

En la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008) se define a la esquizofrenia como un trastorno caracterizado por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como también por una afectividad inadecuada o embotada. Plantea que en general la lucidez de la conciencia y de la capacidad intelectual tienden a mantenerse, pero que con el paso del tiempo pueden tener lugar deficiencias intelectuales. El pensamiento en eco, la inserción o robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, influencia o pasividad, las voces alucinatorias, los trastornos del pensamiento y los síntomas

negativos son los fenómenos psicopatológicos más importantes que tienen lugar en este trastorno.

Además, según esta clasificación, la evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua, episódica, con déficit progresivo o estable, o puede haber uno o más episodios con remisión completa o incompleta.

Desde una perspectiva psicodinámica, Gabbard (2002) por su parte plantea que la esquizofrenia es “una enfermedad heterogénea con manifestaciones clínicas proteiformes” (p.184). A su vez, sostiene que es una enfermedad que le ocurre a una persona con un perfil psicológico único, donde los factores genéticos juegan un papel importante en su desarrollo. A propósito de esto, Gabbard afirma que probablemente hay más de un defecto genético y más de un cuadro subyacente al trastorno, pero también le atribuye influencia en el desarrollo de la enfermedad a los factores ambientales. Si bien admite que no existe un consenso acerca de la naturaleza de los mismos, entre los ejemplos que plantea, menciona lesiones en el parto, traumas de la infancia, fallas en la dieta o en el desarrollo.

Un aspecto innovador que este autor plantea es el hecho de organizar la sintomatología en tres grupos (alejándose de la dualidad establecida por Bleuler en su categorización de síntomas fundamentales y accesorios): síntomas positivos, síntomas negativos, y desórdenes en las relaciones personales.

Desde una perspectiva actual, León (2021) define a la esquizofrenia como un trastorno psicótico en el cual diversas afectaciones bioquímicas y anatómicas generan que la persona sufra alucinaciones, delirios, lenguaje y pensamiento desorganizado, deterioro cognitivo y pérdida de hábitos.

Esta autora coincide con Gabbard en el papel que juega la genética en interacción con ciertos determinantes ambientales en el inicio de los síntomas prodrómicos de la enfermedad. Además, sostiene que el deterioro cognitivo evidencia una evolución crónica en el tiempo y desemboca en ciertos grados de discapacidad.

## **Descripción clínica del cuadro**

La esquizofrenia es frecuentemente definida como un trastorno caracterizado por una heterogeneidad de síntomas positivos y negativos (Correll y Schooler, 2020).

La tendencia de distinguir entre estas dos clases de síntomas ha estado presente desde la demencia precoz de Kraepelin, quien distinguió los síntomas más floridos de aquellos que se caracterizaban por un déficit, en los síntomas fundamentales y accesorios de Bleuler, y se extiende hasta la actualidad, haciéndose presente en el lenguaje clínico (Cuesta et al., 2000).

Sin lugar a dudas, a lo largo del tiempo estas categorías han sido de gran utilidad y suponen un gran hito conceptual.

Gabbard (2002) por su parte, con el objetivo de describir los elementos clínicos del trastorno, adhiere a la propuesta de Strauss, Carpenter y Bartko (1974 citado en Gabbard, 2002) en la cual distinguen las típicas categorías de síntomas positivos y negativos, pero agregan una tercera: los desórdenes en las relaciones personales.

Los síntomas positivos reflejan un exceso o una distorsión del funcionamiento normal de las funciones mentales (Correll y Schooler, 2020).

Suponen la aparición de aspectos psicopatológicos que en individuos sanos no están presentes, y son interpretados generalmente como “el intento del individuo por reconstruir su yo y su mundo desmoronados, de dotar de sentido la vida” (Fraguas y Palacios, 2009, p.32).

Para Gabbard (2002) los síntomas positivos constituyen una presencia innegable e incluyen las alteraciones en el contenido del pensamiento, como son los delirios, en los trastornos de la percepción, como las alucinaciones, y en las manifestaciones conductuales, tales como la catatonía y la agitación.

Por el contrario, los síntomas negativos refieren a una disminución o ausencia de un comportamiento normal relacionado con el interés, la motivación o la expresión (Correll y Schooler, 2020).

Estos síntomas son definidos como una ausencia de función e incluyen el afecto restringido, la pobreza de pensamiento, la apatía y la anhedonia (Gabbard, 2002).

Algunos autores plantean que se pueden interpretar como “el resultado directo del desmoronamiento” (Fraguas y Palacios, 2009, p.32).

Estos síntomas constituyen un componente fundamental de la esquizofrenia y son la base de una gran parte de la morbilidad a largo plazo y del deterioro funcional de las personas. Además,

tienen lugar en la gran mayoría de los casos y pueden ocurrir en cualquier punto de la enfermedad. A pesar de ser reportados como el primer síntoma más común en la esquizofrenia, no son la razón por la que inicialmente se consulta (Correll y Schooler, 2020).

En lo que respecta a los desórdenes en las relaciones personales, Gabbard (2002) sostiene que, al igual que los síntomas negativos, generalmente se desarrollan por un periodo de tiempo prolongado. Esta categoría incluye el retraimiento, las expresiones inapropiadas de agresión y sexualidad, la pérdida de la percepción de las necesidades de los otros y una excesiva demanda y dificultad para establecer contactos significativos con otros.

Este autor plantea que su relevancia es esencial a la hora de pensar un abordaje terapéutico psicodinámico ya que todos los pacientes con esquizofrenia luchan con dificultades en el área de las relaciones interpersonales.

Un aspecto que Gabbard destaca es que la distinción entre las diferentes categorías de síntomas facilita la categorización de las manifestaciones que predominan en la enfermedad en diferentes momentos, de manera tal que el tratamiento puede ser ajustado respecto a estos movimientos.

Desde otra perspectiva, el DSM-5 (APA, 2014) plantea que los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden una variedad de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. Para su diagnóstico, es necesario identificar una constelación de signos y síntomas que deben estar presentes por un periodo mínimo de seis meses, asociados necesariamente con un deterioro del funcionamiento en áreas como la laboral y social.

El criterio diagnóstico A hace referencia a los síntomas característicos del trastorno y comprende los delirios, las alucinaciones, el discurso desorganizado, el comportamiento muy desorganizado o catatónico y los síntomas negativos. Para llevar adelante un diagnóstico de esquizofrenia hace falta la presencia de al menos dos de estos síntomas durante un mes, siendo necesario que uno de ellos sea delirios, alucinaciones o discurso desorganizado.

En esta versión del manual, los delirios son definidos como “creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra”, siendo los de temática persecutoria los más comunes. Además, se consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no tienen procedencia de la vida diaria.

Por otra parte, las alucinaciones son “percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo” y tienen la característica de ser tan claras como las percepciones normales y

no pueden ser controladas voluntariamente. Si bien pueden aparecer en cualquier modalidad sensorial, las alucinaciones auditivas, es decir, en forma de voces, son las más comunes y características.

El pensamiento desorganizado es inferido a través del lenguaje desorganizado. Es habitual que haya asociaciones laxas presentes, es decir, que la persona “pierda el hilo” y cambie de un tema a otro. A su vez, las respuestas del sujeto a las preguntas que se le realizan pueden estar indirectamente o nada relacionadas, lo que se conoce como tangencialidad.

Por último, el comportamiento muy desorganizado tiene múltiples manifestaciones, ya sea a través de “tonterías” o de agitación catatónica, sin causa aparente. En ocasiones, existen problemas a la hora de realizar algún tipo de comportamiento dirigido hacia un objetivo, y consecuentemente, se puede dificultar realizar todo tipo de actividades cotidianas. Por su parte, el comportamiento catatónico es una disminución de la reactividad al entorno y puede incluir el negativismo, el negarse a seguir instrucciones, la adopción de una postura rígida, e incluso el mutismo y el estupor, es decir, la ausencia total de respuestas verbales o motoras. A su vez, pueden tener lugar movimientos estereotipados repetidos, la mirada fija, y las muecas.

Respecto a los síntomas negativos, el DSM-5 destaca dos como los más prominentes: la expresión emotiva disminuida y la abulia. La primera es una disminución de la expresión de las emociones, ya sea con el contacto ocular, el habla, los movimientos de las manos, la cabeza, y la cara, los cuales generalmente utilizamos para dar expresión a nuestro discurso. La segunda es una disminución de las actividades realizadas por iniciativa propia y que persiguen un propósito que funciona como motivación.

La quinta versión del DSM también hace referencia a otros síntomas negativos que pueden tener lugar en la esquizofrenia: la alogia, que se manifiesta a través de la reducción del habla, la anhedonia, que es la reducción de la capacidad para experimentar placer y la asocialidad, es decir, la falta de interés por las interacciones sociales.

A esta serie de síntomas se le suma el criterio B, el cual plantea que durante una parte significativa del tiempo a lo largo del curso de la esquizofrenia tiene lugar un déficit en una o más áreas principales de funcionamiento, entre las que se encuentran el trabajo, los estudios, las relaciones interpersonales o el cuidado personal. Esta disfunción está relacionada con la abulia (descrita en el criterio A) y hay datos que también la asocian con la disfunción cognitiva que tiene lugar en la esquizofrenia.

Por otra parte, los criterios diagnósticos utilizados en la CIE-10 (OMS, 2008) no presentan grandes diferencias con lo planteado por el DSM-5. Esta clasificación establece que deben presentarse al menos uno de los síntomas que pertenecen al primer criterio o por lo menos dos de aquellos que forman parte del segundo, la mayor parte del tiempo durante un episodio de al menos un mes de duración.

Dentro del primer criterio se incluyen la inserción, robo o difusión del pensamiento, las ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad (referidas al cuerpo o a los pensamientos), acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes, voces alucinatorias que comentan la actividad del sujeto o que discuten entre sí acerca de él y, por último, ideas delirantes persistentes de otro tipo que no pertenecen a la cultura del individuo y que además son imposibles.

En el segundo criterio se encuentran alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se presentan a diario por lo menos durante un mes, cuando están acompañadas de ideas delirantes sin un claro contenido afectivo o cuando también se presentan ideas sobrevaloradas persistentes. Por otra parte, también se incluyen neologismos, la interceptación o bloqueo del pensamiento que tiene como consecuencia un discurso incoherente o irrelevante. También la conducta catatónica, ya sea excitación, posturas características, negativismo, mutismo y estupor.

Por último, la CIE-10, al igual que el DSM-5, incluye los síntomas negativos, dentro de los que menciona la apatía, la pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales.

### **Curso y pronóstico del trastorno**

Según el DSM-5, los primeros síntomas psicóticos aparecen en la adolescencia tardía y en la primera mitad de la treintena. En los varones suele aparecer antes que en las mujeres: en la primera mitad de la veintena para los primeros y en el final de la veintena para las segundas (APA, 2014).

La Organización Mundial de la Salud en su informe Global Burden of Disease (World Health Organization [WHO], 2008) sostiene que la esquizofrenia es un trastorno mental que causa un alto grado de discapacidad, ubicándola entre las diez enfermedades más discapacitantes.

Sin embargo, el curso del trastorno es muy variable: se ven personas que sufren una evolución muy deteriorante que les imposibilita llevar adelante una vida “normal” y productiva, mientras

que, por otro lado, hay pacientes que evolucionan de manera más benigna, lo que les permite una buena adaptación social y calidad de vida (Cartón, Cartón y Vázquez, 2012).

En este sentido, la CIE-10 (2008) sostiene que el curso de la esquizofrenia puede darse de manera continua o episódica (en ocasiones llamados “brotos”), con un defecto estable o progresivo, o a través de episodios con remisión completa o incompleta.

Según Fraguas y Palacios (2009) cada episodio puede comenzar de forma gradual, lenta e insidiosamente por varios meses, o rápidamente, es decir, de forma brusca en unos días o semanas.

Cartón et al. (2012) plantean que existe cierto consenso en relación a tres tipos de evolución de la esquizofrenia: un 30% de los pacientes con esquizofrenia presenta una evolución favorable, con remisión casi completa y un buen ajuste social, un 50% tiene una evolución episódica, con una afectación irregular pero evidente en el área del funcionamiento sociolaboral, y el 20% restante evoluciona hacia un deterioro importante, con una afectación grave a nivel sociolaboral.

Sin embargo, el DSM-5 (APA, 2014) plantea que alrededor del 20% de las personas con esquizofrenia presentan un curso favorable, mientras que aquellos que se recuperan completamente son un pequeño número. Además, el manual sostiene que la mayoría de los sujetos requieren apoyo formal o informal para su vida cotidiana, y que muchos permanecen enfermos de manera crónica, con algunas exacerbaciones y remisiones, mientras que para otros la enfermedad sigue un curso de deterioro progresivo.

A pesar de ser un tema ampliamente estudiado, los factores que influyen en el pronóstico de la enfermedad aún no han podido ser bien definidos.

Sin embargo, Cartón et al. (2012) sostienen que existen algunas evidencias que son bastante concluyentes en relación a aquellos factores que determinan un peor pronóstico, entre los que se encuentran el escaso o nulo soporte social y familiar, el inicio de manera insidiosa y progresiva, la baja conciencia de enfermedad, la escasa respuesta inicial al tratamiento.

Respecto al escaso o nulo soporte familiar estos autores plantean que el hecho de tener una estructura familiar constituida y cohesionada, estar casado o tener una pareja estable, así como también contar con una sólida red de contactos sociales pueden relacionarse con un mejor curso de la enfermedad, mientras que un bajo nivel de relaciones sociales o familiares está relacionado con un mayor riesgo de recaídas, así como también con un peor funcionamiento laboral y psicosocial del individuo.

Un aspecto que predice un mejor pronóstico es la adecuada conciencia de enfermedad, lo que se da debido a la capacidad de insight de la persona sobre su proceso de enfermedad, generando consecuentemente una buena adherencia al tratamiento.

A su vez, una buena respuesta inicial al tratamiento con antipsicóticos es otro de los factores que predicen una menor cantidad de recaídas y un mejor pronóstico, tanto a nivel sintomático como funcional.

Por otra parte, plantean que hay cierto consenso en afirmar que el inicio de manera insidiosa y progresiva (de 6 meses a 1 año) predice un peor pronóstico a largo plazo, presentando una menor respuesta al tratamiento con fármacos y un peor funcionamiento psicosocial y laboral, en comparación con los comienzos abruptos.

Por su parte, para el DSM-5 (APA, 2014) los síntomas negativos también están ligados de manera estrecha con el pronóstico.

Cartón et al. (2012) coinciden en este aspecto, y sostienen que la presencia de síntomas negativos de forma precoz e intensa desde el inicio de la enfermedad podría ser predictiva de un peor curso a corto y largo plazo.

Uno de los motivos por el que se considera a los síntomas negativos como predictores de un peor curso, es que están estrechamente asociados con el funcionamiento de la persona, así como también tienen un fuerte impacto en las relaciones interpersonales (Alpetkin et al., 2005).

## **Discapacidad y esquizofrenia**

La esquizofrenia es una de las diez primeras causas de discapacidad en el mundo, con un gran impacto negativo en la calidad de vida de las personas que la sufren (WHO, 2004).

A menudo las personas con este trastorno atraviesan una diversa variedad de dificultades psicosociales que van más allá de los síntomas de la enfermedad (Świtaj et al., 2012). En otras palabras, muchas de las dificultades psicosociales que tienen lugar en la esquizofrenia no son consecuencia directa de la enfermedad, sino que están mediadas por el entorno en el que viven las personas.

Actualmente, las personas con discapacidad son consideradas sujetos de derecho que forman parte y aportan a la sociedad (Besoain-Saldaña, 2019).

Sin embargo, esto no ha sido siempre así. A lo largo de la historia, la discapacidad se ha explicado a través de tres claros modelos que encierran una forma de concebir a las personas con discapacidad y, en consecuencia, han determinado la actitud de la sociedad frente a ellas.

El primer modelo, conocido como modelo tradicional o de prescindencia, considera a la persona con discapacidad víctima de castigos divinos o del mal, que a su vez no aportan a la sociedad, sino que son una carga innecesaria para la comunidad y su familia (Besoain-Saldaña, 2019).

Desde este modelo, sus vidas no merecen ser vividas, por lo que la sociedad puede prescindir de ellos mediante su asesinato, exclusión y aislamiento (Cenacchi, 2018).

Posteriormente, se abandonan las concepciones religiosas para dar paso a explicaciones científicas, dando origen al modelo individual o médico rehabilitador, el cual se consolida en el siglo XX. Este modelo se basa en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, que la define como la ausencia de enfermedad. En lo que respecta a la discapacidad, la concibe como un estado intrínsecamente malo que se debe curar o rehabilitar con el objetivo de restaurar la normalidad (Besoain-Saldaña, 2019).

En este sentido, la discapacidad es un problema de la persona que puede corregirse con los cuidados sanitarios necesarios (Gandolfo y Passini, 2018).

La principal diferencia con el modelo de prescindencia es que en este modelo sí se apela a que la sociedad se haga cargo de la situación, pero con un enfoque normalizador, así la persona puede aportar a la sociedad (Besoain-Saldaña, 2019).

Finalmente, a partir de la década de 1960 surge una nueva corriente en Estados Unidos, Reino Unido y otros países que da origen al modelo social (Gandolfo y Passini, 2018).

Este modelo se aleja de explicaciones médicas o espirituales y sostiene que la causa principal de la discapacidad es la sociedad y sus limitaciones, que crean estigmas y barreras que restringen a las personas con discapacidad, y que no está preparada para hacer frente a las necesidades de todos. De esta manera, la condición médica o deficiencia de una persona no es discapacitante, sino que la discapacidad se construye socialmente y es creada por el entorno social (Besoain-Saldaña, 2019).

Desde este modelo, las personas con discapacidad tienen mucho para aportar a la sociedad en igual medida que aquellos sin discapacidad, pero siempre valorando y respetando las diferencias. De esta manera, se encuentra muy relacionado con los derechos humanos, principalmente en lo

que respecta a la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social (Palacios, 2008).

El modelo social, fruto de un movimiento que surge desde la lucha de las propias personas con discapacidad, tuvo sus consecuencias en las legislaciones internacionales.

En primer lugar, se cristaliza en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (OMS, 2001). Esta clasificación impulsada por la Organización Mundial de la Salud es complementaria a la Clasificación Internacional de Enfermedades. Además, es una herramienta útil para la medida del funcionamiento y para la rehabilitación psicosocial, ya que se reconocen una serie de ámbitos de actuación de los cuales puede beneficiarse, sobre todo en lo que respecta al desarrollo y redefinición de políticas sociales y de salud.

El concepto de discapacidad se introduce en la CIF desde un modelo biopsicosocial que consolida horizontes ya conquistados por la rehabilitación, como el énfasis en los factores ambientales conocidos como barreras.

Por otra parte, basada en el modelo social surge la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2006), un hito mundial de la discapacidad. En ella se define a la persona con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (p.4).

De esta manera, y en línea con lo planteado por la CIF, la convención considera a la discapacidad desde una perspectiva integradora donde reconoce que es el resultado de la interacción entre las personas con alguna deficiencia y las barreras del entorno, que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad.

Ambas publicaciones contemplan la dimensión participación en la sociedad como un elemento clave, no sólo de la condición médica como es la esquizofrenia, sino de su interacción con factores ambientales y personales que, de forma positiva o no, influyen en los individuos.

Según Rodríguez y González (2002) las discapacidades que tienen las personas con esquizofrenia afectan las áreas de autocuidado, la autonomía, el autocontrol, las relaciones interpersonales, el ocio y el tiempo libre, el funcionamiento cognitivo y el laboral. A su vez, estas dificultades en interacción con factores ambientales que actúan como barreras, como son el estigma, el rechazo social, la insuficiente atención sanitaria y el escaso o nulo soporte social y

en ocasiones la familia, desembocan en problemas a la hora de manejar las exigencias de la vida personal y social, así como en el desempeño de los roles sociales establecidos. En otras palabras, impiden el pleno funcionamiento de la persona.

De acuerdo a todo lo anteriormente planteado, la rehabilitación psicosocial en entornos comunitarios juega un papel fundamental en el tratamiento de las personas con discapacidad, y en particular, con esquizofrenia. Constituye, por lo tanto, un elemento fundamental para compensar las discapacidades, haciendo énfasis en fortalecer, recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para relacionarse y vivir en comunidad, y favorecer la inclusión social.

## **Rehabilitación psicosocial**

### **Breve recorrido histórico**

Desde una perspectiva histórica, la emergencia y necesidad de la rehabilitación psicosocial sólo puede entenderse dentro del contexto propiciado por los procesos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica (Rodríguez y González, 2002).

El proceso de desinstitucionalización psiquiátrica surge a mediados del siglo XX, en el contexto de movimientos de liberación y reivindicaciones de derechos de las mujeres y las minorías. Dentro de estas últimas se incluyen a los enfermos mentales, quienes a lo largo de la historia han sido sometidos a procesos de exclusión y aislamiento que han tenido como objetivo segregar lo diferente, lo que “hace ruido”, lo que no se quiere ver (Del Castillo, Villar y Dogmanas, 2011).

Este movimiento social y político está caracterizado por la salida de los pacientes de los hospitales psiquiátricos, la tendencia a evitar la hospitalización y la creación de recursos alternativos en el contexto comunitario. En este sentido, se comienza a cuestionar el modelo asilar y sus consecuentes relaciones de sometimiento y vulneración de derechos humanos, exigiendo cambios en la estructura sanitaria y los dispositivos asilares (Hernández Monsalve, 2017).

En otras palabras, la desinstitucionalización cuestiona el elemento emblemático de la institucionalización, el hospital psiquiátrico, debido a su ineficacia y sus efectos iatrogénicos y cronificadores (Doménech et al., 1999).

En este contexto de Reforma Psiquiátrica, alrededor de la década de los 60 y 70, Europa y Estados Unidos, pioneros en el tema, comenzaron la reestructuración de la atención y consecuentemente el abandono del manicomio como aspecto central de la misma, para pasar a un modelo de atención basado en la comunidad, prometiendo importantes cambios en relación a los tratamientos utilizados históricamente para las enfermedades mentales y evitando su marginación e institucionalización (Rodríguez y González, 2002).

Entre los desarrollos más representativos, Hernández Monsalve (2017) menciona los de Francia, Italia, Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y los Países Nórdicos. Sin embargo, este autor destaca las experiencias de Estados Unidos e Italia como las más influyentes.

Por un lado, plantea que en Estados Unidos la desinstitucionalización tuvo como aliada a la economía liberal, ya que encontró en ella una oportunidad para el ahorro y el cierre de recursos públicos, pero sin crear ninguna alternativa. Esta experiencia tuvo como impulsores a los críticos de las instituciones y a las prácticas asistenciales que se generan fuera de los hospitales, como la intervención en crisis y los programas de seguimiento comunitario. Como consecuencia de considerar la desinstitucionalización como oportunidad de disminución del gasto público, y de la decisión de no crear dispositivos alternativos, los efectos no fueron muy favorables, ya que se abandonaron a los enfermos entre la población sin hogar y muchos otros fueron a parar a las cárceles, otras dos formas extremas de exclusión y encierro.

En contraposición a esta experiencia, el autor destaca la italiana, donde el cierre de los hospitales sí se vio acompañado de la creación de nuevos servicios comunitarios. En 1978 Italia aprueba la ley 180, donde se prescribía el cierre de puertas para nuevos ingresos en hospitales psiquiátricos y la apertura de puertas para la salida de los pacientes a la vida comunitaria. Este movimiento se caracterizó por el compromiso con el proyecto de emancipación y reinserción social de estos pacientes y la defensa de sus derechos de ciudadanía fuera de los hospitales. De esta manera, se brindó acceso a la vivienda y se desplegaron centros comunitarios de salud mental que funcionaban las 24 horas del día y brindaban camas sin la necesidad de estar ingresados en un hospital.

En este contexto, en 1986 se creó la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WARP) y, en consenso con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996 elaboraron el consenso WARP/OMS, oficializando estas nuevas perspectivas, valores y prácticas de rehabilitación.

Además, estas experiencias tuvieron un gran impacto en América Latina (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

A nivel regional, tuvo lugar la Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, que culminó con la Declaración de Caracas de 1990, donde se proclama la intención de superar el modelo de asistencia psiquiátrica basada en el dispositivo asilar de los hospitales psiquiátricos.

Esta declaración marcó un hito histórico en nuestro continente (OPS, 2020). El objetivo principal que se plantea en esta declaración es lograr un modelo de atención comunitaria que tenga como principios la descentralización, participación, integralidad, prevención, y que se enfrente a los abusos y discriminación de la población de salud mental.

En esta línea, la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental de 2010 reitera los principios que se plantearon en la Declaración de Caracas y hace hincapié en la importancia de combinar estrategias psicofarmacológicas con psicoterapéuticas, y en la importancia de los abordajes comunitarios de los servicios.

A pesar de todos estos avances en el marco normativo regional, según la Organización Panamericana de la Salud (2020), informes evaluativos de los sistemas de salud de las últimas décadas en América Latina y el Caribe muestran que el desarrollo de políticas, leyes y programas de salud mental de enfoque comunitario aún son insuficientes, perjudicando de esta manera los procesos de desinstitucionalización.

En lo que respecta al Uruguay, durante la mayor parte de la historia del país la atención psiquiátrica de las enfermedades mentales ha privilegiado los tratamientos invasivos que utilizan como estrategias principales el encierro y la medicación, siendo predominantemente manicomial (Techera y Apud, 2013).

Sin embargo, en los últimos años se ha comenzado una apertura de las instituciones asilares que acompaña el proceso de desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales, apuntando a la implementación de estrategias alternativas, entre las que se incluye la rehabilitación psicosocial (Del Castillo, Villar y Dogmanas, 2011).

Las primeras internaciones por trastornos mentales en Uruguay se dan en el año 1778 en el Hospital de Caridad de Montevideo. Sin embargo, el inicio de este modelo de atención se ubica en la inauguración del Manicomio Nacional en 1880, que luego pasó a llamarse Hospital Vilardebó, tal como lo conocemos hoy en día (Techera et al., 2013).

Más tarde, se crean las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, inspiradas en los innovadores centros de internación de Europa. Entre el Hospital Vilardebó y la Colonia Etchepare, en la

segunda mitad del siglo XX, la población internada alcanzó aproximadamente cinco mil personas, lo que se traduce a dieciocho pacientes internados cada diez mil habitantes, constituyendo una de las tasas más altas del mundo.

En el contexto de la Reforma Psiquiátrica mencionada anteriormente, el país atravesaba la dictadura cívico militar, que trajo consigo una gran censura que impidió que la información acerca de estos procesos llegara y tuviera el esperado impacto en el país, debido a que estaban relacionados con duras críticas a la vulneración de derechos humanos y a las instituciones de encierro (Ginés, 2013).

Otro gran impacto de la dictadura fue el hecho de frenar el proceso de transformación planteado en el Plan Nacional de Salud Mental de 1972 (Techera y Apud, 2013).

Finalmente, con la reapertura democrática comienzan a elaborarse políticas públicas dirigidas a la salud mental. De esta manera, el Plan Nacional de Salud Mental pudo retomarse en la década de los ochenta, gracias a que el Ministerio de Salud Pública lo aprueba en 1986. Este plan fue impulsado por familiares, pacientes, trabajadores y docentes de salud mental (Ginés, 2013).

Según Ginés, Porciúncula y Arduino (2005), los planteos del Plan fueron innovadores y significaron grandes avances en relación a la época en la que se elaboró, por lo que significaron una nueva situación frente al modelo manicomial. Este plan contribuyó a avanzar desde un sistema de atención en salud mental marginado, a un nuevo estado, con muchos contrastes, pero en movimiento y con proyectos.

Sus cometidos eran la reestructuración de los servicios con un enfoque comunitario, la Atención Primaria en Salud, la creación de equipos de salud mental en los hospitales generales, la descentralización hacia el interior del país, el cierre de los manicomios y la creación de los centros de rehabilitación (Techera et al., 2013).

Pocos años más tarde, Uruguay participa de la Declaración de Caracas de 1990, y por ende se compromete a llevar adelante lo establecido en ella. Esta Declaración reafirma los postulados del Plan Nacional de Salud Mental, entre los que se destaca la intención de reemplazar el modelo de atención centrado en el hospital psiquiátrico por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva, y principalmente, basada en la comunidad (Rodríguez, 2011).

En los años posteriores hasta la actualidad, la salud mental y su atención han cobrado un papel más importante en la agenda pública del país, teniendo como efecto la disminución progresiva de las personas internadas (Techera y Apud, 2013).

Estos avances en lo que respecta a la importancia de la salud mental se manifiestan en la Reforma Sanitaria que ha atravesado el Estado Uruguayo a partir del año 2005, el consecuente desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud aprobado en el año 2007 que plantea el cambio de modelo de atención, y en la inclusión del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental aprobado en el año 2011.

Este Plan trajo consigo grandes cambios a nivel asistencial, como la exigencia a los prestadores de salud que lo conforman de implementar nuevas prestaciones en salud mental, entre las que se destacan la psicoterapia individual y grupal orientadas a la rehabilitación y dirigidas a personas con trastornos mentales severos y persistentes, así como también intervenciones psicosociales para familiares (Del Castillo, Villar y Dogmanas, 2011).

Otro de los grandes avances en materia de salud mental es la Ley de Salud Mental N° 19.529 aprobada en Uruguay en el año 2017, que supera la antigua Ley de Asistencia al Psicópata luego de 81 años de vigencia. De esta manera, se genera una gran transformación a nivel de la atención a la salud mental, ya que la nueva ley parte desde una perspectiva de derechos y de dignidad de las personas usuarias de salud mental.

El objetivo principal de la ley es garantizar el derecho a la protección de la Salud Mental de los habitantes del país, particularmente de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. La protección de la salud mental incluye acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que contribuyan a la creación de condiciones de vida digna de las personas, pero particularmente de aquellas personas con trastornos mentales.

Un aspecto fundamental de esta ley es el hecho de que se basa en modelos comunitarios para la atención, priorizando intervenciones que puedan tener lugar en el entorno familiar, comunitario y social, y considerando la hospitalización como una estrategia terapéutica restringida que se utiliza solamente para situaciones agudas, procurando además que se realice en hospitales generales.

Otro de los aspectos más relevantes es que se impulsa la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental a través del cierre progresivo de las estructuras asilares y monovalentes para el año 2025, que planean ser sustituidas por estructuras alternativas como los centros de

rehabilitación psicosocial. En este sentido, la rehabilitación está orientada a mejorar la calidad de vida de las personas, su autonomía e inclusión (educativa, social, laboral y cultural), debe ser accesible y estar adaptada a diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental.

En este contexto, a cuatro años de la aprobación de la nueva ley, el foco sigue puesto en fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental con el objetivo de superar el modelo asilar y erradicar el sistema manicomial (Del Castillo, Villar y Dogmanas, 2011).

Como forma de lograr estos objetivos surge la necesidad de desarrollar estrategias en rehabilitación psicosocial, las cuales han demostrado a lo largo de la historia su eficacia en los procesos de desinstitucionalización, recuperación e inclusión social de las personas con trastornos mentales graves y persistentes (Hernández Monsalve, 2011).

### **Definiciones y objetivos de la rehabilitación**

En las últimas décadas, la rehabilitación psicosocial se ha configurado como una estrategia de intervención comunitaria cada vez más importante para el tratamiento de los trastornos mentales, y particularmente para la esquizofrenia.

A mediados del siglo XX, cuando aparecen los psicofármacos, se genera un gran cambio en los tratamientos que históricamente se han utilizado para las enfermedades mentales. Sin embargo, la mejoría y el control de la sintomatología derivada de los tratamientos farmacológicos fue evidente pero relativa, ya que no era suficiente para que la persona alcance su independencia funcional (Florit-Robles, 2006).

Los síntomas negativos tienen un impacto directo en el funcionamiento de la persona y en sus relaciones interpersonales, por lo que están estrechamente relacionados con la discapacidad. Si bien la medicación antipsicótica generalmente es efectiva para el tratamiento de los síntomas positivos, las opciones de tratamiento para los síntomas negativos son limitadas y continúan siendo una necesidad insatisfecha, ya que generalmente no responden bien al tratamiento farmacológico (Correll y Schooler, 2020).

Como ya fue planteado anteriormente, en mayor o menor grado, las personas con esquizofrenia presentan déficits y discapacidades que dificultan su desempeño autónomo y su integración en la vida cotidiana en la comunidad (Rodríguez y González, 2002).

De esta manera, se demostró que era necesario potenciar alternativas de rehabilitación psicosocial que posibiliten recuperar o adquirir capacidades y habilidades necesarias para la vida cotidiana y el relacionamiento en el entorno comunitario (Florit-Robles, 2006).

Gabbard (2002) plantea que solamente un 10% de las personas con esquizofrenia puede funcionar de manera exitosa únicamente con medicación antipsicótica y alguna hospitalización breve como tratamiento, mientras que el 90% restante se puede beneficiar con abordajes terapéuticos más integrales como lo es la rehabilitación psicosocial, que incluya la farmacoterapia, la terapia individual y/o grupal, abordajes familiares y entrenamiento de habilidades, entre otros.

Según la declaración de consenso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996) la rehabilitación psicosocial es

Un proceso que facilita la oportunidad a individuos 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.  
(WARP y OMS, 1996, p.1)

Esta definición destaca el papel que juega el entorno en relación al funcionamiento de la persona y su integración en la comunidad, así como también incluye un concepto fundamental: calidad de vida. Según el artículo 21 de la Ley nº19.529, las estrategias y programas de rehabilitación deben estar orientadas a lograr una mejor calidad de vida.

En esta línea, Florit-Robles (2006) plantea que el foco de la rehabilitación psicosocial no está en la cura, sino en mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, quienes enfrentan una variedad de necesidades en todas las esferas de la vida, principalmente en lo que respecta al funcionamiento psicosocial y la participación en la comunidad.

Estudios como el de Chou et al. (2012) y Svedberg et al. (2013) demuestran que la rehabilitación psicosocial mejora la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.

Desde una perspectiva similar, Rodríguez y González (2002) plantean que la rehabilitación psicosocial se puede definir como:

un proceso cuya meta global es apoyar a las personas con discapacidades psiquiátricas para que puedan reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible. (p.12)

El término normalizado aquí no hace referencia a normalidad, es decir, a igualar a las personas a los patrones estadísticamente mayoritarios. Por el contrario, según la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial [AMRP] (2007) de España, la normalización es uno de los principios orientadores de la rehabilitación psicosocial, y hace referencia a poner a disposición de la persona las estructuras, apoyos, actividades y oportunidades que sean necesarias para lograr un estilo de vida similar al del resto de la sociedad.

De esta manera, se promueve la integración del sujeto en su comunidad natural y el desempeño de roles sociales dentro de la sociedad que sean lo más normalizados posible, de tal manera que se pueda iniciar un apoyo intenso, en los casos que así lo requieran, hasta el mínimo necesario, con intervenciones cada vez más específicas (Florit-Robles, 2006).

En relación a este último aspecto, uno de los principios de la rehabilitación psicosocial es la desinstitucionalización. Se plantea entonces, que se busca siempre la “intervención mínima necesaria para dotar a la persona de posibilidades que le permitan satisfacer sus necesidades dentro de la comunidad” (AMRP, 2007, p.17).

Un aspecto a destacar es que, cuanto mayor es la participación e implicación de la persona, la familia y la comunidad, mayor es la efectividad de los programas de rehabilitación psicosocial (WAPR/OMS, 1996).

Según Florit-Robles (2006) para obtener buenos resultados, se debe motivar la participación e implicación activa del sujeto en su proceso de rehabilitación y en el control de su vida, siguiendo sus objetivos y planes personales. La rehabilitación psicosocial se aleja de la idea de los tratamientos forzosos, y por lo tanto, se fomenta principalmente la motivación del sujeto.

Por su parte, Hernández Monsalve (2011) plantea que la rehabilitación psicosocial ha demostrado ser un elemento clave en los procesos de desinstitucionalización, recuperación e inclusión social. Este autor la define como un conjunto de estrategias que sirven para hacer frente al desempeño de la vida cotidiana de las personas que tienen algún problema de salud mental que limita el desarrollo de su vida diaria y sus objetivos personales.

Según lo planteado en el Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial (AMRP, 2007), existen múltiples y variadas definiciones de lo que es la rehabilitación psicosocial, sin embargo, todas comparten una serie de características fundamentales:

En primer lugar, la rehabilitación se hace con las personas y no sobre ellas, es decir, es la persona la que se rehabilita y es artífice de su propio proceso de rehabilitación, y no el profesional quien rehabilita, sino que actúa como un facilitador, un apoyo del usuario.

En segundo lugar, las actividades que se llevan a cabo en el proceso de rehabilitación tienen que estar determinadas por objetivos que se pretenden alcanzar, establecidos en consenso con la persona. Por este motivo, no existe un modelo de tratamiento o intervención estándar, sino que cada tratamiento debe adecuarse a cada persona, entorno familiar y contexto.

En tercer lugar, se considera que todas las personas son rehabilitables. Desde esta perspectiva, mientras exista al menos un objetivo de mejora o de apoyo para el mantenimiento de la situación de vida de la persona y para evitar el deterioro, ya se puede hablar de rehabilitación. Como fue planteado anteriormente, existe una gran diferencia entre lo que se considera normalización, es decir, el hecho de ofrecer apoyos y oportunidades para poder alcanzar estilos de vida lo más parecidos a los de la mayoría, y el pretender convertir a todos en normales, sin tener en cuenta las diferencias de cada individuo.

Por último, se plantea que no se actúa únicamente con el individuo que posee determinada enfermedad mental grave, sino que abarca de manera más amplia a la persona y su contexto, como lo es la familia, los amigos, los apoyos.

Por otra parte, en lo que respecta a los objetivos de la rehabilitación psicosocial, en la declaración de consenso WAPR/OMS (1996) se establecen los siguientes: reducir la sintomatología a través de la farmacología apropiada, tratamientos psicológicos e intervenciones sociales, reducir los efectos físicos y conductuales de intervenciones anteriores como la institucionalización prolongada, mejorar la competencia social mejorando las habilidades sociales, la competencia psicológica y el funcionamiento ocupacional, reducir la discriminación y el estigma, apoyar a las familias de las personas con trastornos mentales, implementar sistemas de apoyo a largo plazo que incluyan necesidades como el alojamiento, el empleo, la relación social y el ocio, y habilitar a los usuarios mejorando su autonomía.

En la misma línea, Florit-Robles (2006) plantea que los objetivos principales son reducir el impacto de los síntomas positivos y negativos en la vida del sujeto, aumentar el conocimiento

acerca del trastorno que puedan tener el sujeto y la familia, favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la red social del usuario y proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés. Esto ha de llevarse a cabo desde intervenciones que potencien las fortalezas de los sujetos y de su entorno. En otras palabras, la rehabilitación psicosocial debe apoyarse en las habilidades conservadas por el sujeto y las potencialidades y recursos que su entorno ofrece de manera natural.

El enfoque comunitario desde el cual se trabaja en la rehabilitación psicosocial sostiene que es fundamental el conocimiento y el uso del ambiente del usuario y de los recursos existentes como agentes estimuladores (AMRP, 2007).

Como plantea Otero (2004, citado en De los Santos, 2015) la rehabilitación psicosocial va más allá de centrarse en el diagnóstico y los síntomas de la enfermedad, y basa sus estrategias en el reconocimiento de las capacidades conservadas, los recursos personales y las redes de apoyo familiar y social disponibles para potenciarlos en cada proceso.

En otras palabras, se enfoca en dos aspectos fundamentales: por un lado, generar o potenciar las habilidades necesarias para funcionar con autonomía en la comunidad y por otro, desarrollar los recursos del ambiente necesarios para apoyar y fortalecer sus capacidades funcionales (Garcelán, 2015).

### **Fases del proceso de rehabilitación**

Debido a que la esquizofrenia es una enfermedad con manifestaciones clínicas muy heterogéneas, Gabbard (2002) plantea que no existe “el” tratamiento, sino que todas las intervenciones terapéuticas deben ser confeccionadas en función de las necesidades del paciente.

De acuerdo con esta visión, Florit-Robles (2006) sostiene que, si bien pueden definirse determinadas fases en los procesos de Rehabilitación Psicosocial, estas no deben considerarse como etapas lineales que siempre siguen la misma dirección, ya que, debido a la singularidad de cada proceso, en ocasiones las fases pueden superponerse o saltarse, así como también se debe ir hacia atrás o adelante en el proceso.

Las fases planteadas por este autor son: fase de acogida, evaluación, establecimiento del plan de intervención, intervención propiamente dicha y seguimiento. A continuación, se describirán brevemente cada una según este autor.

### **Fase de acogida:**

Esta fase constituye un proceso al que se le debe dar especial cuidado. El primer contacto con un centro de rehabilitación psicosocial suele ser una situación novedosa y generadora de estrés, ya que estos tratamientos no guardan similitud con los obtenidos por la persona anteriormente, generalmente en hospitales psiquiátricos. El objetivo entonces, consiste en facilitar la adaptación del servicio y de la persona al proceso de rehabilitación, y, por lo tanto, constituye un proceso en el cual la responsabilidad es compartida.

No existe un tiempo establecido que debería durar esta fase, sino que depende de cada proceso, así como también el modo de llevarla adelante se adapta en función de los mismos. Entre los factores que se deben tener en cuenta en este momento se destacan el nivel de voluntariedad del sujeto, su capacidad cognitiva, el grado de implicación de su familia, el nivel de gravedad de su enfermedad y su grado de autonomía.

El objetivo final de este primer proceso consiste en que el sujeto y su familia comprendan qué es lo que se pretende, se ajusten las expectativas de tal manera que sean lo más realistas posibles y se alcance cierto grado de compromiso y motivación de su parte, que además le dé al sujeto el control de su propio proceso.

Desde el servicio, el objetivo es conocer las necesidades iniciales, comenzar con la individualización y adaptación de la evaluación (próxima etapa) a dichas necesidades, así como también conocer los recursos con los que cuenta la persona y su entorno.

Una vez logrados los objetivos de esta primera fase (el compromiso del y con el usuario, cierto grado de motivación hacia su proceso de rehabilitación y la adaptación del recurso a sus necesidades) se comienza la fase de evaluación.

### **Fase de evaluación:**

Esta etapa es guiada por un profesional que funciona como referente para el usuario, a pesar de que el proceso se realice por un equipo interdisciplinario. El instrumento que se utiliza es la entrevista semiestructurada y la observación, y se complementa con pruebas conductuales, cuestionarios y test. Un aspecto fundamental es el hecho de recoger información de diferentes fuentes, ya sea del usuario, familiares u otros profesionales.

Entre las áreas a valorar y recabar información se encuentran: los objetivos de la derivación y las expectativas del usuario y su familia respecto al centro, datos biográficos y clínicos, como pueden

ser los antecedentes psiquiátricos familiares y el ajuste premórbido en lo que respecta a la escolarización y la actividad laboral. También, se busca conocer en mayor profundidad aspectos relacionados a la enfermedad y su tratamiento, como el estado actual de su sintomatología positiva y negativa y su interferencia en el funcionamiento, su conciencia de enfermedad, el tratamiento farmacológico y la autonomía para administrarlo. Además, se evalúa el manejo de los diferentes estados emocionales, el funcionamiento cognitivo, las actividades de la vida diaria y de autocuidado, así como también las actividades que desarrolla en el hogar y en su tiempo libre.

Por su parte, Garcelán (2015) también distingue determinadas fases de la rehabilitación psicosocial. Si bien no tiene en cuenta la fase de acogida, etapa fundamental para Florit-Robles, coincide con este autor en distinguir la fase de evaluación como una de las primeras en llevarse adelante. Él plantea que esta etapa es un factor crucial e ineludible, y, por lo tanto, una de las fases más importantes. Consiste principalmente en establecer un exhaustivo diagnóstico del nivel de funcionamiento, capacidades y déficits conductuales que permita diseñar el Plan Individualizado de Rehabilitación. En lo que respecta a las áreas a evaluar, no presenta mayores diferencias con las establecidas por Florit-Robles.

### **Fase de establecimiento del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR):**

Como fue planteado anteriormente, la fase anterior permite identificar los déficits que se tendrán que disminuir, así como las fortalezas en las que se puede apoyar la intervención, y en base a esto se establecen los objetivos de la misma. Estos objetivos y las estrategias para llevarlos adelante son consensuados con el usuario (y cuando sea pertinente y posible, con la familia) de tal manera que el sujeto se vea informado e implicado directamente con su proceso de rehabilitación.

Los objetivos de rehabilitación no deben ser extensos ni inalcanzables, sino que deben ser metas que requieran cierto esfuerzo pero que sean realistas de acuerdo a las capacidades del sujeto y de su entorno, así como también debe tener en cuenta los recursos que ofrece la institución y lo que el profesional considera necesario.

El PIR debe, por lo tanto, contemplar los objetivos propuestos (a corto, mediano y largo plazo), la metodología a seguir, los profesionales responsables del seguimiento de los objetivos y la temporalización.

Según Garcelán (2015), el Plan Individualizado de Rehabilitación es el pilar fundamental para el psicólogo y los demás profesionales a la hora de abordar las necesidades de los pacientes. Al igual que Florit-Robles, este autor plantea que es muy importante que el PIR se desarrolle en conjunto con el paciente y se base en necesidades reales expresadas por él y sus familiares. Además, recalca la importancia de la participación de equipos interdisciplinarios en estos procesos.

### **Fase de intervención:**

Esta fase depende en mayor medida del PIR que se ha establecido, ya que, como fue mencionado anteriormente, cada proceso es adecuado a la realidad de cada persona. En esta etapa del proceso el usuario tiene un profesional de referencia responsable de mantenerlo informado e implicado, y de no perder de vista el PIR.

Los programas de intervención son muy diversos, pero el objetivo final de la rehabilitación es siempre el mismo: lograr el esplendor de las personas con trastorno mental. En este sentido, se debe basar en programas de intervención de eficacia contrastada que se adapten a la realidad de cada sujeto y se ofrezcan solo en los casos que sean verdaderamente útiles.

Otro aspecto fundamental es la generalización de los resultados que se da durante la intervención en otros contextos. De esta manera, se debe trabajar en ambientes que sean lo más naturales posibles para poder generalizar lo aprendido.

### **Fase de seguimiento:**

Constituye la última fase del proceso, cuando ya se cumplieron los objetivos establecidos. El objetivo principal es el “desenganche” con el centro y los profesionales. Este momento, al igual que la fase de acogida, debe cuidarse mucho, y hacerlo de manera progresiva y planificada para que los apoyos se vayan retirando de manera gradual.

Garcelán (2015) por su parte agrega a esta fase de seguimiento, la evaluación de los resultados que, si bien se da de manera continua durante todo el proceso, en esta etapa específicamente se aplican las mismas pruebas que se utilizaron en la fase de evaluación. También se evalúa si los resultados positivos se manifiestan sólo en el centro o si se han generalizado al contexto donde vive el sujeto, siendo este el foco de la intervención.

En cuanto al seguimiento, este autor comenta dos aspectos fundamentales. Por un lado, sostiene que las modificaciones logradas deben mantenerse en el tiempo, y para esto es necesario

realizar evaluaciones periódicas. Por otro lado, plantea que trabajar con personas con esquizofrenia requiere mantener contactos periódicos, en los que no solo se constate que los logros obtenidos anteriormente se mantengan, sino también establecer nuevos objetivos que sean cada vez más ambiciosos.

Por último, este autor hace especial énfasis en un hecho fundamental: el establecer seguimientos luego de culminado el proceso de rehabilitación garantiza además la relación entre el usuario y el servicio de salud mental, aspecto clave en la atención comunitaria.

### **Estrategias de abordaje**

A la hora de elaborar un Programa de Rehabilitación Psicosocial para la esquizofrenia, es fundamental tener en cuenta que el objetivo principal del proceso de rehabilitación es mejorar la autonomía, la calidad de vida y la integración social de las personas afectadas (González y Rodríguez, 2010).

Para ello, se ponen en práctica técnicas muy diversas, más o menos específicas, pero siempre desde valores como la participación, normalización, responsabilización y autonomía (Hernández Monsalve, 2017).

Debido a que existe una gran variedad de programas que pueden llevarse a cabo en la rehabilitación psicosocial, se debe decidir cuáles son aquellos realmente pertinentes en función de los objetivos establecidos para cada persona y teniendo en cuenta las áreas de funcionamiento sobre las que se intervendrá (González y Rodríguez, 2010).

Los programas e intervenciones en rehabilitación psicosocial que han demostrado su eficacia o son ampliamente recomendados son los siguientes:

#### **Programa de habilidades sociales:**

Una de las principales consecuencias de la esquizofrenia es la pérdida de la red social y la presencia de un deterioro en la competencia y en las habilidades sociales. Como resultado, se produce aislamiento, un mayor riesgo de recaídas y menor funcionamiento e integración social. Estos programas tienen como objetivo mejorar las competencias y habilidades que tienen su lugar en la interacción social, utilizando procesos estructurados de entrenamiento y aprendizaje de habilidades específicas, siempre teniendo en cuenta los diversos contextos en los que se desenvuelve la persona (González y Rodríguez, 2010).

En esta línea, Gabbard (2002) plantea que en los programas de entrenamiento de habilidades sociales los usuarios participan en actuación de roles (entre otros ejercicios) para mejorar su funcionamiento en los contextos interpersonales.

Por su parte, Florit-Robles (2006) sostiene que estos programas mejoran el comportamiento de los participantes, así como también la percepción de los sujetos y disminuyen la ansiedad social.

### **Programa de psicoeducación**

Este tipo de intervención trata principalmente de que el sujeto tome conciencia de su enfermedad y de aumentar las competencias necesarias para su manejo adecuado (Florit-Robles, 2006).

Las personas con esquizofrenia presentan generalmente mala adherencia al tratamiento, teniendo como resultado recaídas periódicas. Sin embargo, la información que el paciente dispone acerca de su enfermedad, así como diferentes consejos para enfrentarla mejora de manera significativa el seguimiento de los tratamientos, y, por lo tanto, el curso o pronóstico de la enfermedad (González y Rodríguez, 2010).

Una de las estrategias más eficaces en psicoeducación es acercar modelos semejantes a los sujetos, es decir, que otras personas con esquizofrenia expongan sus casos, sus síntomas, así como también explicar el diagnóstico, los síntomas, las causas, las fases de la enfermedad, la identificación con pródromos y factores de riesgo y de protección. A su vez, es fundamental brindar información acerca de los psicofármacos y sus efectos terapéuticos, adversos y secundarios, con el objetivo de aumentar la adherencia al tratamiento, así como también fomentar las habilidades de manejo y autonomía en el manejo de la medicación (Florit-Robles, 2006).

### **Programa de autocontrol y manejo de la ansiedad**

La persona con esquizofrenia es muy vulnerable a aquellos acontecimientos estresantes que tienen lugar en su medio social, siendo más difícil controlar los estados emocionales que se desencadenan (Garcelán, 2015).

El objetivo principal de este programa es que el sujeto logre identificar las situaciones que le producen ansiedad y aprenda a manejarlas eficazmente, fortaleciendo así su motivación para hacer frente a nuevas situaciones cotidianas (González y Rodríguez, 2010).

La intervención en la esquizofrenia pasa por un entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante los distintos estresores que puedan aparecer. En este sentido, las estrategias de relajación

constituyen un pilar en su tratamiento por sus efectos beneficiosos en lo que respecta a la reducción de la ansiedad, así como también es fundamental el entrenamiento en la detección e identificación de las emociones y en la aplicación de resolución de conflictos en las situaciones que producen estrés (Florit-Robles, 2006).

### **Programa de rehabilitación cognitiva**

El deterioro cognitivo es una de las consecuencias más frecuentes en la esquizofrenia, estimándose que entre el 60 y 80% de los pacientes presentan estos déficits. A su vez, estos se correlacionan directamente con la evolución de la enfermedad, ya que el mejor o peor funcionamiento cognitivo tiene una clara influencia en la capacidad para adquirir otras competencias o habilidades y, por lo tanto, un mejor o peor desempeño e integración social (González y Rodríguez, 2010).

De acuerdo con Florit-Robles (2006), las áreas sobre las que se trabaja son principalmente la atención sostenida y selectiva, el funcionamiento ejecutivo, la abstracción y la categorización. Según este autor, hay investigaciones que arrojan resultados contradictorios en relación a la eficacia de la mejora cognitiva y la generalización de los resultados a su vida diaria, siendo éste el objetivo principal de las intervenciones.

### **Programa de psicoeducación de familias**

Las familias constituyen un apoyo clave y fundamental en los procesos de rehabilitación e integración de las personas con esquizofrenia (Garcelán, 2015).

Su participación e implicación activa favorece entonces una mejor y más rápida recuperación de la persona (Rodríguez y González, 2010).

En lo que respecta a estos programas, Rodríguez y González (2010) plantean que han sido muy populares en la historia de la rehabilitación psicosocial. Su desarrollo se debe principalmente a que los procesos de reforma psiquiátrica supusieron que muchas de las personas con trastornos mentales vivan con sus familias, por lo que estas últimas ahora ejercen funciones de cuidado y necesitan información, consejo y apoyo. Además, hay determinadas pautas de relacionamiento y de comunicación que tienen mayor probabilidad de generar recaídas, por lo que los familiares no son sujetos pasivos en los procesos de rehabilitación de las personas con diagnóstico de esquizofrenia.

### **Programa de actividades de la vida diaria**

Florit-Robles (2006) sostiene que existen estudios que demuestran que la presencia de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria son un factor de pronóstico positivo para el curso de la enfermedad. De esta manera, es importante llevar adelante procesos de rehabilitación en áreas del comportamiento que están relacionadas con los cuidados generales de la salud y que potencien la independencia y la autonomía en áreas consideradas básicas y cotidianas, entre los que se incluyen la competencia personal, los hábitos de alimentación, el autocuidado y la planificación económica.

Según González y Rodríguez (2010), este programa también pretende mejorar la higiene y el aspecto personal, el manejo de la vivienda y el sueño. Debido a que son temas íntimos, estos autores recomiendan que se hagan abordajes en formatos individuales, aunque no niegan que también puedan llevarse a cabo de manera grupal beneficiosamente, sobre todo si los conceptos que se trabajan son más generales.

### **Programa de inserción laboral**

Según Florit-Robles (2006) en muchos casos las personas con esquizofrenia pueden utilizar recursos normalizados que la comunidad pone a disposición de las personas que están desempleadas y así abordar su inserción laboral. Sin embargo, en otras personas la inserción y el mantenimiento del trabajo requerirá procesos estructurados de rehabilitación laboral, con el objetivo de mejorar el acceso, mantenimiento y desempeño laboral de las personas.

En la misma línea, Rodríguez y González (2010) plantean que los contenidos contemplados en estos programas abarcan, entre otros, la orientación vocacional, las habilidades para buscar y responder adecuadamente a ofertas de trabajo, hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales que se requieren en el entorno laboral.

Estos programas son fundamentales en los procesos de rehabilitación psicosocial, ya que son esenciales para alcanzar niveles satisfactorios de integración social. Para Garcelán (2015), la intervención rehabilitadora en este programa se enfoca principalmente en los aspectos conductuales que están relacionados con los procesos de toma de decisiones en lo que respecta a elegir un empleo, el apoyo en la clarificación de metas y el entrenamiento en estrategias para la inserción laboral.

Estos son solamente algunos de los programas que tienen lugar en la rehabilitación psicosocial. González y Rodríguez (2010) sostienen que, si bien cada uno de ellos es muy importante por sí

mismo, sus resultados se potencian y refuerzan cuando se realizan en conjunto y en intercomunicación con otros programas e intervenciones.

Además, según estos autores todos los programas pueden implementarse ya sea en formato individual o grupal, pero se debe tener en cuenta cuál es el formato más conveniente en función de los objetivos individuales de cada programa y de la disponibilidad del servicio y sus recursos. Sin embargo, estos formatos no son excluyentes, sino complementarios.

## **La rehabilitación orientada a la recuperación**

Según Hernández Monsalve (2017) se puede considerar a la rehabilitación psicosocial en el marco de dos procesos más amplios. El primero es el ya mencionado surgimiento de la rehabilitación en el contexto de la desinstitucionalización, y un segundo proceso, donde la rehabilitación se enmarca en el contexto actual del movimiento de la recuperación.

Este movimiento surge del cuestionamiento al modelo médico imperante en la rehabilitación que busca únicamente reducir deficiencias y síntomas. En contraposición, los defensores del movimiento plantean que, si la rehabilitación se trata de construir capacidades, el modelo debe pasar a tener un enfoque basado en la recuperación (Pastor, Blanco y Navarro, 2010).

De acuerdo con esta postura, Rosillo Herrero, Hernández Monsalve y Smith (2013) plantean que una de las metas de la rehabilitación psicosocial es orientarla hacia un modelo de recuperación, con el objetivo de producir efectos globales. Por un lado, estos autores reconocen que la rehabilitación psicosocial ha demostrado su eficacia y que hay algunas intervenciones que son próximas a las propuestas de recuperación, pero por otro, destacan como un obstáculo la poca participación del afectado, aspecto en el que hace especial énfasis el modelo de la recuperación.

Cabe destacar que el uso del término recuperación o “recovery” al hablar de trastornos mentales graves como la esquizofrenia, y la posibilidad de recuperación en este trastorno específicamente, es un asunto controversial de debate vigente (Pastor, Blanco y Navarro, 2010).

Sin embargo, el movimiento de la recuperación está siendo reconocido y adquiriendo fuerza con más claridad. En países como Nueva Zelanda, Canadá, Australia, Inglaterra y Estados Unidos el concepto de recuperación ha pasado a ser protagonista de las políticas de planificación de la atención en salud mental, de las prácticas profesionales y de la gestión de los servicios de atención a personas afectadas por trastornos mentales (Rosillo Herrero, Hernández Monsalve y Smith, 2013)

Tal es la difusión que ha alcanzado este movimiento, que la Organización Mundial de la Salud en su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 reconoce que es fundamental que la atención sanitaria y social ponga el acento en la recuperación de las personas afectadas por trastornos mentales. En este sentido, el plan sostiene que

La prestación de servicios comunitarios de salud mental ha de tener un enfoque basado en la recuperación que haga hincapié en el apoyo para lograr que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales alcancen sus propias aspiraciones y metas. (OMS, 2013, p.14)

Por su parte, Rosillo Herrero, Hernández Monsalve y Smith (2013) plantean que la idea de recuperación no es nueva, sino que lo novedoso es la redefinición del término y su carácter innovador, ya que se presenta como un modelo alternativo a las prácticas convencionales de los servicios de atención a la salud mental.

Según Maone (2015) el significado de “recovery” puede traducirse al español como “curación”. Sin embargo, en inglés, para hacer referencia a la curación definitiva de una enfermedad, se utiliza el término “full recovery”. De esta manera, en las últimas décadas, el concepto “recuperación” por sí solo ha adquirido mayor amplitud semántica, alejándose del significado de una mera curación clínica y extendiéndose a otras acepciones que hacen más énfasis sobre el proceso y no tanto sobre el resultado. En este sentido, la recuperación no implica una reducción de los síntomas o un retorno a un estado de salud preexistente, sino que requiere que el trastorno mental sea considerado como uno más de los aspectos de la persona en su totalidad.

De acuerdo con esta postura, Davidson et al. (2005) hacen énfasis en que la recuperación no debe entenderse como un resultado final estático, como un sinónimo de curación, ni como una vuelta a un estado premórbido. Para estos autores, la recuperación es un proceso que dura toda la vida, y que conlleva una serie ilimitada de pasos que se incrementan en diferentes dominios de la vida. Un aspecto fundamental a destacar es que, desde esta perspectiva, la persona se encuentra en recuperación a la misma vez que continúan siendo afectadas por su patología.

En la misma línea, Pastor, Blanco y Navarro (2010) sostienen que en lo que respecta a los problemas mentales graves, la recuperación no significa la vuelta a un punto anterior de funcionamiento, ya que, específicamente en la esquizofrenia, los niveles de funcionamiento suelen estar muy bajos. En consecuencia, el objetivo de la recuperación está en llegar a dotarse

de herramientas que le permitan al sujeto avanzar y construir espacios vitales, sobre todo en lo que respecta a la autonomía personal.

Otro de los motivos por los cuales la recuperación no puede ser entendida como una vuelta a un estado premórbido, se debe al hecho de que las experiencias vividas de discapacidad, de tratamientos y hospitalizaciones, de estigma y discriminación asociadas al trastorno mental tienen un impacto profundo en los sujetos, al punto de haber cambiado su vida de manera irreversible (Davidson et al., 2005).

En la misma línea, Pastor, Blanco y Navarro (2010) entienden la recuperación de los trastornos mentales graves como un proceso cuya meta no es restablecer competencias, sino vivir creciendo y desarrollándose. Por lo tanto, se trata menos de volver a ser quien se era, y más de descubrir quién se puede llegar a ser.

Esquer Terrazas, Fernández Martín y López Gómez (2015) concuerdan con esta idea de crecimiento personal, y sostienen que en este proceso el sujeto construye su propio proyecto de vida. En este sentido, los autores plantean que, si bien cada proceso es único, los usuarios adquieren control de su vida, más allá de la enfermedad y a pesar de los síntomas, tomando como punto de partida sus deseos personales.

Si bien existen variadas definiciones de recuperación, la más conocida que ha inspirado diversas políticas de salud mental es la propuesta por William Anthony (1993). Este autor plantea que la recuperación es un proceso personal y único, y constituye una modificación de comportamientos, valores, sentimientos, objetivos, capacidades y roles. Además, sostiene que es un modo de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y en condiciones de contribuir a la sociedad, a pesar de las limitaciones y los efectos catastróficos de la enfermedad.

Con el objetivo de implementar un enfoque basado en la recuperación en servicios de rehabilitación, Rosillo Herrero, Hernández Monsalve y Smith (2013) identifican cuatro valores claves que resultan eficaces: la orientación hacia la persona, la implicación de la persona, la autodeterminación, y la esperanza.

La orientación hacia la persona responde a la concepción de que el sujeto en recuperación es el verdadero protagonista de su proceso. A su vez, se considera a la persona desde los aspectos positivos de su funcionamiento, es decir, se enfatiza en sus capacidades, recursos, competencias y en su bienestar. Desde esta perspectiva, el foco ya no está en su problema o patología, sino que se trata de ver a la persona en su totalidad y aceptar otros roles que no sean el de enfermo.

En lo que respecta a la implicación de la persona, se hace referencia a su implicación en su proceso terapéutico y de cambio. Desde este movimiento, las personas en recuperación están capacitadas para tomar decisiones con autoridad y responsabilidad en sus procesos, por lo que es de mucha importancia fomentar el empoderamiento de los usuarios y de identidad propia.

En tercer lugar, plantean como elemento fundamental la autodeterminación de los usuarios para tomar sus propias decisiones, así como también para retomar el significado de su vida y construir un proyecto vital. De esta manera, el rol de los profesionales se basa principalmente en colaborar con estos objetivos en lugar de pautar, dejando de lado por completo la coacción.

Por último, resaltan el papel de la esperanza en los procesos de recuperación. Este elemento va desde el hecho de ver y oír que la recuperación es posible, y que los profesionales crean en esta posibilidad, hasta asumir el control de su propia vida, potenciar y reconocer los cambios positivos, buscar la oportunidad para crecer en cada circunstancia, y de avanzar y construir nuevos espacios vitales, como tener un trabajo, una familia, independizarse, tener amigos.

En relación a este último elemento, Slade (2015) plantea que una intervención que favorece la esperanza son los peer support workers, personas con trastornos mentales que, identificándose como tales, ponen a disposición su propia experiencia vivida, dando apoyos a otras personas que se encuentren en el proceso de recuperación. Estas intervenciones no sólo tienen efectos beneficiosos en las personas en recuperación, sino también para el propio sujeto.

En conclusión, los programas de rehabilitación psicosocial que están orientados a la recuperación tienen objetivos y estrategias aún más ambiciosas, trabajando desde las fortalezas y capacidades de los sujetos. En este sentido, el diagnóstico de enfermedad mental, en particular de la esquizofrenia, deja de ser una característica definitoria y pasa a considerarse una experiencia más que se integra en la biografía del sujeto. Además, otro aspecto fundamental es que el modelo de recuperación prioriza la toma de decisiones por parte del sujeto, pasando a tener un rol activo en su propio tratamiento.

La meta, entonces, es que los procesos de rehabilitación se alejen del modelo médico tradicional y tengan en cuenta necesariamente la recuperación psicológica, social y funcional de las personas.

## Consideraciones finales

En las últimas décadas, la rehabilitación psicosocial se ha ido consolidando como una estrategia fundamental de atención a personas que padecen trastornos mentales severos y persistentes como la esquizofrenia.

La rehabilitación psicosocial no opera sola, sino que es una intervención que se complementa con abordajes más tradicionales, como la psicoterapia y el tratamiento farmacológico. En este sentido, teniendo en cuenta las características de la esquizofrenia y la heterogeneidad que encierra en su sintomatología, se hace necesario llevar adelante un tratamiento integral como lo es la rehabilitación psicosocial, que parta desde una perspectiva bio-psico-social.

De esta manera, el trabajo interdisciplinario coordinado constituye un pilar fundamental en lo que respecta a esta forma de intervención, ya que posibilita el diálogo e intercambio entre los diferentes saberes y disciplinas para llevar a cabo líneas de acción integrales que abarquen todas las áreas a trabajar.

Como fue planteado a lo largo del trabajo, el objetivo principal de la rehabilitación es que las personas puedan vivir con la mayor autonomía, inclusión y calidad de vida posible. Partir desde una perspectiva bio-psico-social significa también que los programas de rehabilitación deben trabajar en los diferentes factores que intervienen en la inclusión social, es decir, no solamente con el individuo sino también con la comunidad.

Según Guinea (2017), a nivel social, la rehabilitación psicosocial plantea la necesidad de un marco legislativo adecuado que parta desde una perspectiva de derechos humanos, que regule las hospitalizaciones involuntarias y establezca modos de protección social por discapacidad.

En esta línea, Uruguay cuenta con la Ley de Salud Mental N° 19.529 que respalda la rehabilitación como estrategia fundamental de apoyo a las personas con trastornos mentales a vivir una vida digna. Desde la nueva ley se proponen cambios en el modelo de atención de orientación comunitaria que tiene como principios rectores la dignidad humana y los derechos humanos.

Además, esta ley propone un cambio sustancial: el cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes para el año 2025, sustituyéndolos por un sistema de estructuras alternativas, dentro de los que incluyen los centros de rehabilitación psicosocial. Si bien esto

significa un claro cambio de paradigma y un gran avance en materia de derechos, aún queda mucho por hacer respecto a este punto para lograr cumplir lo dispuesto por la ley.

Según Foucault (2016) la locura es construida socialmente, por lo que cada sociedad adopta una actitud particular frente a ella y desarrolla sus propias formas de exclusión. Los avances que establece esta nueva Ley de Salud Mental son un reflejo de cómo, lenta y progresivamente, Uruguay viene construyendo una nueva actitud frente a la enfermedad mental y frente a la exclusión. Con una historia de atención a los trastornos mentales fuertemente asilar y de vulneración de derechos, hoy el panorama es más prometedor.

En esta línea de reivindicación de derechos y transformaciones en las relaciones de poder, el modelo de la recuperación juega un papel fundamental. Últimamente esta perspectiva se ha hecho sitio en la rehabilitación psicosocial y la ha enriquecido, fomentando que los servicios de rehabilitación pasen a estar orientados a la recuperación.

El modelo de la recuperación “supone librarse de la coacción, del etiquetado, y de la anulación producida por el diagnóstico psiquiátrico, y que tiene en cuenta los determinantes sociales del sufrimiento psíquico” (Suárez, 2016). La recuperación consiste entonces en construir un proyecto de vida con sentido para la persona, que sea definido por ella misma independientemente de su patología y la evolución de su sintomatología.

Si bien en Uruguay este modelo se puede apreciar lejano, la Ley de Salud Mental, a pesar de no hacer referencia a la recuperación como tal, da un paso más allá en lo que respecta a la participación de usuarios. Este punto es fundamental en el modelo de la recuperación: las personas usuarias deben jugar un papel central en la planificación y gestión de la asistencia sanitaria. En este sentido, el artículo 39 de la Ley N°19.529 establece la creación de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, que vela por el cumplimiento de la misma y les da participación a los usuarios, abriendo la posibilidad de integrar dicha comisión a un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental. Por primera vez en la historia del Uruguay, los usuarios de salud mental participan de un organismo de toma de decisiones.

Sin lugar a dudas, con la creación de la Ley de Salud Mental, Uruguay ha generado importantes transformaciones en materia legal. Virginia Wallace (2021), representante de los usuarios en la Comisión Nacional de Contralor de Salud Mental, plantea que las transformaciones propuestas

por la ley son “cambios grandes, significativos para la sociedad entera, donde el usuario pasaba de ser un objeto de depósito a ser un sujeto de derecho” (p.81).

Sin embargo, aún quedan muchos desafíos para lograr el pasaje de un modelo centrado en la enfermedad mental, sustentado por la perspectiva asilar, hacia un modelo comunitario, sustentado en un enfoque de derechos. Si bien lo propuesto por la Ley de Salud Mental es sumamente prometedor, el cómo implementarla sigue siendo una dificultad.

Baroni et al. (2013) sostienen que “las verdaderas transformaciones sociales no están dadas por leyes sino por cambios culturales, de conciencia y por nuevas formas de hacer política” (p.177). En este sentido, cabe señalar que la Ley por sí sola resulta insuficiente, por lo que se necesita seguir fomentando el involucramiento y participación de toda la sociedad.

## Referencias bibliográficas

- Almada, R. (2008). Fenomenología y psicopatología del «tiempo vivido» en Eugéne Minkowski. Recuperado de <http://www.robertoalmada.com/blog/wp-content/uploads/2016/01/minkowski.pdf>
- Alptekin, K., Erkoç, Ş., Göğüş, A. K., Kültür, S., Mete, L., Üçok, A., & Yazıcı, K. M. (2005). Disability in schizophrenia: clinical correlates and prediction over 1-year follow-up. *Psychiatry Research*, 135(2), 103-111.
- Álvarez, J. M. (1996) Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 16 (60): 655-662
- American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. (4ta Ed. Tr.), *Barcelona: Masson S.A.*
- American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. *DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana.*
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11-23.
- Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial: AMRP. (2007). *Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
- Baroni, Jiménez, Itza y Giordano. (2013). Locura en movimiento. *SALUD MENTAL EN DEBATE*.
- Barreira, I. (2019). De la psicosis a la esquizofrenia. Genealogía de un concepto y su impacto en la actualidad. *Epistemología e Historia de la Ciencia*, 4(1), 5-32.
- Besoain-Saldaña, A. (2019). Conceptualizar la discapacidad, comprender la diversidad desde otros paradigmas. M. Tamayo, A. Besoain-Saldaña, y J. Rebolledo (Eds.), *Kinesiología y discapacidad: Perspectivas para una práctica basada en derechos*, 5-11.
- Bleuler, E. (1993). *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen
- Bleuler, E. (1996). La esquizofrenia (1926). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 16(60), 664-676.
- Cartón, M. M. S., Cartón, M. S., y Vázquez, M. S. (2012). Factores pronósticos en la esquizofrenia. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*, (11), 98-105.

- Calafell, M. R., y Giráldez, S. L. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (111), 89-93.
- Cenacchi, M. A. (2018). Modelos, discursos y perspectivas teóricas vigentes sobre discapacidad y deficiencia. *Revista Irice*, (35), 65-94.
- Chou, K. R., Shih, Y. W., Chang, C., Chou, Y. Y., Hu, W. H., Cheng, J. S., ... & Hsieh, C. J. (2012). Psychosocial rehabilitation activities, empowerment, and quality of community-based life for people with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 26(4), 285-294.
- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: a review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 16, 519-534.
- Cuesta, M. J., Peralta, V., y Serrano, J. F. (2000). Nuevas perspectivas en la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos. *Anales del Sistema sanitario de Navarra*, 23, 37-50.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Staeheli, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: Paradigm Shift or Shibboleth? En L. Davidson, C. Harding, & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice*, (pp. 5–26). Center for Psychiatric Rehabilitation/Boston U.
- De los Santos, L. (2015.). *Estudio de la incidencia de un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que cursan un proceso de rehabilitación psicosocial en un centro del interior del Uruguay*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
- 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.
- Domènech i Argemí, M., Tirado Serrano, F. J., Traveset, S., y Vitores González, A. (1999). La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*.
- Esquer Terrazas, I., Fernández Martín, L., y López Gómez, D. (2015). Nuevos abordajes en la Rehabilitación Psicosocial: la recuperación, a propósito de un caso.

- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 223-244.
- Foucault, M. (2016). *Enfermedad mental y psicología*. Paidós Argentina.
- Fraguas, D. y Palacios, J. A. (2009). Recordatorio de semiología. *Semiología de la esquizofrenia. Servicio de Psiquiatría. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid*, (1755).
- Gabbard, G. O. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Editorial Médica Panamericana.
- Gandolfo, M., y Passini, M. (2018). Capítulo 2. Los modelos de la discapacidad y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD). *Salud Mental y Derecho. Derechos Sociales e Intersectorialidad*.
- Garcelán, S. P. (2015). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *Información psicológica*, (83), 37-46.
- Ginés, Á. M. (2013). Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud. *Salud Mental en Debate*.
- Ginés, A., Porciúncula, H. y Arduino, M. (2005). El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Rev Psiquiatr Urug*, 69(2), 129-150.
- González Cases, J., & Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.
- Guimón, J. (2005). Los límites del concepto de espectro en la esquizofrenia. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(3), 1-12.
- Guinea, R. (2017). Rehabilitación psicosocial, perspectivas en el mundo. *TRAMAS. Subjetividad y procesos sociales*, (43), 13-39.
- Gutiérrez, M. G., Peñas Martínez, L., Santiuste de Pablos, M., García Ruipérez, D., Ochotorena Ramírez, M. M., San Eustaquio Tudanca, F., y Cánovas Martínez, M. (2008). Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales CIE 10 y DSM IV. *Atlas VPM*, 5, 220-222.
- Hernández Monsalve, M. (2011). Rehabilitación psicosocial: perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estudios de Psicología (Natal)*, 16, 295-303.

- Hernández Monsalve, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-187.
- Hoenig, J. (1983). The Concept of Schizophrenia Kraepelin–Bleuler–Schneider. *The British Journal of Psychiatry*, 142(6), 547-556.
- Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), 271-287.
- León, J. E. V. (2021). La esquizofrenia desde un enfoque médico legal y sus implicaciones. *The Ecuador Journal of Medicine*, 1, 61-75.
- Maone, A. (2015). Introducción ¿curarse de la enfermedad o a pesar de la enfermedad?. En A. Maone y B. D'Avanzo (Eds.), *Recuperación. Recovery: Nuevos Paradigmas de Salud Mental* (pp.31-61). Madrid: Prismática.
- Novella, E. J., y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21(3), 205-219.
- Organización de las Naciones Unidas: ONU. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Organización Mundial de la Salud: OMS. (2001) Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. (CIF). Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud: OMS. (2008). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (CIE-10), Décima Revisión (1), Edición (2008).
- Organización Mundial de la Salud: OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/9748>
- Organización Panamericana de la Salud: OPS. (2020). Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe.

- Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Cermi.
- Pastor, A., Blanco, A., y Navarro, D. (2010). *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Editorial Síntesis.
- Rodríguez, J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Rev. psiquiatr. Urug*, 86-96.
- Rodríguez, A., y González, J. C. (2002). La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica. *CUADERNOS TÉCNICOS DE SERVICIOS SOCIALES, Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención, Consejería de servicios sociales de la Comunidad de Madrid*.
- Romé, M. y Kopelovich, M. (2020). Aportes fenomenológicos a la esquizofrenia. En Julieta de Battista (Ed.), *Aportes interdisciplinarios en psicopatología* (pp.297-307).
- Rosillo Herrero, M., Hernández Monsalve, M., y Smith, S. P. K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271.
- Slade, M. (2015). La investigación sobre la recuperación. En A. Maone y B. D'Avanzo (Eds.), *Recuperación. Recovery: Nuevos Paradigmas de Salud Mental* (pp.31-61). Madrid: Prismática.
- Svedberg, P., Svensson, B., Hansson, L., & Jormfeldt, H. (2014). A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation. *Nordic journal of psychiatry*, 68(6), 401-408.
- Świtaj, P., Anczewska, M., Chrostek, A., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J., & Chatterji, S. (2012). Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-12.
- Techera, A., y Apud, I. (2013). Políticas de Salud Mental en Uruguay. *SALUD MENTAL EN DEBATE*.

- Techera, A., de León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martínez, L., Miniño, A. y Sánchez, C. (2013). Pasado, presente y futuro de las políticas en Salud Mental. *SALUD MENTAL EN DEBATE*.
- Uruguay. (2017, septiembre 19) Ley nº19529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Wallace, V. (2021). Dificultades y desafíos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental. *Rev. psiquiatr. Urug*, 81-82.
- WAPR & OMS (1996) Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/ WHO, vol. 8, nº 3. Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. Recuperado de: [http://www.wapr.org/wp-content/uploads/WHO\\_WAPR\\_Declaracion\\_de\\_consenso\\_esp.pdf](http://www.wapr.org/wp-content/uploads/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf)
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization.