



Facultad de
Psicología



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

TRABAJO FINAL DE GRADO

Monografía

Entre la rehabilitación y la vida cotidiana: el impacto de la psicoeducación en la atención a personas con esquizofrenia.

Estudiante: Ana Belén Blanco Martignone

C.I: 5.623.376-6

Tutora: Rossina Machiñena.

Revisora: Ana Laura Russo.

Montevideo

Octubre, 2025

Índice:

1. Resumen	2
2. Introducción	2
3. Definición de Esquizofrenia	5
3.1. Desarrollo y evolución	5
3.2. Características clínicas	6
4. Tratamiento de la esquizofrenia	7
4.1. Tratamiento farmacológico	7
4.3. Psicoterapia individual	8
4.4. Psicoterapia grupal	9
5. Rehabilitación psicosocial	10
5.1. Inclusión Comunitaria	15
5.2. Entrenamiento de habilidades sociales	17
6. Resistencia	17
6.1. Estigma	19
7. Definición de psicoeducación	21
7.1. Objetivos	22
7.2. Tipos de intervención	23
7.3. Familia y acompañamiento psicoeducativo	24
7.4. Impacto y Efectividad	26
8. Consideraciones finales	28
9. Referencias bibliográficas	32

1. Resumen

El presente trabajo final de grado tiene como objetivo analizar el impacto de la psicoeducación en el abordaje integral de la esquizofrenia, particularmente en lo referente a la adherencia al tratamiento, la comprensión del diagnóstico y la participación activa en los procesos de rehabilitación psicosocial. Considerando que este trastorno suele presentarse en etapas tempranas de la vida y se asocia a un deterioro funcional y social significativo, resulta central incorporar estrategias más allá del plano farmacológico.

En este marco, se revisan los principales aportes de la psicoeducación como intervención que involucra tanto a pacientes como a sus familias, favoreciendo la prevención de recaídas, el fortalecimiento de la alianza terapéutica y la reducción del estigma. Asimismo, se destacan los beneficios de este recurso en la promoción de la inclusión comunitaria y en la construcción de una vida más autónoma.

El análisis se sustenta en distintos recopilados de marcos teóricos que evidencian cómo la psicoeducación constituye una herramienta fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia y sus cuidadores. De este modo, se plantea la necesidad de consolidar su implementación en los servicios de salud mental, en articulación con otras estrategias de rehabilitación psicosocial y desde un enfoque centrado en los derechos, la dignidad y la ciudadanía.

Palabras clave: esquizofrenia, psicoeducación, rehabilitación psicosocial, familia.

2. Introducción

El presente trabajo se construye a modo de cierre de mi formación en la Licenciatura en Psicología en la Universidad de la República. La elección del tema fue madurando a lo largo de la cursada, a medida que el contenido de las materias me influenciaba, logré consolidarlo al finalizar una unidad curricular optativa, que me permitió acercarme a la temática de la esquizofrenia y la rehabilitación psicosocial, particularmente surge el interés por los procesos de psicoeducación. A partir de allí surgió la idea de profundizar en una problemática que me desafiaba tanto en el plano personal como académico, al implicar cuestionar creencias arraigadas y desmitificar ideas erróneas que circulan cotidianamente en nuestra sociedad sobre los trastornos mentales.

La esquizofrenia es una enfermedad mental de diagnóstico complejo que, una vez establecida, no solo implica desafíos significativos en la vida cotidiana de quienes la atraviesan, sino que también se ve atravesada por múltiples representaciones sociales negativas que alimentan el estigma y la exclusión.

La historia ha mostrado que las personas reúnen criterios para lo que denominamos trastornos mentales han sido etiquetadas repetidamente de alguna forma como personas o ciudadanos «indeseables». Esta marca negativa es el estigma, de tal manera que todas las personas que presentan síntomas ubicados en el espectro de los trastornos mentales se clasifican sesgadamente del igual modo. Se consolida un estereotipo, una forma unificada de calificar a un grupo de personas solo por una característica particular. Si esta calificación se hace de una manera desfavorable, que lleva a los portadores a juicios, posiciones o situaciones de desprestigio o descrédito que condicionan que siempre se los considere negativamente. (Campo-Arias et al., 2014, p. 163).

En este contexto, la psicoeducación aparece como una herramienta fundamental, ya que promueve el acceso a información clara y basada en evidencia, fortalece la adherencia al tratamiento, facilita la prevención de recaídas y contribuye a una mejor calidad de vida. Al mismo tiempo, ofrece a las familias y a la comunidad recursos para acompañar los procesos de recuperación, disminuyendo la carga emocional y favoreciendo la inclusión social. Godoy et al., 2020 explican:

La definición más general de psicoeducación es describirla como una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología. Este término surge, en parte, del trabajo con familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia, por George Brown en 1972, quien a partir de sus observaciones refirió que «en tanto más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos». La psicoeducación no solo hace referencia a la definición de un diagnóstico, sino también busca abordar situaciones cotidianas en la vida de las personas, que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone esta crisis no normativa. De esta forma, se conceptualiza este modelo como una herramienta de cambio, porque involucra los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida. (p. 170).

Desde una perspectiva social, se considera que esta intervención no solo promueve el conocimiento sobre la enfermedad y el uso adecuado de la medicación, sino que también contribuye a la reducción del estigma, al empoderamiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental y al fortalecimiento de sus vínculos e interacción con la comunidad.

En el marco de la Ley de Salud Mental N.º 19.529, que establece la meta de avanzar hacia la desmanicomialización para el año 2025, resulta imprescindible reflexionar sobre las estrategias que permitan efectivizar este cambio de paradigma. Sobre la manicomialización; Bang (2016) indica:

Hemos trabajado con personas a las que, las internaciones prolongadas, la atención despersonalizada y los maltratos propios de la lógica manicomial han ido socavando sus deseos y pasiones, reduciéndolos a meros objetos de decisiones y prácticas ajenas. Al perder los vínculos con el afuera del hospital, la soledad relacional ha sido una de las características más significativas del padecimiento subjetivo (p.18).

La psicoeducación, en tanto intervención costo-efectiva y replicable en distintos niveles de atención, se presenta como un aporte valioso para la construcción de un modelo comunitario de salud mental que contemple no solo el tratamiento clínico, sino también los derechos, la dignidad y la ciudadanía de las personas con diagnóstico de esquizofrenia.

Desde esta filosofía se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas –sin discapacidad–, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Parte de la premisa de que la discapacidad es en parte una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad (Palacios e Iglesias, 2017, p. 20).

A lo largo de este trabajo se abordarán las principales características de la esquizofrenia, los desafíos actuales en su tratamiento, y se analizará el lugar que ocupa la psicoeducación como parte de la rehabilitación psicosocial. En particular, se busca responder a preguntas como: ¿Qué impacto tiene la psicoeducación en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia? ¿De qué manera contribuye a reducir el estigma y a fortalecer la inclusión comunitaria? ¿Qué rol cumplen las familias en este proceso? Estas interrogantes guían el desarrollo de esta producción, orientada a resaltar la relevancia de la psicoeducación en el abordaje integral de la esquizofrenia.

3. Definición de Esquizofrenia

La palabra esquizofrenia tiene un origen griego, que alude a mente dividida o escindida. El término esquizofrenia como tal surge en 1911, fue puesto en palabras por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler cuando buscaba un término del grupo de la psicosis que reúna como síntomas principales la alteración asociativa, el trastorno afectivo, el autismo, y la ambivalencia (Sadock V y Sadock B, 2011).

Alanen, Y (2003) indica que la esquizofrenia tiene sus inicios generalmente en la adolescencia, es una enfermedad mental grave que se distingue por una alteración de la personalidad, retroceso en el desarrollo, aislamiento social y una tendencia a retraerse hacia un mundo interno. La autora indica que la esquizofrenia puede presentar alucinaciones o delirios, y puede iniciar de forma repentina o progresiva.

3.1. Desarrollo y evolución

Tal y como se mencionaba anteriormente, la esquizofrenia suele tener inicios en la adolescencia y adultez temprana, entre los 15 y 35 años. Según Sadock V y Sadock B 2011, existen una serie de estudios que indican que la esquizofrenia tiene una base genética, con un componente heredable, aunque no solo se puede atribuir a ese factor. Existen teorías sobre la implicación de neurotransmisores como la dopamina y serotonina en su desarrollo, pero los factores psicosociales también pueden influir en gran parte en la manifestación de este trastorno.

El diagnóstico de esquizofrenia, según el DSM-5¹, se establece cuando la persona presenta al menos dos o más síntomas del Criterio A² durante una parte significativa del tiempo en un período de aproximadamente un mes. Al menos uno de los síntomas debe ser delirios, alucinaciones o discurso desorganizado. Los síntomas incluyen: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (como incoherencia o disgregación, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos (como por ejemplo aplanamiento afectivo).

Además, debe haber una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o personal desde el inicio del trastorno, y los signos del mismo deben persistir durante al menos seis meses, incluyendo en ese período los síntomas activos (del Criterio A).

La esquizofrenia se asocia a un deterioro progresivo, aunque algunos pacientes pueden tener períodos de estabilidad. En relación a lo que indica Sadock V y Sadock B 2011, se puede decir que existen factores que permanecen a lo largo de la vida, como la hipersensibilidad al estrés o episodios depresivos.

3.2. Características clínicas

La esquizofrenia es un trastorno mental caracterizado por alteraciones en el afecto, la conducta, el pensamiento, la percepción y la cognición, presentándose en varias formas: tipo desorganizado (pensamiento desorganizado, risa inapropiada, conducta regresiva y delirios o alucinaciones ocasionales); tipo catatónico (excitado con actividad motora exagerada o retraído con inhibición generalizada); tipo paranoide (delirios de persecución o grandeza, alucinaciones especialmente auditivas, hostilidad); tipo indiferenciado

¹ El DSM-5 es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, elaborado por la American Psychiatric Association.

² El Criterio A refiere al conjunto de síntomas psicóticos nucleares necesarios para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, especificando la presencia mínima, el tipo de síntomas y el tiempo requerido.

(combinación de conductas desorganizadas con delirios y alucinaciones) y tipo residual (síntomas atenuados pero con señales persistentes de la enfermedad tras un episodio psicótico) (Sadock V y Sadock B, 2011).

Los síntomas más comunes de la esquizofrenia incluyen principalmente alucinaciones y delirios, pensamientos desorganizados y síntomas negativos como el aplanamiento afectivo. Dichos síntomas pueden variar en intensidad a lo largo del trastorno. Además, la esquizofrenia puede mostrar alteraciones afectivas (por ejemplo, afecto plano o catatónico) y problemas de percepción.

Como se mencionaba anteriormente, la esquizofrenia suele tener un curso prolongado o persistente, aunque esta idea debe ser revisada cuando se considera un tratamiento integral que incluya no solo el abordaje farmacológico, sino también intervenciones psicosociales. Este enfoque más amplio permite favorecer la estabilización y disminuir el riesgo de recaídas. Allanén, Y (2003) indica que la esquizofrenia se diferencia de otras enfermedades mentales de origen orgánico ya que no genera demencia ni afectaciones en la memoria, además, el intelecto permanece intacto.

4. Tratamiento de la esquizofrenia

Para abordar el tratamiento de la esquizofrenia, es necesario poder contemplar la intervención farmacológica y también la rehabilitación psicosocial del sujeto.

Durante 1996, la OMS junto a la World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR) elaboraron una declaración en la que se establecen los principales lineamientos para la rehabilitación psicosocial. Según este consenso, el objetivo central de dicha rehabilitación es fortalecer las competencias individuales de las personas con trastornos mentales, al tiempo que se impulsan transformaciones en el entorno que favorezcan su calidad de vida (OMS & WAPR, 1997).

Esta perspectiva promueve la combinación de múltiples estrategias terapéuticas, que abarcan tanto intervenciones farmacológicas adecuadas, como también psicoterapia, entrenamiento en habilidades sociales y vocacionales, rehabilitación cognitiva, grupos de autoayuda y programas educativos destinados tanto a los usuarios como a sus familias y a la comunidad en general.

Esta declaración que promueve una visión más integral de la rehabilitación psicosocial, resalta la necesidad de un tratamiento continuado, que contemple no sólo el abordaje

clínico, sino también los factores sociales, comunitarios y culturales que inciden en la recuperación de las personas.

Casarotti et al., (2003) indica ciertas pautas para el tratamiento de trastornos psicóticos que se desarrollarán a continuación. Principalmente destaca la importancia de un tratamiento dinámico y personalizado que permita a cada paciente recuperar su independencia y avanzar en su proceso de rehabilitación psicosocial.

4.1. Tratamiento farmacológico

Los autores indican que el tratamiento farmacológico debe iniciarse una vez se tenga el diagnóstico certero. Los antipsicóticos se recetan a modo de mejorar la desorganización del pensamiento, los mismos se dividen en: primera generación (convencionales) como la clorpromazina, haloperidol, tioridazina; y antipsicóticos de segunda generación (atípicos) como lacosapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, entre otras. Los antipsicóticos de segunda generación han demostrado mayor eficacia sobre los síntomas negativos, cognitivos y afectivos. También se asocian a una menor tasa de reingresos hospitalarios y mejor rehabilitación funcional (Casarotti et al., 2003).

4.2. Intervenciones psicosociales

Según Taborda Zapata et al., (2015), la necesidad de un enfoque integral en pacientes con trastornos mentales llevó a que se enfatice en la inclusión sostenida en entornos comunitarios, así es que surge la psiquiatría comunitaria como una perspectiva que considera a los pacientes no solo como individuos con un diagnóstico, sino como sujetos integrados en una comunidad. Este modelo promueve la desinstitucionalización y la implementación de servicios comunitarios alternativos, que coloca a la salud mental como una meta individual y también colectiva. Este enfoque pone en marcha la participación activa de los pacientes, sus familias, y distintos actores sociales.

Si bien este nuevo modelo no excluye a los hospitales psiquiátricos, se redefine su rol, ubicándolos como instancias de apoyo y coordinación. Esta perspectiva representó un cambio profundo de paradigma, en donde la recuperación ya no se limita a la desaparición de síntomas, sino que se orienta hacia la construcción de una vida significativa y autónoma para cada paciente.

Casarotti et al., (2003) indica que las intervenciones psicosociales han sido claves en el tratamiento de la esquizofrenia. Su integración con tratamientos biológicos ha demostrado

reducir la tasa de recaídas hasta en un 50%. Nuevamente, el autor remarca la necesidad de evaluar al paciente desde una perspectiva integral: psicopatología, funcionalidad, calidad de vida y entorno familiar.

Principalmente las intervenciones psicosociales tienen como fin la disminución de vulnerabilidad al estrés, prevenir recaídas, combatir aislamiento, reforzar habilidades de adaptación y resolución de problemas y también lograr establecer metas personalizadas. Dentro de estas intervenciones se destacan los sistemas comunitarios como centros de día orientados a la rehabilitación psicosocial y las terapias individuales/ familiares que se enfocan en el entrenamiento de habilidades sociales, recuperación cognitiva, y la psicoeducación (Casarotti et al., 2003).

4.3. Psicoterapia individual

La psicoterapia individual en el tratamiento de la esquizofrenia se orienta hoy hacia modelos flexibles, integrativos y centrados en la experiencia subjetiva del paciente en el “aquí y ahora”. Este enfoque implica no sólo una revisión técnica, sino también una reconceptualización de los objetivos terapéuticos, colocando en el centro la construcción de una alianza terapéutica sólida como fundamento del proceso de recuperación.

Las terapias cognitivo-conductuales han aportado herramientas específicas para el abordaje de síntomas como las alucinaciones o las ideas delirantes, facilitando estrategias para disminuir su impacto y cuestionar sus contenidos. Estas intervenciones suelen enfocarse en el desarrollo de habilidades de afrontamiento, la regulación emocional y el fortalecimiento de la conciencia de enfermedad, aspectos claves en la adherencia al tratamiento y la recuperación funcional.

Según múltiples estudios referenciados por Alanen, Y (2003), la psicoterapia individual ha demostrado eficacia en un porcentaje significativo de pacientes con esquizofrenia, especialmente cuando es llevada a cabo por terapeutas experimentados y dentro de un marco estructurado que ofrezca continuidad en el tiempo (Gunderson et al., 1984; Karon & VandenBos, 1972).

Se ha observado que la duración del vínculo terapéutico y la competencia técnica del profesional son factores determinantes en los resultados clínicos, más allá del modelo específico utilizado. Estos abordajes no buscan interpretaciones profundas desde el inicio, sino que se enfocan inicialmente en estabilizar al sujeto, ofrecer un marco seguro y promover la integración psíquica.

Este tipo de intervención resulta especialmente valiosa en esquemas terapéuticos integrales que consideran tanto las dimensiones clínicas como sociales y subjetivas del tratamiento. En estos casos, la psicoterapia individual funciona como un espacio privilegiado para la elaboración simbólica del sufrimiento, la reorganización del relato personal y la reconstrucción progresiva de la identidad.

La psicoterapia individual continúa ocupando un lugar central en el abordaje interdisciplinario de la esquizofrenia. Su potencial reside en la posibilidad de ofrecer un espacio de subjetivación donde el paciente no sea reducido a un diagnóstico, sino considerado como un sujeto singular, con una historia, un lenguaje y una posibilidad de transformación.

4.4. Psicoterapia grupal

Según González de Chávez (2006) la psicoterapia de grupo se ha vuelto una práctica cada vez más común en instituciones de salud mental.

Hoy en día, las tendencias terapéuticas apuntan a enfoques más integradores, combinando distintos estilos terapéuticos según las necesidades del paciente. Esta modalidad según los aportes del autor, presenta beneficios significativos para los pacientes y sus mejoras en las habilidades sociales, especialmente en aquellos con tendencia al aislamiento. Si bien el impacto de la terapia grupal sobre los síntomas clínicos no es sumamente notorio, el aporte de la misma en el funcionamiento psicológico y social es ampliamente reconocido.

La psicoterapia de grupo ofrece un contexto terapéutico único en el que los pacientes pueden construir identidad. Los vínculos que se establecen allí son horizontales, el grupo actúa como un motor que estimula la participación activa de sus integrantes, fortaleciendo la adherencia al tratamiento y favoreciendo cambios adaptativos. Brinda además un marco temporal y relacional que permite tomar conciencia de los avances personales y colectivos, así como de las metas alcanzadas a lo largo del proceso terapéutico.

Siguiendo a González de Chávez (2006) el entorno grupal también se caracteriza por ofrecer una amplia diversidad de estímulos terapéuticos. A través de múltiples perspectivas, observaciones y aprendizajes compartidos, se estimula el desarrollo del insight, el descentramiento cognitivo y la comprensión interpersonal. Estos aspectos resultan especialmente valiosos en el proceso de recuperación de personas con esquizofrenia, principalmente en la reconstrucción de identidad.

Si bien algunos de estos factores son compartidos por otras modalidades terapéuticas, su impacto se potencia dentro del dispositivo grupal gracias a la riqueza de perspectivas, resonancias emocionales y aprendizajes compartidos entre los participantes.

En síntesis, la psicoterapia de grupo ofrece un espacio dinámico y socialmente rico, que complementa y potencia otras formas de tratamiento en la esquizofrenia. Es por ello que se destaca la importancia de un enfoque multidimensional y personalizado, donde la medicación no es el eje central, sino una herramienta más dentro de un tratamiento orientado a la recuperación integral.

5. Rehabilitación psicosocial

Según Hernández Monsalve (2017) la rehabilitación psicosocial surge y comienza a tomar protagonismo a mediados del siglo XX, impulsada por movimientos sociales que exigían el reconocimiento de derechos para las minorías, entre ellos las personas con trastornos mentales. Este enfoque se distingue por promover la desinstitucionalización, reduciendo las internaciones psiquiátricas y fomentando la implementación de dispositivos comunitarios de atención.

González Cases y Rodríguez González (2010) indican que el propósito de la rehabilitación psicosocial no es alcanzar la “curación” en sentido estricto, sino promover la recuperación de habilidades sociales y la dignidad de las personas con trastornos mentales, favoreciendo su pleno ejercicio de ciudadanía en los ámbitos político, jurídico, civil y económico.

Es la persona la que se marca aquellos objetivos que pretende alcanzar en función de su situación vital, necesidades, proyectos y expectativas siendo el profesional un facilitador que ha de ofrecer los apoyos y oportunidades necesarios para su consecución. Dado que es un proceso individualizado, éste se desarrolla en su propio contexto, por lo que el trabajo en rehabilitación se orienta tanto a la persona como a su entorno, englobando tanto la comunidad a la que pertenece y donde permanece, como los apoyos naturales de los que en ella dispone (Fernández-Catalina y Ballesteros-Pérez, 2017, p. 20).

En esta línea, y siendo los profesionales facilitadores de los procesos de reinserción e integración, es que los autores plantean como fundamentos claves que se presenten recursos para lograr un estilo de vida similar al resto. Por otra parte, es importante que al momento de reinserción se genere un equilibrio entre las capacidades desarrolladas y las demandas del entorno, buscando que la persona se integre y reconecte con la comunidad, siempre desde la autonomía y de las características singulares e individuales de cada uno.

Según Fernández-Catalina y Ballesteros-Pérez (2017) las personas con esquizofrenia son parte de una comunidad, y es desde allí donde debe producirse el cambio. La rehabilitación psicosocial debe asegurar que la persona forme parte de la comunidad y se vincule activamente con ella, acompañándola en su propio contexto y facilitando el acceso a los recursos necesarios para favorecer su inclusión social.

A lo largo de los años, los programas de rehabilitación se han estructurado en torno a diversos ejes. En primer lugar, se reconoce la necesidad de que las personas con esquizofrenia vivan integradas en la comunidad, lo que exige enfoques distintos a los que se aplicaban en contextos institucionalizados. Se prioriza además el fortalecimiento de capacidades personales y la intervención en los contextos de vida, por encima de la simple eliminación de síntomas.

Del Castillo et al., (2011) indican que actualmente, en Uruguay, se busca consolidar un modelo de atención centrado en la comunidad, con el propósito de eliminar progresivamente las instituciones manicomiales, y apostando a que la Rehabilitación Psicosocial tome más protagonismo, enfocándose la misma en reconocer a las personas con trastorno mental como sujetos con saberes y capacidades, promoviendo la recuperación de su autonomía mediante procesos personalizados. Dentro de la rehabilitación, la recuperación se concibe como la posibilidad de que cada persona defina su propio proyecto vital y fortalezca su conciencia de ciudadanía.

La rehabilitación psicosocial comprende una diversidad de metodologías, objetivos y recursos que pueden resultar confusos cuando se centran en las teorías subyacentes; sin embargo, al orientar las intervenciones hacia las necesidades reales de las personas con enfermedad mental grave y sus familias, el modelo se simplifica y facilita el desarrollo de habilidades para una vida más autónoma (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, et al., 2007).

Desde esta perspectiva, se utiliza el término rehabilitación en un sentido más amplio del que se usa habitualmente, abarca todos los recursos y condiciones indispensables para que una persona conserve un nivel funcional concreto. De este modo, la rehabilitación no solo busca mejorar las capacidades, sino también mantenerlas o impedir un empeoramiento durante el mayor tiempo posible.

Como se indicaba anteriormente, el objetivo de la rehabilitación psicosocial es amplio, pero lo central es poder fomentar el desarrollo de habilidades que le permitan al paciente involucrarse en la vida cotidiana con la menor dependencia profesional posible. Busca

abordar las limitaciones sociales y laborales, favorecer la integración en la comunidad, promover un nuevo sentido de vida y fortalecer tanto la tolerancia al estrés como la implicación de la familia.

La Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, et al., (2007) especifica que durante el proceso de rehabilitación psicosocial es el usuario quien debe tomar un papel activo, si bien es un proceso compartido en el que el profesional actúa como guía y apoyo, nunca es desde la imposición, sino que facilita el propio desarrollo. Cada intervención se formula en torno a metas claras y adaptadas a las particularidades de la persona, su familia y su contexto, evitando protocolos rígidos y homogéneos. Es un enfoque que integra tanto al paciente como a su entorno (familia, redes de apoyo y comunidad) para consolidar los avances y asegurar su mantenimiento a largo plazo.

Rodríguez y Bravo (2003) sugiere que, considerando la diversidad de objetivos y áreas involucradas, quienes se desempeñan en el ámbito de la rehabilitación deben de poder combinar, de forma flexible y adaptada a cada individuo, una amplia variedad de estrategias e intervenciones. Para ello, es necesario recurrir a técnicas provenientes de distintos campos del conocimiento, tales como la intervención psicológica, la modificación de conducta, el trabajo social, las estrategias socioeducativas y las prácticas comunitarias, siempre que resulten pertinentes para alcanzar los fines propuestos.

Desde Florit-Robles (2006) podemos decir que la rehabilitación psicosocial se estructura de acuerdo a distintas fases. En un principio, la fase de acogida tiene como propósito facilitar la adaptación del paciente al servicio y promover su motivación para el proceso. Luego, la fase de evaluación, en donde una vez establecida la vinculación, se realiza una valoración interdisciplinar y multifactorial, utilizando entrevistas, observación y pruebas estandarizadas. La fase de planificación es donde se comienza a elaborar un Plan Individualizado de Rehabilitación, en conjunto con el usuario y su familia, estableciendo metas realistas y adaptadas a sus intereses, capacidades y contexto.

En la intervención, se suelen tener en cuenta cuatro ejes; entre ellos las tutorías individuales, centradas en el acompañamiento y el desarrollo de estrategias de afrontamiento, el apoyo familiar, que incluye psicoeducación y la orientación continua. También se orienta a generar programas de rehabilitación, seleccionados según las necesidades del paciente, que incluyen áreas como habilidades sociales, rehabilitación cognitiva, actividades de la vida diaria, ocio, integración comunitaria y formación laboral. Por último, la fase de seguimiento. La misma implica una desvinculación gradual del dispositivo de rehabilitación, con el objetivo de fomentar la autonomía del paciente.

Un componente esencial de la rehabilitación psicosocial es lo que podría denominarse su “filosofía de atención”: un conjunto de principios rectores y valores éticos que orientan la práctica profesional. Este marco ideológico resulta clave, ya que permite sostener el trabajo más allá de las limitaciones metodológicas o del contexto institucional, promueve la reflexión crítica sobre la práctica cotidiana y contribuye a modelar las actitudes, expectativas y valores del equipo técnico. Asimismo, puede ofrecer lineamientos útiles para la planificación y desarrollo de servicios e intervenciones (Gisbert et al., 2003).

Salvador Perona Garcelán (2003) sostiene que el proceso de rehabilitación en salud mental en general debe contemplar el entorno cultural y social en el que vive la persona, y, además, debe comprenderse como un camino complejo y no lineal, en el que pueden darse avances y retrocesos. En este recorrido, las intervenciones deben realizarse de forma interdisciplinaria.

Hernández Monsalve (2017) indica que, dentro del empoderamiento de los usuarios, un eje central es el de la participación. Implica restituir a las personas su capacidad de decisión, autonomía y control sobre los aspectos centrales de su vida. No se trata de un recurso que se otorga externamente, sino de un proceso que surge desde el propio sujeto, a medida que recupera la posibilidad de elegir y ejercer su poder de decisión. Este concepto se sostiene en tres pilares fundamentales: la capacidad de tomar decisiones con el acompañamiento de profesionales y familiares; el acceso libre y completo a la información y a los recursos disponibles (evitando filtrar o restringir previamente lo que se considera pertinente); y la posibilidad de elegir entre distintas alternativas, fortaleciendo así su rol activo en el diseño de su propio camino de vida y rehabilitación.

A lo largo de la implementación de la rehabilitación psicosocial, se han construido una gran variedad de guías de práctica clínica que respaldan programas para promover la recuperación integral dentro de la rehabilitación. Estos programas, si bien abordan las dificultades individuales, también tienen en cuenta los desafíos del entorno.

Se presenta el programa de Habilidades Sociales, el cual es desarrollado ante la frecuente pérdida de vínculos sociales y las dificultades comunicativas asociadas a la psicosis. A través de entrenamientos estructurados, en formato grupal, se busca fortalecer la interacción social, la expresión emocional y las competencias básicas para la vida cotidiana (González Cases y Rodríguez González, 2010).

Por otra parte, el Programa de Psicoeducación y Prevención de Recaídas responde a la alta tasa de recaídas y a la baja adherencia al tratamiento. Basado en la Teoría de la

Vulnerabilidad (Zubin & Spring, 1977; Nuechterlein & Dawson, 1984), promueve el conocimiento sobre la enfermedad y el desarrollo de habilidades para su manejo, incluyendo la toma responsable de la medicación y la comunicación con el equipo de salud. La participación activa de la familia es clave para asegurar la continuidad de los cuidados (González Cases y Rodríguez González, 2010).

Otro componente esencial es el Programa de Rehabilitación Cognitiva, en donde mediante intervenciones individualizadas, se trabaja en la atención, memoria, funciones ejecutivas y cognición social, con el objetivo de mejorar el funcionamiento psicosocial.

Dado que muchas personas con psicosis conviven con su familia, y juegan un papel fundamental en la rehabilitación, el Programa de Psicoeducación para Familias adquiere especial relevancia. Este busca fortalecer las competencias de los cuidadores, reducir el impacto emocional del cuidado, y promover una comunicación efectiva, además de combatir el estigma y facilitar la resolución de problemas cotidianos (González Cases y Rodríguez González, 2010).

En conjunto, estos programas conforman un abordaje integral, flexible y adaptado a las necesidades individuales, que reconoce el valor de la comunidad como espacio de vida y recuperación (González Cases y Rodríguez González, 2010).

Según Guinea, (2015) aunque la Rehabilitación Psicosocial cuenta con sólidos fundamentos que tienen reconocimiento a nivel mundial, su implementación sigue siendo limitada. La accesibilidad a los servicios de salud mental continúa siendo uno de los principales desafíos. La escasez de profesionales capacitados en este campo, la limitada disponibilidad de centros de atención integral y las dificultades persistentes en el acceso a medicamentos esenciales reflejan una problemática atravesada por factores económicos, decisiones políticas y lógicas comerciales, que restringen el derecho a una atención equitativa y oportuna.

La financiación deficiente representa otro de los desafíos. A nivel global, solo una pequeña fracción del gasto en salud (aproximadamente el 3%) se destina a salud mental. En cuanto a políticas públicas, apenas un 61% de los países afirma contar con planes específicos para la salud mental que incluyan atención comunitaria, lo cual limita el desarrollo de servicios alternativos al hospital (Guinea, 2015).

5.1. Inclusión Comunitaria

Martínez Rubio (2015) indica que el concepto de inclusión social es entendido como un proceso orientado a reducir las desigualdades estructurales que afectan a distintos grupos en situación de desventaja, sin centrarse en uno específico. Desde esta perspectiva, la inclusión se asocia con la búsqueda de equidad, permitiendo que todos los sectores marginados accedan en igualdad de condiciones a los recursos y oportunidades sociales.

Este enfoque se distingue de la idea tradicional de integración, que implicaba la inserción del individuo en un sistema social rígido, donde la responsabilidad recaía exclusivamente en la persona excluida para adaptarse. En cambio, la inclusión social se concibe como un proceso colectivo, en el que la sociedad también asume un rol activo, generando condiciones y estrategias que permitan la participación real de quienes han sido históricamente excluidos. Este giro conceptual implica un cambio en la forma de relacionarse, pasando de una lógica unilateral a una construcción conjunta entre el individuo y su entorno.

Martínez Rubio (2015) plantea que en la inclusión social se complementan dos dimensiones; la dimensión subjetiva y la dimensión estructural. En la dimensión subjetiva, cada sujeto experimenta y evalúa su propia participación en la sociedad. No se trata solo de condiciones objetivas, sino de cómo el individuo interpreta su vida y si se siente parte del entramado social. Se vincula estrechamente con el sentido de pertenencia, y toma mucho protagonismo la voluntad del sujeto, ya que la decisión de querer participar en la vida social depende solo de él, debe ser libre. Desde este enfoque, puede suceder que personas usuarias de servicios de salud mental, estén profundamente insertas en instituciones, lo cual puede representar una forma de exclusión más que de inclusión.

Por otra parte, la dimensión estructural es aquella que se vincula con condiciones materiales y de vida cotidiana, como puede ser el tener un empleo, la inclusión laboral y el acceso a la educación son los enfoques principales de esta dimensión; y generalmente es a donde apuntan las políticas públicas.

A partir de este marco, emergen dos aportes relevantes: la dimensión vivencial y la dimensión colectiva. La dimensión vivencial complementa la subjetiva al poner el foco en quienes no se sienten incluidos o no desean serlo, rescatando sus experiencias desde una perspectiva propia y no mediada por discursos institucionales.

La dimensión colectiva, en tanto, introduce la idea de que la inclusión no es solo un proceso individual, sino que también requiere la transformación activa del sistema social. Plantea que la inclusión debe construirse desde un vínculo bidireccional, en el que la sociedad se adapte, dialogue y se transforme. Sin embargo, este enfoque enfrenta desafíos en contextos marcados por el individualismo y la competitividad, que dificultan el desarrollo de una ciudadanía más participativa.

En conclusión, a lo largo del texto, Martínez Rubio (2015) presenta a una persona incluida como aquella que tiene cubiertas tanto las dimensiones subjetivas como las objetivas. Es una persona reflexiva, con capacidad de autodeterminación y activa en la resolución de sus conflictos y en el ejercicio de sus derechos.

No obstante, Palacios e Iglesias (2017) indican que para que esta forma de inclusión sea realmente viable, resulta indispensable que existan condiciones materiales y políticas que la sostengan. En ese sentido, garantizar la autonomía y el desarrollo de las personas con esquizofrenia requiere de un compromiso estatal sostenido, mediante la implementación de servicios integrales de habilitación y rehabilitación que aborden dimensiones clave como por ejemplo de salud, inclusión laboral, y formación.

Los autores indican que los Estados tienen la responsabilidad de eliminar cualquier forma de discriminación laboral hacia las personas con esquizofrenia, impulsando su inclusión tanto mediante el fomento del autoempleo y el emprendimiento, como mediante su contratación en los sectores público y privado. Asimismo, deben garantizar condiciones laborales adecuadas y accesibles. Además, es fundamental que se asegure su plena participación en la vida política, pública y cultural, lo que incluye el ejercicio del derecho al voto, la posibilidad de postularse a cargos electivos y ocupar funciones públicas. Esto implica también el asegurar que los contenidos culturales, como programas de televisión, películas, obras teatrales y otros materiales, estén disponibles en formatos accesibles, así como garantizar la accesibilidad de espacios como teatros, museos, cines y bibliotecas. También deben crear las condiciones necesarias para que estas personas puedan desarrollar y expresar su creatividad, no solo en beneficio propio, sino como una contribución al enriquecimiento colectivo.

Diversas experiencias internacionales de reforma en salud mental, junto con el aporte de especialistas en la temática, han demostrado que la evolución de los trastornos psíquicos no depende exclusivamente del diagnóstico clínico, sino de factores como las condiciones sociales, el entorno y las estrategias que se implementan para transformar la vida cotidiana. En este sentido, la evolución de un cuadro psicótico está fuertemente influida por las

respuestas personales y sociales frente a los episodios agudos, así como por las expectativas de quienes acompañan estos procesos, lo que exige revisar y transformar dichas expectativas de manera colectiva (Sarraceno, 2003, citado en Palacios e Iglesias, 2017, p. 250).

5.2. Entrenamiento de habilidades sociales

González Cases y Rodríguez González (2010) indican que los programas de entrenamiento en habilidades sociales constituyen una intervención clave dentro de la rehabilitación psicosocial, ya que buscan fortalecer la interacción social de las personas con trastornos mentales graves. Su fundamento radica en que estos cuadros suelen conllevar la pérdida de la red social y un marcado deterioro en las habilidades comunicativas, lo que se traduce en aislamiento, mayor riesgo de recaídas y dificultades para el funcionamiento e integración comunitaria.

Los autores fundamentan en que estos programas parten de la premisa de que la competencia social se compone de habilidades que pueden aprenderse y entrenarse. El objetivo central es potenciar las competencias sociales mediante procesos estructurados de aprendizaje, ajustados a los distintos contextos y situaciones de la vida cotidiana de cada persona (González Cases y Rodríguez González, 2010).

Fontao et al., (2010) indican que, dentro de las estrategias grupales para la rehabilitación psicosocial, los talleres de entrenamiento en habilidades sociales son de los más reconocidos y utilizados. Entre los modelos existentes, destacan el Programa de Habilidades Sociales y de Fomento de la Autonomía desarrollado en la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA-SILS)³, el cual es diseñado por Liberman y su equipo.

Este programa, orienta sus objetivos a la adquisición y el ejercicio de destrezas sociales mediante un conjunto de módulos. Entre los contenidos de los mismos, se pretende abordar el manejo de la medicación, el afrontamiento de los síntomas, el uso del tiempo libre y habilidades para la comunicación. Con el tiempo, el modelo ha incorporado también áreas vinculadas con la reinserción comunitaria, la prevención del abuso de sustancias, el fortalecimiento de los vínculos afectivos y la preparación para la integración en el ámbito laboral (Fontao et al., 2010). Según los autores, las evaluaciones de pre y post intervención

³ Modelo psicoeducativo centrado en el entrenamiento de habilidades sociales y de vida diaria para favorecer la autonomía, el funcionamiento comunitario y la reducción de recaídas en personas con esquizofrenia. Incluye módulos de comunicación, manejo del estrés, autocuidado, adherencia y resolución de problemas, combinando práctica conductual, modelado y retroalimentación. Información tomada de Fontao et al. (2010).

señalaron mejoras significativas en dimensiones como autoestima, adaptación psicosocial, calidad de vida y reducción de sintomatología.

6. Resistencia

La adherencia al tratamiento en personas con esquizofrenia representa uno de los desafíos más significativos en el abordaje clínico y psicosocial de la misma. Esto suele estar asociado a distintas formas de resistencia por parte de los pacientes, especialmente aquellas vinculadas a una escasa conciencia de enfermedad y a dificultades en la construcción de una alianza terapéutica sólida. En el marco de una concepción actual de la esquizofrenia, ya no se concibe la resistencia como una característica de pocos pacientes, sino como una dimensión presente en la mayoría de los casos. Inicialmente, se la asociaba a la falta de respuesta a determinados antipsicóticos frente a síntomas positivos; al día de hoy se la entiende como un fenómeno multidimensional que atraviesa distintas esferas del tratamiento y del funcionamiento del paciente (Casarotti et al., 2003).

Desde una perspectiva dinámica, Arkowitz (2002) propone pensar la adherencia como un proceso en el que pueden coexistir tanto avances como obstáculos. En este marco, es posible que una persona se vincule parcialmente con su tratamiento: por ejemplo, participando de ciertas instancias como entrevistas o espacios grupales, pero al mismo tiempo evitando otras, como la toma regular de medicación o la incorporación activa de lo trabajado en los espacios terapéuticos. Esta tensión interna refleja que la resistencia al tratamiento no siempre es total ni consciente, sino que puede adoptar formas ambiguas y fluctuantes.

Abelleira y Touriño (2010) presentan diversos estudios (como el CATIE)⁴ que indican que el abandono o cumplimiento irregular del tratamiento farmacológico en personas con esquizofrenia es una problemática frecuente y preocupante. Los mismos han evidenciado que el 74 % de los pacientes interrumpió el tratamiento farmacológico a lo largo del período de 18 meses. Este cumplimiento parcial, muchas veces difícil de detectar, representa un riesgo clínico importante que suele pasar desapercibido por los equipos tratantes. La falta de adherencia constituye uno de los factores más decisivos en el pronóstico de la esquizofrenia, ya que se vincula directamente con el aumento de recaídas, reingresos hospitalarios y un deterioro progresivo en la calidad de vida del paciente. Además, repercute negativamente en la dinámica familiar y en la posibilidad de alcanzar mayores niveles de autonomía.

⁴ Ensayos clínicos sobre la eficacia de los tratamientos antipsicóticos

Durante el tratamiento de la esquizofrenia, según los autores, la falta de conciencia de enfermedad está presente en más del 80 % de los casos. Este fenómeno es un punto central del trastorno, que representa una barrera importante para iniciar un proceso de recuperación.

A su vez, la resistencia al tratamiento se relaciona con diversos factores. Entre ellos, se destaca la percepción del paciente sobre la utilidad del tratamiento y la gravedad de su estado, en esta línea, quienes reconocen mayor necesidad de ayuda suelen mostrar mayor compromiso. La presencia de síntomas psicóticos agudos, deterioro cognitivo y emociones como euforia se vinculan con menor adherencia, mientras que la ansiedad y la depresión pueden favorecerla (Abelleira y Touriño, 2010).

Estas resistencias también aumentan o disminuyen de acuerdo a la calidad del vínculo entre el profesional y el paciente, cuando se construye un abordaje colaborativo y una planificación consensuada del tratamiento, es más probable que el paciente se comprometa con el proceso. Asimismo, la falta de información clara sobre la enfermedad y los efectos del tratamiento puede generar desconfianza y abandono. Desde una perspectiva institucional, el seguimiento por parte de un mismo equipo, junto con la accesibilidad y la constancia en los contactos, favorecen la continuidad (Abelleira y Touriño, 2010).

En definitiva, abordar la resistencia implica contemplar no sólo los síntomas clínicos, sino también las vivencias subjetivas, el entorno del paciente y la calidad del acompañamiento profesional. No debe subestimarse el peso del estigma, ya que la percepción negativa social respecto al uso prolongado de psicofármacos puede alejar al paciente del tratamiento. Por otra parte, la falta de psicoeducación representa un punto importante en la resistencia, ya que se trata de una intervención fundamental, en donde se ofrece al paciente y a sus familias información clara y accesible que contribuye a desmitificar la enfermedad y sus tratamientos, favoreciendo la comprensión y aceptación del proceso terapéutico. De esta manera, promueve el cumplimiento del tratamiento, previene recaídas y fortalece la relación entre el paciente y el profesional, elementos que son clave para disminuir esta resistencia.

6.1. Estigma

El estigma vinculado a los trastornos mentales sigue siendo un obstáculo profundo y extendido que condiciona negativamente la vida de quienes los padecen. El mismo opera a simplificar la identidad de las personas, reduciéndose a su diagnóstico y anulando sus diferencias individuales (Díaz del Peral, 2017).

El autor indica que se reconocen tres manifestaciones del estigma: el público, que corresponde a las representaciones sociales negativas sobre la enfermedad mental, el estructural, que se expresa en normativas, políticas y prácticas institucionales que marginan explícitamente a estas personas; y el autoestigma, que es especialmente perjudicial, ya que ocurre cuando los propios individuos interiorizan los prejuicios sociales, afectando gravemente su autoestima y percepción de sí mismos.

El estigma influye directamente en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, no solo por las limitaciones impuestas por la enfermedad en sí, sino por la exclusión social y el rechazo que enfrentan. Esto se traduce y se visibiliza por ejemplo en la vulneración de sus derechos, el aislamiento, y las múltiples formas de discriminación sustentadas en fundamentos y creencias erróneas. Como consecuencia de ello, estos puntos afectan directamente la autonomía de las personas, promueven su institucionalización y generan miedo infundado hacia ellas, además de limitar su participación social y laboral.

Por otro lado, Goffman (2006) conceptualiza el estigma como una marca social que desacredita a quien la porta, reduciendo su identidad a un rasgo negativo que lo aparta de las normas sociales aceptadas. La sociedad genera categorías para clasificar a las personas, y cuando alguien presenta una característica que se desvía de esas expectativas, se le atribuye una “identidad deteriorada”, es decir, deja de ser visto como un individuo completo.

Campo-Arias et al., (2014) indican que, en términos de impacto, el estigma reduce la frecuencia con que las personas solicitan atención en salud mental, desde acciones preventivas hasta procesos de rehabilitación. Además, se refleja en una baja inversión pública en salud mental, al considerarse que estas condiciones implican costos irre recuperables y un deterioro funcional permanente. Esta visión alimenta un ciclo de pobreza estructural, donde las personas con trastornos mentales son empujadas a condiciones de precariedad e invisibilidad social. A pesar de esta vulnerabilidad, la sociedad tiende a ignorar su situación, alimentando la estigmatización con representaciones negativas y estereotipadas, especialmente en medios de comunicación.

Entre otros hallazgos relevantes, se observa una actitud social generalizada de rechazo basada en el miedo y el desconocimiento, sobre todo frente a trastornos con síntomas más disruptivos como la esquizofrenia. Este estigma también se origina en ámbitos como la familia, la comunidad, el entorno laboral e incluso entre los propios profesionales de la salud. Esto explica por qué muchas personas ocultan sus síntomas, evitan buscar ayuda o abandonan tratamientos.

Las interacciones sociales de las personas con trastornos mentales suelen estar atravesadas por una complejidad particular, ya que el estigma las lleva a desarrollar estrategias de afrontamiento y adaptación que convierten la vida cotidiana en una constante renegociación de su lugar en la sociedad. En este contexto, la terapia grupal se presenta como un recurso clave, al ofrecer un espacio de intercambio de experiencias, fortalecimiento de la autoestima y resignificación del estigma, donde los participantes encuentran apoyo y herramientas para enfrentar el juicio social y construir una narrativa propia sobre su identidad. Desde la perspectiva de Goffman (2006), el estigma actúa como una carga adicional que vulnera la autoestima y conduce a la marginación, obligando a las personas a priorizar la gestión de su imagen social por encima de su bienestar personal. Por ello, la rehabilitación no puede reducirse sólo al plano médico, sino que debe abordar también las dinámicas sociales que etiquetan, excluyen y limitan las posibilidades de recuperación.

En términos de rehabilitación, el estigma representa una barrera fundamental. El autoestigma, al afectar la esperanza, el sentido de eficacia y la motivación, impide que muchas personas se embarquen en procesos de rehabilitación. Esta situación se ve agravada por prácticas profesionales centradas únicamente en los síntomas, sin considerar el deseo de los usuarios de vivir con plenitud y propósito, aún con la enfermedad. Desde esta perspectiva, la rehabilitación debe entenderse como un proceso activo de empoderamiento, transformación personal y participación social (Díaz del Peral, 2017).

Para combatir el estigma, se requiere una estrategia educativa y de sensibilización dirigida a distintos sectores sociales, incluidas las familias, profesionales de la salud, autoridades y los propios ciudadanos, que promueva la comprensión de los trastornos mentales y facilite la inclusión. También se enfatiza la necesidad de fortalecer la rehabilitación psicosocial comunitaria, así como generar oportunidades reales de inserción laboral (Campo-Arias et al., 2014).

Superar el estigma implica una revisión profunda de las prácticas institucionales y una apuesta por enfoques centrados en los derechos, la dignidad y la autonomía de las personas. También es esencial fortalecer el apoyo entre pares y el acompañamiento familiar, así como diseñar planes de tratamiento individualizados y consensuados, que contemplen tanto los aspectos clínicos como las condiciones sociales que influyen en la salud mental. Solo a través de este abordaje integral será posible garantizar la inclusión plena y una vida con sentido para quienes enfrentan un trastorno mental grave (Díaz del Peral, 2017).

7. Definición de psicoeducación

En términos generales, Godoy et al., (2020) señalan que la psicoeducación es una aproximación terapéutica, la cual se orienta a brindar tanto al paciente como a su entorno información específica acerca de las características de su enfermedad, los distintos tratamientos y su pronóstico. Se trata de educar desde la evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología.

Por otra parte, los autores indican que la psicoeducación no solo hace referencia a la definición de un diagnóstico, sino también busca abordar y ofrecer recursos que permitan afrontar las dificultades que surgen en la vida diaria a raíz de una crisis no normativa, la cual suele generar incertidumbre por falta de conocimiento. Desde esta perspectiva, se entiende como un modelo orientado a la transformación, ya que integra los aspectos cognitivos, biológicos y sociales propios de cada persona, favoreciendo su autonomía y contribuyendo a una mejor calidad de vida.

Casarotti et al., (2003) plantean que los procedimientos psicoeducativos orientados tanto a sus familias como también al paciente, se caracterizan por dos elementos. En primer lugar, se fundamentan en un modelo psicopatológico de vulnerabilidad-estrés que plantea que algunas personas poseen una predisposición psicobiológica que las hace más sensibles a los factores estresantes. Estos estímulos, aunque no son la causa directa de la enfermedad, pueden desencadenar un episodio o agravar los síntomas ya presentes. La vulnerabilidad se entiende como una disposición relativamente estable a manifestar síntomas clínicos, la cual se expresa en la interacción continua con el entorno. Por su parte, el estrés hace referencia a aquellos eventos internos o externos que exigen adaptación y que, al interactuar con la vulnerabilidad, pueden traducirse en síntomas y modificar el curso de la enfermedad.

En segundo lugar, este enfoque se distingue por ofrecer conocimientos e información precisa, herramientas de afrontamiento y apoyo social que permitan a la familia adaptarse al impacto de una enfermedad, reduciendo tanto la carga de estrés como el estigma asociado a la misma.

7.1. Objetivos

La psicoeducación está dirigida tanto al paciente como a su familia. En el caso del paciente, su propósito es favorecer el curso de la enfermedad al reducir las recaídas, mejorar el funcionamiento cotidiano y facilitar la reintegración social. Cuando se fortalece la

colaboración con la familia, se incrementa la adherencia al tratamiento, se fomenta la consulta temprana ante signos de descompensación o efectos adversos de la medicación y, además, se disminuye la tensión emocional dentro del hogar. En cuanto a la familia, esta estrategia contribuye a reducir el impacto a nivel de estrés que se puede presentar al convivir con personas con trastornos mentales (Casarotti et al., 2003).

Godoy et al., 2020 indica que la psicoeducación tiene como objetivo involucrar de manera activa tanto al paciente como a su familia en el cuidado de la salud. Busca ampliar el conocimiento sobre la enfermedad, promoviendo la comprensión de sus causas, manifestaciones y consecuencias, con el fin de fomentar conductas saludables, prevenir complicaciones y participar conscientemente en los cuidados generales y específicos. Asimismo, capacita a pacientes y familiares para reconocer signos de alarma, lo que facilita una intervención temprana con el equipo tratante y evita la progresión de los cuadros clínicos.

Otro propósito central es favorecer actitudes y conductas positivas frente al trastorno, fortaleciendo la adherencia a las indicaciones terapéuticas, incrementando la motivación y promoviendo el autocuidado, factores fundamentales para el éxito del tratamiento. Además, contribuye a mejorar el bienestar y la calidad de vida, funcionando como medida preventiva frente a los efectos del estrés en pacientes y familiares, reduciendo el malestar emocional, la ansiedad, el estigma y el aislamiento, al tiempo que propicia un entorno más contenedor y ajustado a sus necesidades.

La psicoeducación también impulsa la autonomía y la reinserción social, mediante el desarrollo de habilidades que favorecen el empoderamiento del individuo y su integración a espacios comunitarios, generando esperanza y confianza en el proceso de recuperación. Las intervenciones psicoeducativas pueden variar en cuanto a contexto, formato, duración y cantidad de sesiones, adaptándose a las necesidades específicas de cada paciente y a los recursos disponibles. Finalmente, el rol del profesional puede situarse en un modelo directivo, centrado en la transmisión de información, o en un enfoque colaborativo, que reconoce la experiencia de la persona y permite construir conjuntamente un sentido de su vivencia, actuando como facilitador y orientando la intervención hacia la mejora de la calidad de vida (Godoy et al., 2020).

7.2. Tipos de intervención

Los programas de psicoeducación tienen como finalidad brindar tanto a los pacientes como a sus familias información clara y accesible sobre la enfermedad y las formas de abordarla.

Estos incluyen, por ejemplo, la explicación de qué es la esquizofrenia y cuáles son sus síntomas, así como la exposición del modelo de vulnerabilidad-estrés para comprender mejor sus causas. También se abordan los aspectos centrales del tratamiento farmacológico, sus posibles efectos secundarios y la importancia de reconocer los signos tempranos de alarma que pueden anticipar una recaída. Dentro de estos programas se trabajan planes de prevención de recaídas y se destaca el papel fundamental de las redes de apoyo en el proceso de recuperación. Asimismo, se incorporan orientaciones sobre intervenciones psicosociales, la identificación de situaciones de riesgo vinculadas al consumo de alcohol y drogas, y la promoción de hábitos de autocuidado, como la higiene personal y la alimentación (Gisbert et al., 2003).

Godoy et al., 2020 hace énfasis en que hay diversas maneras de abordar las intervenciones psicoeducativas, varían en la cantidad de sesiones y modalidades, los lugares donde se realizan y también los distintos facilitadores. Lo importante es que la metodología se oriente a las necesidades individuales del paciente, teniendo en cuenta los recursos con los que se cuenta y los objetivos que se planteen.

En relación al rol del terapeuta, el autor indica que el abordaje puede situarse en un extremo más paternalista, en el que la información se entrega sin considerar las preferencias del paciente, o en una perspectiva colaborativa, que se basa en el intercambio entre la experiencia personal y el saber profesional, construyendo conjuntamente un significado sobre lo vivido. Desde esta última mirada, el rol del profesional es el de acompañar y guiar, ayudando a clarificar la información y orientar así un plan de tratamiento que contribuya a mejorar la calidad de vida.

Las modalidades pueden darse de manera individual y también grupal, esta última ofrece buenos resultados al momento en que se comparten las distintas vivencias y también se logran fomentar buenas redes de apoyo. Por otro lado, el abordaje individual tiene un carácter personalizado e integral tanto para el paciente como para su entorno, se genera un plan específico acorde a las necesidades del momento.

Los distintos programas psicoeducativos se estructuran en varias sesiones organizadas de manera sistemática y planificada, siguiendo una secuencia que parte de los contenidos teóricos para luego avanzar hacia la aplicación práctica de habilidades necesarias en la vida cotidiana (Godoy et al., 2020).

Gisbert et al., 2003 plantea que en los grupos psicoeducativos se consideran fundamentales dos aspectos que deben estar presentes en cada encuentro: la transmisión de información y

la posibilidad de expresar emociones en un marco de apoyo mutuo entre los participantes. Diversos estudios han señalado que la efectividad de este tipo de intervenciones depende, en gran medida, de la adecuada integración de estos elementos. Por ello, la psicoeducación busca mantener un equilibrio entre el componente informativo y la dimensión terapéutica que aporta la experiencia compartida.

7.3. Familia y acompañamiento psicoeducativo

Brown y Birtwistle, 1998 citado por Touriño González et al., 2010 indica que, con la llegada de abordajes actuales, en donde se apunta a la desinstitucionalización y se hegemoniza un modelo comunitario, las familias pasaron a ser el principal sostén de las personas con trastornos mentales graves, reduciendo la dependencia de los servicios psiquiátricos

En el caso de la esquizofrenia, la participación familiar resulta esencial, ya que se necesita de un entorno protector, con normas claras y una adecuada organización. Como se ha planteado anteriormente la rehabilitación no solo busca potenciar las capacidades de la persona, sino también intervenir en su contexto. En este sentido, los programas psicoeducativos dirigidos a familias se consideran una de las intervenciones psicosociales más efectivas y con mayor respaldo científico (Touriño González et al., 2010).

En esta línea, los autores plantean que la participación de la familia es fundamental en todas las fases del proceso de rehabilitación, ya que su implicación facilita la vinculación del paciente y su permanencia en el tratamiento. El apoyo de los allegados resulta clave para superar los temores iniciales relacionados con la sobreestimulación y la interacción con otros usuarios, favoreciendo así la asistencia al centro. Asimismo, la información que aportan sobre el funcionamiento previo, la aparición de síntomas, los factores de riesgo y el desempeño de roles resulta imprescindible para comprender al paciente y diseñar el Plan Individualizado de Rehabilitación.

La colaboración familiar también es esencial para establecer objetivos realistas, ya que permite contextualizar las metas de la rehabilitación en el entorno social del paciente y ajustar las expectativas de los familiares, evitando tanto la resistencia al cambio como las demandas excesivas. Durante el desarrollo de los programas, la intervención de la familia constituye un componente integral del proceso, creando un ambiente adecuado y facilitando la generalización de las conductas y habilidades aprendidas a la vida cotidiana. Además, la cooperación entre familiares y profesionales ayuda a prevenir tensiones y desconfianzas (Touriño González et al., 2010).

Además de estos aspectos, la psicoeducación en las familias cumple un papel central en la prevención de recaídas al intervenir en dinámicas familiares caracterizadas por la crítica, la hostilidad o la sobreimplicación. Mediante el trabajo con la familia, se promueve un clima emocional más favorable, lo que contribuye a la estabilidad del paciente. También ofrece herramientas concretas para el tratamiento, ya que brinda a los allegados información sobre la enfermedad y el pronóstico, los capacita para identificar signos tempranos de descompensación y fortalece su capacidad de comunicación y cooperación con los equipos de salud. Finalmente, la psicoeducación se presenta como una estrategia eficaz en la reducción del estigma, al empoderar a pacientes y familiares con conocimiento validado que contrarresta prejuicios sociales, disminuye sentimientos de culpa o incapacidad y favorece la participación activa en la comunidad (Godoy et al., 2020).

Touriño González et al., 2010 dentro de las herramientas empleadas en esta evaluación destacan el genograma, que permite representar gráficamente la estructura y las relaciones familiares, identificar conflictos y redes de apoyo y comprender la transmisión intergeneracional de la ansiedad, y el ciclo vital familiar, que ayuda a situar a la familia en su etapa evolutiva y a analizar las tareas y dificultades que se generan a partir de eventos significativos como nacimientos, separaciones o pérdidas.

La Emoción Expresada (EE), introducida por George Brown en 1972, se refiere a la manera en que las familias se relacionan emocionalmente con el miembro de la misma con trastorno mental grave. Brown observó que actitudes como la crítica, la hostilidad o la sobreimplicación aumentaban el riesgo de recaídas, mientras que el desarrollo de un vínculo cálido y positivo podría favorecer la estabilidad. Para medirla se creó la *Camberwell Family Interview*, y su análisis permitió vincular ciertos patrones familiares con la evolución clínica de los pacientes (Muraca, 2019).

La evidencia indica que la mera transmisión de información no es suficiente para prevenir recaídas, pero sí lo son las intervenciones que incorporan entrenamiento en adherencia al tratamiento y detección temprana de síntomas previos. La reducción de la emoción expresada se identifica como uno de los mecanismos más relevantes para explicar la eficacia de estas intervenciones. De hecho, estudios controlados han demostrado que, al cabo de un año, las tasas de recaída en familias que participan en programas de intervención oscilan entre el 6% y el 23%, frente a un 40-53% en los grupos control. Aunque a los dos años las diferencias se reducen, los beneficios en la disminución de ingresos hospitalarios, el cumplimiento farmacológico y el funcionamiento social son consistentes (Gisbert et al. 2003).

7.4. Impacto y Efectividad

Abelleira Vidal y Touriño González (2010) señalan que, como hemos indicado anteriormente, los programas de psicoeducación buscan transmitir información clara y accesible sobre la enfermedad mental, con el fin de favorecer el cumplimiento del tratamiento, disminuir el riesgo de recaídas y fortalecer la conciencia que la persona tiene sobre el trastorno. Al mismo tiempo, apuntan a reducir el estigma, promover la autonomía del paciente y establecer una relación terapéutica más equilibrada. Para alcanzar estos propósitos se recurre a distintos actores, entre ellos los propios pacientes, sus familias, cuidadores y profesionales.

Los autores tratan la conciencia de enfermedad (insight) como aquel nivel donde la persona reconoce la presencia de su trastorno mental, ya sea actual o pasado, y puede comprender la necesidad y utilidad del tratamiento, además de ser capaz de anticipar la evolución futura de la enfermedad.

Por otro lado, plantean la adherencia al tratamiento como el grado en que la conducta del paciente se ajusta a las indicaciones médicas, lo que incluye la toma de medicación, el seguimiento de pautas o la asistencia a controles clínicos. La falta de adherencia suele relacionarse con consecuencias negativas como un peor funcionamiento general, mayor riesgo de hospitalizaciones, incremento en el uso de servicios de urgencia, episodios de violencia, deterioro en la calidad de vida y un consumo más elevado de sustancias.

Los factores que influyen en la adherencia pueden agruparse en cuatro grandes áreas: aquellos vinculados al paciente (creencias, actitudes, síntomas, nivel de conciencia de enfermedad, consumo de sustancias), los relacionados con el tratamiento (efectos secundarios, percepción subjetiva y régimen farmacológico), los que dependen del profesional y del sistema sanitario (calidad de la relación, acceso a la información, organización del servicio) y los de carácter familiar o social (apoyo de la familia, estigma social). Abelleira Vidal y Touriño González (2010).

La conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento mantienen una relación estrecha. Un mayor nivel de insight favorece que el paciente comprenda la necesidad de continuar con la medicación y las recomendaciones clínicas, reduciendo el riesgo de recaídas y hospitalizaciones. En cambio, la ausencia de reconocimiento del trastorno constituye uno de los principales factores de no adherencia. De este modo, intervenciones como la psicoeducación resultan fundamentales, ya que promueven tanto la conciencia de enfermedad como el compromiso activo con el tratamiento.

En todas las etapas de la rehabilitación, incluida la psicoeducación, la participación de las familias, desde un primer contacto hasta la enmarcación de objetivos, la implementación de programas y la valoración de los resultados. Las familias no solo aportan información relevante sobre la historia del paciente y su situación actual, sino que también contribuyen a generar un entorno más favorable para el tratamiento. Muchas veces, este rol puede implicar una sobrecarga adicional por las nuevas demandas que asumen en el proceso de acompañamiento (Tourinho González et al., 2010).

Tourinho González, et al., (2010) sostienen que la evaluación de las familias busca construir un marco de confianza que permita establecer acuerdos y aprovechar al máximo los recursos frente al trastorno. En estos casos, los puntos que los profesionales deben trabajar con las familias son el duelo de las mismas por la aparición del trastorno mental grave, que muchas veces puede vivenciar como una pérdida de ese ser querido, la carga familiar objetiva en la que hay nuevas tareas y limitaciones que surgen por los nuevos cuidados, y la carga subjetiva, que refiere a cómo experimenta la familia esta situación. Además de esto, es importante poder evaluar con qué información cuentan las familias sobre la esquizofrenia, para poder guiar el acompañamiento.

Resulta preocupante que numerosos pacientes, a veces motivados por familias con poco acceso a la información, interrumpan o modifiquen su tratamiento sin supervisión, lo que incrementa el riesgo de recaídas. Las distintas modalidades de psicoeducación apuntan a brindar herramientas a las familias para estos casos, reforzando sus capacidades y aclarando que el entorno no es el origen de la enfermedad (Muraca, 2019).

El autor indica que las creencias equivocadas y la información inexacta constituyen obstáculos relevantes para la adopción de hábitos de cuidado. El uso de medicación, por sí solo, no asegura una recuperación plena, aun así, en algunas familias predominan actitudes impulsivas, ausencia de límites claros, conductas sobreprotectoras o de negación frente a la enfermedad. Por ello, se plantea la necesidad de avanzar hacia formas de psicoeducación más horizontales y colaborativas.

Muraca (2019) plantea que la base de este abordaje radica en fortalecer la comunicación, lo cual favorece vínculos más saludables entre paciente y familia. Una comprensión más profunda del trastorno puede disminuir la carga asociada al diagnóstico, optimizar la calidad de vida y habilitar nuevas formas de interacción. Es por ello que la participación activa de la familia en los procesos de psicoeducación fortalece la alianza terapéutica y reduce las probabilidades de abandono o resistencia al tratamiento.

La psicoeducación constituye un cambio de paradigma, ya que promueve que tanto el paciente como sus cuidadores asuman un rol activo en el proceso de atención en salud. Al ofrecer estrategias para enfrentar las dificultades que surgen en la vida cotidiana debido a la falta de recursos de afrontamiento, esta intervención contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales graves y de sus familias (Godoy et al., 2020).

Los análisis más significativos incluyen una revisión sistemática publicada en 2015 en The Cochrane Library denominada Psicoeducación (breve) para personas con enfermedades mentales graves. En ésta, se incluye un total de 20 estudios donde los participantes reciben intervenciones psicoeducativas, mostrando como resultado una disminución significativa de los tiempos de recaídas a corto plazo, pero no a largo plazo. Además, muestra que esta instancia puede disminuir la incidencia de ansiedad severa y depresión. En último lugar, la revisión muestra una mejora en las habilidades sociales y la funcionalidad de los pacientes, pero no muestra diferencias en la calidad de vida en el corto tiempo. (Godoy et al., 2020, p. 172).

Godoy et al., (2020) traen que la evidencia indica que la psicoeducación logra efectos significativos en la reducción de los tiempos de recaída y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Se trata de una intervención costo-efectiva, dado que puede ser desarrollada por distintos integrantes del equipo de salud y, cuando se incorporan adecuadamente sus contenidos, contribuye a disminuir los costos asociados al tratamiento mediante la prevención de hospitalizaciones y el fomento de la funcionalidad. Su importancia radica en favorecer la adherencia terapéutica y en disminuir la probabilidad de recaídas, constituyéndose como un componente clave dentro de un abordaje integral. Además, potencia las capacidades de las familias y facilita la reintegración social de las personas con trastornos mentales. Al mismo tiempo, fortalece la relación entre paciente, familia y equipo tratante, promoviendo un vínculo más cercano y adaptado a las necesidades individuales. En síntesis, la psicoeducación se plantea como una herramienta transformadora para enfrentar la desinformación y superar los modelos tradicionales de la psiquiatría, situando al paciente en el centro de su proceso de recuperación.

8. Consideraciones finales

El presente trabajo monográfico buscó analizar, desde múltiples perspectivas y recopilados bibliográficos, el impacto que tiene la psicoeducación en la vida de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, con especial énfasis en la adherencia al tratamiento, la comprensión del propio diagnóstico y la participación activa en los procesos de

rehabilitación psicosocial. El mismo surge de una inquietud personal y académica en la cual busqué investigar y repensar sobre estrategias que, desde los saberes Psi, aporten a la construcción de prácticas más integrales en el campo de la Salud Mental.

Considerando que en las últimas décadas la psicoeducación ha ido consolidándose como una herramienta central dentro de los abordajes comunitarios y centrados en la persona, resulta pertinente continuar reflexionando sobre su relevancia no solo en la promoción del conocimiento y el uso adecuado de la medicación, sino también en su potencial para reducir el estigma, fortalecer el empoderamiento de los usuarios y favorecer sus vínculos e interacción con la comunidad. En este proceso, la familia ocupa un lugar fundamental como red de apoyo primario, ya que su participación activa en la psicoeducación contribuye no solo al acompañamiento cotidiano, sino que también mejora de la calidad de vida y la construcción de entornos favorables para una recuperación integral.

A lo largo de la licenciatura se ha hecho énfasis en la importancia y lo rico del abordaje interdisciplinario, y en la medida en que avancé en lecturas, esta idea se reafirmaba en esta temática. Según Bianchi, D (2013) la efectividad de las estrategias de intervención depende, en gran medida, de la manera en que los profesionales logran vincularse, comprenderse y trabajar de forma conjunta frente a los problemas compartidos. Esta perspectiva permite pensar que la frontera entre salud y enfermedad no se define únicamente por categorías clínicas, sino también por la posibilidad de evitar procesos de desafiliación en quienes buscan atención.

En este sentido, resulta fundamental dar voz no solo a los distintos actores que conforman los equipos interdisciplinarios, sino que también a la población con la que se trabaja, reconociendo su participación activa en la producción de sentidos y en la construcción de procesos terapéuticos. En continuidad con esta mirada, Hounie (2013) subraya:

Para este abordaje resulta preciso dar lugar a un instrumento que entendemos privilegiado: la palabra. Dar lugar a la palabra no significa reducirla a responder cuestionarios en busca de estándares protocolizados ni someterla a regular la incomodidad de una queja. Que una palabra tenga lugar significa que se le ha permitido ser en su condición de inesperada, reveladora, intempestiva y potente para construir espacios en los que poder habitar. (p. 120).

Otro punto que surge como interrogante fue el poder problematizar el reduccionismo biológico que históricamente ha dominado en el campo de la salud mental, en la medida en que las etiquetas diagnósticas han tendido a desplazar al sujeto y favorecer procesos de

medicalización sin cuestionar y reflexionar sobre otros aspectos. Frente a este panorama, considero que la psicoeducación adquiere un carácter “contrahegemónico”, ya que promueve el contacto con la persona y su sufrimiento psíquico, habilitando la construcción de proyectos de vida significativos y reafirmando la condición de sujetos de derecho. Tal como afirma Stolkiner (2017):

Toda representación de salud-enfermedad contiene una representación del hombre y la sociedad y toda práctica en salud produce y reproduce formas discursivas que exceden lo específico de la atención médica para operar en el discurso social, para cumplir una función ‘normalizadora’. En este punto, el enfoque interdisciplinario podría antagonizar con el reduccionismo y transformarse en producción discursiva contrahegemónica. (p.195).

En esta línea, es necesario considerar la historia de los manicomios y las formas de aislamiento que han predominado en la atención a la salud mental. El modelo de encierro no sólo no mejora la salud, sino que tiende a cronificar y deteriorar a quienes lo atraviesan, reforzando la exclusión y la vulneración de derechos. En Uruguay, a pesar de los avances normativos, aún persisten instituciones con lógicas asilares, uso predominante de fármacos y prácticas que priorizan el control por sobre el acompañamiento. Transformar este modelo no implica únicamente modificar la infraestructura, sino también replantear concepciones y prácticas profundamente arraigadas en el campo psi. En este contexto, la psicoeducación se presenta como una herramienta estratégica que, aunque no reemplaza por sí sola las lógicas asilares, contribuye a promover información validada, participación activa y procesos colectivos de resignificación, articulándose con un paradigma comunitario y de derechos.

Durante la revisión bibliográfica, se ha evidenciado que la psicoeducación constituye una herramienta central en el acompañamiento de las personas con esquizofrenia, no sólo por los beneficios clínicos que reporta en términos de reducción de recaídas, sino porque habilita un espacio de comprensión para los usuarios y sus acompañantes. Estos programas compartidos permiten brindar información clara, no solo sobre lo que ocurre al habitar sus cuerpos, sino también en desmontar creencias erróneas y favorecer que quienes atraviesan el trastorno, tanto los pacientes como sus acompañantes, se sientan más capaces de desarrollar herramientas para afrontar las dificultades cotidianas que conlleva. En este sentido, lo psicoeducativo no se limita únicamente a la transmisión de conceptos médicos o técnicos, sino que incluye también orientaciones prácticas vinculadas a la vida diaria: cómo organizar rutinas, reconocer sus límites, identificar señales tempranas

de malestar, poder mejorar la gestión del estrés, sostener hábitos de autocuidado o incluso afrontar situaciones sociales.

Como se mencionaba anteriormente, un aspecto destacado en este recorrido es el papel de la familia como red de apoyo primario. Se pudo observar que su implicación en los procesos psicoeducativos resulta indispensable, en tanto posibilita la construcción de vínculos más estables, disminuye la carga emocional y fortalece la alianza terapéutica con el equipo de salud. Se observa que cuando la familia se involucra activamente, la continuidad del tratamiento se asegura en mayor medida y la calidad de vida del paciente mejora sustancialmente.

La psicoeducación, además, adquiere un valor social innegable en la medida en que promueve la reducción del estigma y el autoestigma, uno de los principales obstáculos que enfrentan las personas con esquizofrenia. El desconocimiento y los prejuicios suelen reforzar dinámicas de exclusión, que impactan directamente en las posibilidades de autonomía, integración y ejercicio de derechos. En este sentido, ofrecer información validada y promover espacios de encuentro y reflexión contribuye a derribar estas barreras, generando condiciones más justas y equitativas.

Este punto se vuelve particularmente relevante en el contexto uruguayo, atravesado por la implementación de la Ley de Salud Mental (N° 19.529, 2017) y el desafío de avanzar hacia la desmanicomialización. El tránsito hacia un modelo comunitario de atención exige dispositivos que contemplan no solo el control sintomático, sino también la inclusión social, la participación activa y el reconocimiento de las personas con trastornos mentales graves como sujetos de derechos. La psicoeducación se presenta, entonces, como un recurso costo-efectivo, replicable en distintos niveles de atención, que acompaña este cambio de paradigma y se articula con los principios de dignidad, ciudadanía e igualdad.

En definitiva, este trabajo permite afirmar que la psicoeducación debe ser concebida no como una intervención accesorio, sino como una pata fundamental dentro del abordaje integral de la esquizofrenia. Su implementación en los servicios de salud mental representa un avance importante hacia prácticas más humanas, colaborativas y centradas en la persona, que reconozcan la importancia de la familia y de las redes comunitarias en el proceso de recuperación. El desafío aún está en continuar profundizando en estrategias que superen los modelos biomédicos tradicionales y se orienten a la construcción de proyectos de vida. Ello implica situar a los usuarios en el centro de su propio proceso de atención, otorgar a las familias el papel activo y apostar por construir nuevos paradigmas que contemplen la diversidad de experiencias y visiones.

9. Referencias bibliográficas

- Abelleira Vidal, C., & Touriño González, R. (2010). Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. En M. L. Vargas & R. Touriño (Eds.), *Evaluación en rehabilitación psicosocial* (pp. 97-110). Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). <https://consaludmental.org/publicaciones/Evaluacionrehabilitacionpsicosocial.pdf>
- Alanen, Y. O. (2003). *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; Janssen-Cilag. http://www.cursoesquizofrenia.com/Castellano/pdf/LA_ESQUIZOFRENIA.pdf
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Médica Panamericana.
- Arkowitz, H. (2002). Toward an integrative perspective on resistance to change. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 219–227.
- Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP). (2007). *Modelo de centro de rehabilitación psicosocial*. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. <https://consaludmental.org/publicaciones/ModeloCentroRehabilitacionPsicosocial.pdf>
- Bang, C. (2016). *Creatividad y salud mental comunitaria: Tejiendo redes desde la participación y la creación colectiva*. Lugar Editorial. https://lugareditorial.com.ar/wp-content/uploads/2021/12/978-950-892-509-1_a.pdf
- Bianchi, D. (2013). Los equipos, las disciplinas y las concepciones de salud y enfermedad. En N. De León (Coord.), *Salud mental en debate: Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp. 111-118). Psicolibros. https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/2013-12_salud_mental_en_debate.pdf
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: Barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162–167. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80633732007.pdf>
- Casarotti, H., Pardo, V., Laborthe, A., Labraga, P., Valiño, G., Fernández, M., Ruiz, A. I., Popoff, C., Pazos, M., & Martínez, A. (2003). Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67(1), 76–110.

- Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83–96. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847406006>
- Díaz del Peral, D. (2017). Recuperación y estigma. *Revista Psiquiátrica*, 81(2), 127–144. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/05_CONF_2.pdf
- Fernández-Catalina, P., & Ballesteros-Pérez, F. (2017). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: Un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *Edupsykhé: Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 15–36. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7428606.pdf>
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24(1–3), 223–244. <https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104/106>
- Fontao, M. I., Ross, T., Quiroga, S. E., & Hoffmann, K. (2010). Terapia grupal en el tratamiento de la esquizofrenia: Una revisión bibliográfica sobre los modelos terapéuticos y los problemas en su investigación empírica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(2), 151–162. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921801005.pdf>
- Garcelan, S. P. (2003). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *Informació Psicològica*, (83), 37–46. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/365/314>
- Gisbert, C., Moro, J., & Camps, C. (2003). Metodología de las intervenciones en el contexto individual, familiar y social. En C. Gisbert (Ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo* (pp. 133–192). Asociación Española de Neuropsiquiatría. <https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocialtratamientointegral.pdf>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores. <https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffman-estigma.pdf>

- González Cases, J. C., & Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319–332.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009
- González de Chávez, M. (2006). Psicoterapia de grupo y esquizofrenia. En Y. O. Alanen, M. González de Chávez, A.-L. S. Silver, & B. Martindale (Eds.), *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas: Historia, desarrollo y perspectivas* (pp. 293–312). Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis.
<https://www.cursoesquizofrenia.com/images/ABORDAJES-PSICOTERAPEUTICOS.pdf>
- Guinea, R. (2015). Rehabilitación psicosocial: Perspectivas en el mundo. *Tramas: Subjetividad y Procesos Sociales*, (43), 13–39.
<https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/748/743>
- Hernández Monsalve, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171–187.
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/10.pdf>
- Hounie, A. (2013). Disponer espacios: poder pensar, poder hablar. En N. De León (Coord.), *Salud mental en debate: Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp. 119–124). Psicolibros.
https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/2013-12_salud_mental_en_debate.pdf
- Martínez Rubio, M. P. (2015). *¿De qué hablamos cuando hablamos de inclusión social en salud mental? Significados desde la perspectiva de profesionales, academia y política pública en Chile* [Tesis de maestría, Universidad de la República, Uruguay]. Colibrí.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8081/1/Paz%2c%20Mar%2b%c2%a1a.pdf>
- Muraca, F. (2019). Aportes desde la psicoeducación al tratamiento de la enfermedad mental. *E-Universitas: U.N.R. Journal*, 11(2).
<https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/d00ab1c2-7533-4c65-92ef-8209d9e8f278/content>

Organización Mundial de la Salud (OMS), & Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR). (1997). *Rehabilitación psicosocial: Declaración de consenso*. WAPR.

https://www.wapr.org/wp-content/uploads/2023/12/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf

Palacios, A., & Iglesias, M. G. (2017). La convención de los derechos de las personas con discapacidad. En Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria (Ed.), *Salud mental, comunidad y derechos humanos* (pp. 19–41). Psicolibros Universitario.
<https://cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/07/8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf>

Perona Garcelán, S. (2003). *La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia*. Información Psicológica, (83), 37–46.
<https://informaciopsicologica.info/revista/article/download/365/314>

Rodríguez, A., & Bravo, M. F. (2003). Marco general y conceptualización. En C. Gisbert (Coord.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo* (pp. 17–53). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocialtratamientointegral.pdf>

Sadock, V., & Sadock, B. (2011). *Kaplan y Sadock: Manual de bolsillo de psiquiatría clínica* (5.ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Stolkiner, A. (2017). El enfoque interdisciplinario en el campo de la salud. En Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria (Ed.), *Salud mental, comunidad y derechos humanos* (pp. 189–211). Psicolibros Universitario.
<https://cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/07/8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf>

Taborda Zapata, E., Montoya González, L. E., Gómez Sierra, N. M., & Arteaga Morales, L. M. (2016). Manejo integral del paciente con esquizofrenia: Más allá de los psicofármacos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 118–123.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n2/v45n2a09.pdf>

Touriño González, R., Baena Ruiz, E., Benítez Zarza, N., Abelleira Vidal, C., & Fernández, J. A. (2009). Evaluación familiar en rehabilitación psicosocial. En M. L. Vargas & R. Touriño (Eds.), *Evaluación en rehabilitación psicosocial* (pp.125-134). Federación

Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP).

<https://consaludmental.org/publicaciones/Evaluacionrehabilitacionpsicosocial.pdf>

Uruguay. (2017, 19 de septiembre). *Ley N.º 19.529: Ley de Salud Mental*.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017/31>