



Universidad de la República

Facultad de Psicología

**REINSERCIÓN LABORAL Y REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA**

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

Autor: Maria Agustina Pinato Abremage

C.I: 4.653.688-5

Tutora: Prof. Dra. Gabriela Prieto

Junio, 2021

Montevideo, Uruguay

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Concepciones sobre la Esquizofrenia.....	5
1.1 Etiología de la Esquizofrenia.....	6
1.2 Sintomatología de la Esquizofrenia.....	7
Rehabilitación Psicosocial en Personas con Esquizofrenia.....	13
2.1 Nueva Ley de Salud Mental 19.529 en Uruguay.....	17
2.2 Rol de la Familia en la Rehabilitación Psicosocial.....	18
Reinserción Laboral en Personas con Esquizofrenia.....	22
3.1 Programas de Reinserción laboral y Rehabilitación Psicosocial en el Uruguay...	27
Consideraciones finales.....	30
Referencias bibliográficas.....	33

Resumen

El Trabajo Final de Grado abordó la temática de la Reinserción Laboral y Rehabilitación Psicosocial en Personas con Esquizofrenia a través de la revisión bibliográfica de distintos autores. En el mismo, se expuso sobre las características del cuadro clínico de la esquizofrenia, su sintomatología así como su posible etiología, para comprender en profundidad la patología.

La esquizofrenia afecta la calidad de vida de los sujetos que la padecen, donde en algunos casos puede inducirlos al suicidio.

Así mismo, se desarrollaron diferentes perspectivas de la Rehabilitación Psicosocial en relación al sujeto que padece de esquizofrenia, involucrando el rol de la familia en el proceso rehabilitador.

Es necesario que el sujeto con esquizofrenia se encuentre compensado, para que pueda acceder a una Reinserción en el ámbito laboral y de esta manera lograr una Rehabilitación Psicosocial, con ayuda de la familia y de técnicos de la salud mental.

Palabras Clave: Esquizofrenia, Reinserción Laboral, Rehabilitación Psicosocial.

“El rol de enfermo convierte al individuo en un ser sin tiempo, estático, al margen del discurrir natural de los acontecimientos; es por lo tanto un rol incapacitante, marginador, que se mira a sí mismo”.

(Galilea y Colis, p.2 ,2000)

Introducción

En el trabajo presentado, se realizó un recorrido por la concepción, posible etiología y características de los sujetos que transitan la patología de la esquizofrenia, para comprender el tema central de esta producción teórica, que es la Reinserción Laboral y Rehabilitación psicosocial de dicha población.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), la esquizofrenia es considerada un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo.

A pesar de que se ha investigado acerca de su posible etiología, según ciertos estudios, se ha observado que diferentes factores pueden estar interrelacionados en su origen. Estos factores pueden ser biológicos, ambientales o afectivos.

Por su parte, las tasas de suicidio, son la principal causa de muerte en la población con esquizofrenia, debido a la desesperanza de vida que presentan, acompañado de los síntomas negativos que conducen muchas veces a la depresión y hasta pueden inducirlo a la autoeliminación.

Debido al riesgo de suicidio, es fundamental conocer las dimensiones que atraviesan a esta enfermedad, tanto para los profesionales de la salud mental que trabajan con esta población,

como también para fomentar el conocimiento en las familias y promover su participación en el proceso de rehabilitación y su ayuda en la mejora de calidad de vida del sujeto.

Luego de plantear la importancia de la Rehabilitación Psicosocial en la población con Esquizofrenia, se trabajó sobre el lugar que ocupa el Ámbito Laboral en la rehabilitación.

En el trabajo se expuso información sobre las repercusiones de la esquizofrenia en la vida social de las personas que la padecen, desde perspectivas a nivel internacional y del Uruguay.

En Uruguay se implementó la Ley N° 19.529 y Programas de Rehabilitación que dan lugar al reconocimiento de la problemática de la población que padece esquizofrenia y establecen alternativas para mejorar la calidad de vida de estas personas además de hacer especial hincapié en sus derechos como ciudadanos.

En la monografía, se consideró relevante la Reinserción Laboral en personas con esquizofrenia, ya que ayuda a los pacientes a mantenerse en una posición activa en la sociedad, mejorando su autonomía y calidad de vida. El empleo de las personas con este padecimiento, forma parte del proceso rehabilitador en la vida de estos sujetos.

Concepciones sobre la Esquizofrenia

En el referente capítulo, se desarrollaron las concepciones del término esquizofrenia. De este modo, se buscó concebir el origen de la patología y comprender de qué manera afecta al sujeto.

El término de la palabra esquizofrenia, se remite desde hace:

“100 años de vida pero esta enfermedad es tan vieja como el hombre y hoy sabemos que aquellos a los que antaño, se llamaban locos, lunáticos, poseídos, endemoniados, y que, a veces, acababan en alguna hoguera o perseguidos y maltratados por el resto de las personas, no eran sino enfermos con esquizofrenia” (Cabrera, Fuertes y Rodríguez, 2000, p.9).

Según lo planteado anteriormente sobre la terminología de la esquizofrenia, Novella y Huertas (2010) concuerdan que a lo largo de la historia, el concepto de esquizofrenia ha sufrido diversas modificaciones.

Así es, que en el año 1871 Ewald Hecker hace referencia a la patología mediante el término de “Hebefrenia” como el deterioro mental que presentaban los pacientes. Sin embargo, tiempo después, la palabra Hebefrenia se adjudicó a uno de los tipos de esquizofrenia.

Años más tarde, el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1911, citado por Padin, 2012) hace referencia a la palabra esquizofrenia mediante al término proveniente de *Esquizo* que deriva del griego σχίζειν (schizein), el cual significa “escindir” y *frenia* corresponde al griego φρήν (phren), que quiere decir “mente”. Es decir, la esquizofrenia o “mente escindida” es la pérdida de integridad o

unidad de pensamiento del sujeto que la padece, percibiendo de esta manera una realidad diferente a la del resto de las personas.

Etiología de la Esquizofrenia

Para abordar los posibles orígenes de la esquizofrenia, fue necesario realizar un recorrido acerca del material teórico existente que trata sobre la etiología de esta enfermedad, tomando la postura de diversos autores los cuales se desarrollaran a continuación.

De esta manera, Obiols y Vilanova (2003) explican la etiología de la esquizofrenia a partir de un modelo genético. En este modelo, los autores establecen la importancia del factor genético, en base a la carga biológica o el grado de parentesco que presenta el paciente, respecto a familiares consanguíneos que padezcan esquizofrenia. Los familiares de primer grado, son los más propensos a sufrir la enfermedad, siendo éstos, por ejemplo, hijos directos de padre o madre con esquizofrenia. Si bien existen los familiares de segundo grado, la probabilidad de contraer la enfermedad en estos casos, es baja.

En relación al modelo genético planteado anteriormente, Rebolledo Moller y Lobato Rodríguez (2005), consideran que la esquizofrenia puede desarrollarse durante el embarazo, complicaciones en el parto o daños cerebrales. Sin embargo, no descartan la influencia de factores psicosociales en el desarrollo o problemas en la infancia para que se establezca el trastorno.

Una de las hipótesis existentes sobre el origen de la esquizofrenia, establece que, existe una relación entre la enfermedad y una conectividad sináptica anormal, la cual indicaría, la formación de un trastorno del neurodesarrollo (López Rodríguez, Sanmillán, Hilda, Cainet, Regla, Martinez y de las Mercedes, 2015).

Por otra parte, Obiols y Vilanova (2003) expresan otro factor importante a tener en cuenta; el ambiental, debido a que el factor genético ha quedado en evidencia en investigaciones con gemelos monocigóticos, donde fue demostrado que en dos hermanos con la misma genética, la enfermedad no es desarrollada por ambos sujetos. Algunos de los factores ambientales que destacan los autores son; las infecciones virales, estación del año en el nacimiento y vivir en zonas urbanas.

Sintomatología de la Esquizofrenia

La esquizofrenia, es una enfermedad que se caracteriza por afectar a la persona progresivamente, en distintas etapas y a través de la aparición de diferentes síntomas.

Es de esta manera que, Ruiz Iriondo, Salaberria y Echeburúa (2013) destacan cinco fases y períodos de inicio de la esquizofrenia.

- Fase pre-psicótica: En la referente fase, el sujeto puede presentar antecedentes familiares con esquizofrenia, así como experimentar síntomas de orden no especificado. De este modo, se busca minimizar el riesgo de los síntomas próximos a la psicosis.
- Fase aguda: Aparecen los síntomas de manera positiva y más *florida* en la persona con esquizofrenia, ya sea: delirios, alucinaciones o comportamientos desorganizados. A partir

de estos síntomas, el paciente tiene el primer contacto con el centro de salud mental y recibe un tratamiento psicológico y psiquiátrico.

- **Periodo crítico:** Se establece luego del debut de la enfermedad, contando con una duración de entre 3 y 5 años. Pueden exponerse síntomas moderados a graves, ya sean positivos, negativos, déficits cognitivos y empobrecimiento social. En dicho período, al presentarse tan manifiestos los síntomas puede haber un abandono de medicación e inducciones al suicidio.
- **Fase subcrónica:** El paciente puede vivenciar varias recaídas y posteriores hospitalizaciones, con sintomatología tanto positiva como negativa, siendo muy notoria la enfermedad. En esta etapa, se pretende lograr una estabilización del paciente, para que se adapte nuevamente a sus actividades.
- **Fase crónica:** Se presenta la enfermedad en un periodo de 5 años y con una muy mala evolución, aquí el sujeto experimenta síntomas negativos y residuales graves, como por ejemplo; falta de energía, displacer ante actividades que antes le resultaban placenteras e incapacidad de crear nuevas relaciones.

En referencia a las fases planteadas por Ruiz Iriondo, Salaberria y Echeburúa (2013), Kaplan (2015) menciona que, los síntomas de los sujetos con esquizofrenia suelen ir modificándose con el tiempo, por lo que destaca la importancia de poder prestarle atención a los primeros episodios psicóticos que mantiene la persona para un mejor pronóstico y tratamiento adecuado.

En tanto, la OMS (2019) hace énfasis en que la esquizofrenia es un tipo de psicosis, que tiene como característica, la distorsión en diversas áreas como: en la emocional, del lenguaje, de las

percepciones, de la conciencia y de la conducta. De esta manera, algunos de los síntomas más comunes son; la alucinación auditiva y el delirio.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (APA, 2014) desarrolla los lineamientos de la OMS, aludiendo que, para que se establezca la enfermedad de esquizofrenia, es necesario que se presenten dos o más síntomas por un período de un mes, y a continuación signos por un período de 6 meses. Los síntomas se expresan mediante delirios, discurso desorganizado (incoherencia frecuente en el lenguaje), alucinaciones, comportamiento desorganizado o catatónico, o síntomas negativos; tales como expresión emotiva disminuida o abulia.

Los síntomas de la esquizofrenia mencionados anteriormente, provocan en el sujeto que padece de la enfermedad, un descenso en su funcionalidad, respecto a distintas áreas de su cotidianidad: laboral, académica, cuidado personal o relaciones interpersonales. Por su parte, los signos, son expresados a través de cambios que afectan las relaciones interpersonales del sujeto, su cuidado personal y su actividad laboral.

En concordancia con lo mencionado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (APA, 2014), el Manual de Codificación (CIE-11, 2018) agrega como otra distorsión en las personas que padecen el trastorno de esquizofrenia: manifestaciones afectivas inapropiadas, distorsiones en diferentes áreas, ya sea a nivel del pensamiento, percepciones o de las emociones. Por otro lado, menciona una conservación de la capacidad intelectual así como de la conciencia, pudiendo en algunos casos presentarse déficits cognitivos.

A su vez, las disfunciones cognitivas son las que pueden llevar a un deterioro en el funcionamiento social del paciente con esquizofrenia, provocando de esta manera que el sujeto se torne más vulnerable frente al estrés social y se vea reducida la capacidad de resolver problemas sociales. Este déficit, es el principal limitante que se encuentra a la hora de trabajar con los programas de rehabilitación psicosocial (Cavieres y Valdebenito, 2005).

En referencia a las disfunciones cognitivas en personas con esquizofrenia, Pena Garijo y Monfort Escrig (2020), se centran en los síntomas cognitivos que implican la enfermedad, señalando que:

“Los déficits en la esquizofrenia se asocian con el bloqueo o deterioro de importantes funciones mentales que se caracterizan por; iniciar y mantener actividades; la fluidez del habla y pensamiento; la expresión de emociones; la comunicación no verbal; los sentimientos de alegría y placer; y la interacción con otras personas. Parece ser que la presencia de estos déficits conduce a la apatía y reduce la expresión emocional” (p.111).

A su vez, Padin (2012) plantea que existen factores de personalidad, los cuales hacen más propensas a las personas de padecer esquizofrenia, manifestando comportamientos más retraídos, déficits en las habilidades sociales, como se establece en el caso de las personalidades esquizoides.

No obstante, Florit Robles (2006) considera que, si bien existe un único diagnóstico de la esquizofrenia, hay varios factores que influyen en la enfermedad mental, los cuales establecen que cada sujeto la padezca de forma singular. Para ello, se debe tener en cuenta el funcionamiento de la persona, su capacidad de autonomía y de autocuidado; su comorbilidad, es

decir, otras patologías ya sean psíquicas como físicas que presente la persona y el grado de discapacidad que las mismas le produzcan, así como la repercusión que conlleva la esquizofrenia, ya sea en el ambiente familiar como en el social.

Por otra parte, Rebolledo Moller y Lobato Rodríguez (2005), agregan que existen factores de riesgo, que podrían aumentar la probabilidad de crisis esquizofrénicas, en personas que ya presentan el trastorno, como por ejemplo, el consumo de drogas; específicamente cocaína y anfetaminas; así como los conflictos personales que mantenga el sujeto.

A su vez, los autores entienden a las crisis esquizofrénicas como “un estado que afecta al sujeto temporalmente. Lo que realmente perduraría en la persona es su vulnerabilidad, su predisposición a experimentar crisis; este sería el rasgo más distintivo de estas personas y es sobre este aspecto que actúan medicaciones antipsicóticas” (Rebolledo Moller y Lobato Rodríguez, p.23, 2005).

Por otra parte, Cabrera, Fuertes y Rodríguez (2000) consideran que, uno de los síntomas que no son propios de la enfermedad de esquizofrenia, pero igualmente pueden presentarse son: angustia y depresión. Aquí el paciente puede manifestarse de forma ansiosa, sin poder hacer algo con lo que le sucede, situación que lo puede llevar a padecer depresión y a veces hasta inducirlo al suicidio.

Es por ello, que la comorbilidad entre depresión y esquizofrenia según Bedoya y Montaña (2016) tiene una prevalencia de 17% a 65% y la depresión postpsicótica está presente en más de un 25% de pacientes, lo cual, incrementa el riesgo de recaídas, empeorando la respuesta al

tratamiento y generando mayor deterioro funcional. A su vez, los autores expresan que en los primeros años de la enfermedad, entre un 5% y 15% de pacientes mueren por suicidio, relacionado con síntomas depresivos.

En función a lo antedicho, Azpiroz, De los Santos y Romani (2005) plantean que, la principal causa de muerte en los jóvenes con esquizofrenia, es el suicidio y muchas de estas personas que padecen esquizofrenia pueden ver la autoeliminación como única alternativa, al dar cuenta de los efectos negativos de la enfermedad.

Luego de establecer un recorrido sobre las concepciones, posible etiología y sintomatología de la esquizofrenia, se expondrá a continuación, el rol que ocupa la rehabilitación psicosocial en personas que padecen este trastorno.

Rehabilitación Psicosocial en Personas con Esquizofrenia

A comienzos del siglo XX, la esquizofrenia era percibida como una enfermedad crónica con poca probabilidad de mejora. Sin embargo, con el correr de los años se ha podido observar de acuerdo a avances que han habido respecto al conocimiento sobre esta enfermedad, que muchos pacientes con un tratamiento adecuado, son capaces de remitir los síntomas, así como tener un buen funcionamiento social (Lieberman y Kopelwicz, 2004).

De este modo, surge la configuración de la rehabilitación psicosocial, la cual es instalada en la última década, como campo de intervención terapéutico para tratar diversas enfermedades mentales de orden crónico. A su vez, la rehabilitación es gestionada por nuevos modelos de atención sanitaria, incluidos en la reformas de salud mental. Estos modelos consideran al sujeto con esquizofrenia desde una perspectiva biopsicosocial, con atención integral en la salud y desde un enfoque comunitario (Garcelán, 2015).

No obstante, se mantiene la utilización de los fármacos antipsicóticos en los pacientes con esquizofrenia, ya que son de gran importancia para tratar los síntomas positivos y no deben dejar de utilizarse. Es fundamental que los sujetos con este padecimiento, estén acompañados con un tratamiento de abordaje psicosocial, para tratar los síntomas negativos, con los cuales la medicación no coopera (Gabbard, 2002).

A su vez, el autor remarca que no existe un tratamiento terapéutico específico para el trastorno de la esquizofrenia, sino que, debe pensarse un tratamiento para cada individuo en particular, según las necesidades que presente cada uno (Gabbard, 2002).

En coincidencia con el enfoque de Gabbard (2002), Glynn (2013) manifiesta que, a pesar de que la medicación antipsicótica sea esencial para el tratamiento con esquizofrenia, la misma no ayuda en la recuperación de pérdidas personales y sociales sufridas como consecuencias de la enfermedad, así como tampoco contribuyen a tener una vida satisfactoria. Es por ello, que las intervenciones de orden psicosocial pueden ser útiles para adquirir o rehabilitar habilidades perdidas. De esta manera, llegar a tener una buena calidad de vida, a pesar de los síntomas que manifiesta la enfermedad.

Florit Robles (2006) coincide con la postura de Glynn (2013), en cuanto a la importancia de la rehabilitación psicosocial, luego de comprobarse que el uso de psicofármacos, no es suficiente para el tratamiento del paciente con esquizofrenia.

El autor agrega además que, las intervenciones psicosociales tienen como objetivo la reducción de síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia, brindando conocimiento de la enfermedad, tanto a los familiares como al sujeto que la padece, para mejorar su funcionamiento (Florit Robles, 2006).

Garcelán (2015) amplía la postura de Florit Robles (2006), categorizado en cuatro fases la rehabilitación. En un primer momento, sitúa la evaluación, en la cual se diseña un plan terapéutico en base a las necesidades individuales del paciente con esquizofrenia, donde se observa en éste: las áreas cognitivas, la toma de decisiones y resolución de problemas. En una segunda fase, se elabora un plan individualizado de rehabilitación; estableciendo objetivos a

corto y largo plazo. En la tercera fase, aparece la intervención según las áreas planificadas, y en la cuarta y última fase, se realiza una evaluación y seguimiento del paciente.

Por otra parte, los objetivos de la rehabilitación psicosocial según González Cases y Rodríguez González (2010), se enfocan en la mejora de la autonomía, la calidad de vida y la integración social de la persona afectada con la patología de esquizofrenia.

Uriarte (2007) hace especial hincapié en este último objetivo, haciendo referencia a la importancia del trabajo de los profesionales de la salud mental para su cumplimiento. Es necesario que los profesionales involucrados trabajen en equipo, desarrollen perspectivas de cuidado, trabajen en la prevención, además de fomentar el apoyo autogestionado del sujeto.

Así mismo, Ornellas (2007) coincide con los objetivos planteados por González Cases y Rodríguez González (2010) y Uriarte (2007), asociando la rehabilitación psicosocial a la idea de autonomía, donde considera al paciente en su individualidad, atravesado por los cambios que va transitando hacia a su mejoría y siendo partícipe de su propio proceso de rehabilitación.

Si bien dichos objetivos son relevantes, Uriarte (2007) amplía los mismos, incluyendo como objetivo fundamental, la inclusión social de los sujetos que presentan esquizofrenia. La inclusión es posible, mediante el trabajo de los profesionales en salud mental. Para ello, es necesario que los profesionales involucrados trabajen en equipo, desarrollen perspectivas de cuidado, trabajen en la prevención, así como fomenten el apoyo autogestionado del sujeto.

Por otra parte, García, Peñuelas, de las Heras, Menéndez, y Díez (2000) afirman que, en la rehabilitación psicosocial; los sujetos con enfermedades psiquiátricas severas están inmersos en un proceso de constante aprendizaje, lo cual les permite mejorar su funcionamiento y conseguir una mayor autonomía e independencia en su vida cotidiana.

En referencia a lo antedicho por García et al. (2000), Castillo, Villar y Dogmanas (2011), hacen énfasis en la rehabilitación en base a un modelo terapéutico integral, el cual es pensado también desde un paradigma biopsicosocial, donde hace hincapié en la mejora de la calidad de vida tanto del paciente, como de la familia y la comunidad. Este modelo, se centra en la prevención dentro de la población que padece trastornos mentales severos y persistentes.

Campillo, Guedeja Marrón y Villajos (2013) amplían el abordaje integral de la rehabilitación psicosocial, en base a un caso de esquizofrenia paranoide. En el mismo, remarcan que la rehabilitación no implica una curación, sino devolverle al paciente sus habilidades sociales, las cuales se ven perdidas al momento de desencadenarse la enfermedad y durante el transcurso de la misma.

A su vez, los autores Campillo, Guedeja Marrón y Villajos (2013) destacan que, en la rehabilitación existen ciertos ejes fundamentales que se tienen que tratar, tales son:

- Psicoeducación sobre la enfermedad mental hacia el paciente, para un buen dominio del proceso y tratamiento.
- Trabajar sobre la actividad diaria del paciente, fomentando de esta manera la autonomía en el mismo.

- Restablecer el área social; tanto para poder vincularse con otros compañeros, como con el personal de la salud que se encuentre tratándolo.
- Área familiar: Mejorar el funcionamiento familiar, promoviendo la empatía y expresión de emociones.
- Área de ocio y tiempo libre: Fomentar dichas áreas a través de actividades a corto, mediano y largo plazo.
- Áreas relacionadas al consumo: En caso de que existiese, dar a conocer al paciente la relación que existe entre el consumo de drogas y los síntomas positivos de la enfermedad.
- Área prelaboral: Sería la última etapa, donde se trabaja fomentando la motivación y promoviendo la actividad en el área laboral.

Nueva Ley de Salud Mental 19.529 en Uruguay

En el marco de la rehabilitación psicosocial de personas con esquizofrenia, se puede destacar la Ley de Salud Mental 19.529, la cual fue aprobada en Uruguay en el año 2017.

La Ley 19.529, se implementó desde una perspectiva de Derechos Humanos y de dignidad en las personas, a través de la prevención y promoción de la salud, brindando atención integral en salud mental, mediante modelos comunitarios, organizados a través de niveles de atención (Ley 19.529, 2017).

La Ley 19.529, se fundamenta desde una perspectiva de derechos, donde cada sujeto que padece de una enfermedad mental tiene derechos, goza de libertad y decisión respecto a su vida y su salud, al igual que el resto de la sociedad.

Al mismo tiempo, los sujetos tienen derecho a acceder, a medidas que promuevan su mayor autonomía posible, así como a la reinserción laboral, familiar y comunitaria. Por su parte, la promoción de trabajo, se destaca como derecho y como un fuerte recurso terapéutico (Ley 19.529, 2017).

En la Ley de Salud Mental, la rehabilitación está orientada, a mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen enfermedades mentales, estableciendo avances en su autonomía e inclusión social, laboral, educativa y cultural.

A su vez, la rehabilitación debe ser accesible y adaptada a las necesidades de cada paciente, con la participación activa del mismo, así como de su familia (Ley 19.529, 2017).

Rol de la Familia en la Rehabilitación Psicosocial

La familia, es el cuidador principal con la que cuenta el sujeto con esquizofrenia, haciéndose cargo del cuidado y atención que demande el mismo. Es por ello, que las familias se transforman en agentes activos en el proceso de rehabilitación y recuperación de la calidad de vida, llegando a cumplir la función de un agente terapéutico (Uriarte, 2007).

En concordancia con Uriarte (2007), y siguiendo los planteamientos de Amico (2005), se puede afirmar, que la familia juega un papel fundamental en el proceso de rehabilitación, debido a que, por un lado puede motivar al sujeto con esquizofrenia a su recuperación, pero por el otro, es capaz de acelerar el proceso de deterioro de la enfermedad, entorpeciendo de esta manera el trabajo de rehabilitación.

Asimismo, se puede afirmar, que aquellos sujetos con esquizofrenia que cuentan con relaciones sociales de apoyo, presentan menos síntomas, creando mejores condiciones de vida. Este tipo de situaciones, ocasionan menor cantidad de ingresos hospitalarios, respecto a aquellas situaciones donde se carece de tal apoyo (Gutiérrez, Caqueo, Ferrer, y Fernández citado por Loubat, Lobos y Carrasco, 2017).

Frente a dicha postura, Florit Robles (2006) coincide en que, el grado de implicación de la familia, va a ser determinante en el proceso de rehabilitación del paciente, a la hora de lograr su recuperación.

Saunders (2003, citado por Caqueo, Lemos y Serafín, 2008) afirma que, un buen funcionamiento familiar implica menos estrés en la vida del paciente, lo que significa menor cantidad de problemas en su área conductual. Se presenta de esta manera, un buen uso de estrategias de afrontamiento, tanto de la familia como del paciente. Por lo tanto, aquellos pacientes que presentan un buen nivel de calidad de vida, generalmente están insertos en un ambiente familiar adecuado.

Respecto a la implicación de la familia, Liberman y Kopelwicz (2004) plantean que las personas con esquizofrenia que cuentan con una familia de apoyo, que brinde al paciente comprensión, ánimo y *calor*, tienen más posibilidades de recuperación.

Es por ello, que existen programas de psicoeducación, donde participan tanto los pacientes como sus familiares, en los cuales se ha revelado la utilización de menor cantidad de medicación antipsicótica (Lieberman y Kopelwicz, 2004).

Glynn (2013) concuerda con la postura de Lieberman y Kopelwicz (2004), clasificando a la familia de pacientes con esquizofrenia en dos tipos. Una de ellas tiene que ver con las *familias armoniosas*, las cuales pueden funcionar como un factor positivo en el proceso de rehabilitación de la persona con esquizofrenia. Por otro lado, establece las *familias estresantes*, las cuales empeoran el tratamiento con el paciente, en lugar de promoverlo.

La segunda clasificación de tipos de familia que establece Glynn (2013), se vincula en que no todos los pacientes cuentan con una red de apoyo familiar, es así que para esas circunstancias, existen las familias sustitutas. Con respecto a ello, y para de alguna forma contrarrestar esa carencia mencionada, Del Castillo, Villar y Dogmanas (2011) plantean que puede existir una sustitución a la familia biológica, donde se establecen vínculos afectivos importantes con la nueva familia, siendo los mismos muy positivos a la hora de apoyar al paciente.

Se considera fundamental la implicación de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial, ya que, los medicamentos son más eficientes cuando se trabaja con la familia del paciente. A su vez, las familias reducen los reingresos psiquiátricos en un 50%, potencian la recuperación y combaten posibles estigmas (Freudenreich, Brown y Holt, 2018).

Es de esta manera, que en el referente apartado, se da cuenta del rol de la familia en el proceso de rehabilitación, donde las mismas, pueden ser capaces de prevenir recaídas así como de facilitar el

proceso de intervención en el paciente, trabajando de manera conjunta con el equipo de salud mental.

Reinserción Laboral en Personas con Esquizofrenia

A continuación, se expuso un recorrido teórico, sobre los desafíos que proporciona la reinserción laboral, para el proceso de rehabilitación psicosocial, en personas con esquizofrenia.

En relación a la actividad laboral en sujetos con esquizofrenia, Lopez Menendez (2008) quien clasifica a dicha población dentro de los denominados Trastornos Mentales Severos, expresa que estas personas, presentan una significativa disfunción sociolaboral, producto de su baja competitividad. Dentro de la categoría mencionada por el autor, las personas con esquizofrenia en comparación con otros cuadros clínicos, son las más propensas al desempleo.

Sin embargo, Mautaner y O'Campo (1993, citado por Lopez Menendez, 2008) consideran que, el 53% de los pacientes que ingresan por primera vez a una institución de salud, y son diagnosticados con esquizofrenia, tienen hasta ese momento, un trabajo estable.

Rodriguez Pulido, Rodriguez Diaz y Garcia Ramirez (2004) por su parte, se refieren a las posibilidades de empleo de la población con trastornos mentales graves. Los mismos, mencionan que el 85% de ellos se encuentra en desempleo, donde seguramente este cálculo esté desestimado, debido a que se sospecha que hay una cantidad mayor de personas que se encuentran desocupadas, pero de las cuales no hay registro.

A partir de los datos expuestos anteriormente, se puede establecer que, la esquizofrenia no sólo tendría gran impacto a nivel de la enfermedad, sino por su repercusión en el área social, por

ejemplo, respecto a la posibilidad de reinsertarse en el ámbito laboral (Rodríguez Pulido, Rodríguez Díaz y García Ramírez, 2004).

No obstante, a pesar del daño que se presenta la esquizofrenia en dicha población, los autores han demostrado una disminución de la sintomatología de la enfermedad al poseer un empleo (Rodríguez Pulido, Rodríguez Díaz y García Ramírez, 2004). En este caso, las personas con esquizofrenia se pueden desempeñar de forma satisfactoria, siempre que su discapacidad no implique un impedimento para desarrollar sus habilidades, capacidades y conocimientos. Estas personas cuentan con una supervisión, donde se evalúa el desempeño de cada una, junto con los del resto de los trabajadores (Alfaro, 2015).

Por otra parte, la actividad laboral en la que se destaquen las personas con esquizofrenia, dependerá de cada una, por ejemplo, en el caso de que esta población no cuente con una escolaridad, puede desarrollar otro tipo de tareas, como pueden ser de orden manual, las cuales no implican mayor esfuerzo intelectual (Alfaro, 2015).

Con respecto a la formación laboral de las personas con esquizofrenia, Díaz y Chacon (2006) mencionan que, capacitar a esta población, sería un facilitador importante a la hora de la reinserción laboral. Sin embargo, no se ha podido profundizar académicamente sobre esta estrategia, ya que las personas con esquizofrenia que sí tienen empleo, son en menor cantidad a las que no cuentan con uno.

Los profesionales de la salud mental, son otro pilar esencial en la reinserción laboral de pacientes con esquizofrenia, ya que a través de Programas de Rehabilitación ayudan a dichos sujetos para

que tengan acceso a un empleo. La ayuda de estos profesionales, se da a través de orientaciones con respecto a lo formativo laboral, preparación de competencias para el mercado laboral y en la búsqueda de posibles perfiles profesionales. Una vez que el sujeto consigue empleo, se le brinda un acompañamiento, así como en el caso de que sufran la pérdida del trabajo (Barrios Morilla y Villegas Miranda, 2019).

Sin embargo, hay ciertos obstáculos a la hora de conseguir empleo, por parte de los sujetos que padecen de esquizofrenia, debido a la exigencia y competencia que existe en el mundo laboral, así como el estigma público que existe para las personas con este trastorno.

De esta manera, existe una falta tanto de programas clínicos como vocacionales, que promuevan la reinserción laboral en sujetos con esta enfermedad (Mascayano Tapia, Lips Castro y Moreno Aguilera, 2013).

Con respecto al tiempo de trabajo que pueden dedicar los sujetos con esquizofrenia, el mismo depende del proceso de rehabilitación que tengan en las diferentes áreas cognitivas, como son; la memoria de trabajo, funciones ejecutivas, velocidad psicomotriz, atención, velocidad y procesamiento de información (Hernandez, Peralta, Ruiz, Angulo, Cariño, Flores y Escamilla, 2010).

Las personas con esquizofrenia que tengan las áreas cognitivas más desarrolladas, podrán dedicarles mayor cantidad de horas a la actividad laboral, lo que genera un aumento en la remuneración correspondiente. De lo contrario, los pacientes que presentan mayor afectación en

las áreas cognitivas, trabajan con un horario laboral más reducido, donde se les proporciona períodos de descanso, para reducir el estrés que esto pueda generarles (Hernandez, et al., 2010).

Uno de los ámbitos que le permiten al sujeto con esquizofrenia desenvolverse en el mundo social, y mejorar su calidad de vida, es el laboral. La actividad laboral, ayuda a integrarlo a la sociedad, donde el sujeto desarrolla cierto grado de autonomía, aprende a usar y administrar el dinero, así como le posibilita socializar con otras personas. De esta manera, es esencial evitar la inactividad, debido a que el aislamiento ya sea familiar o institucional, podría agravar los síntomas de la enfermedad (Arostegui y Martínez, s/f citado por Diaz y Chacon, 2006).

García, Peñuelas, de las Heras, Menéndez y Díez (2000) coinciden en que la actividad laboral beneficia a las personas con esquizofrenia. Los autores aluden:

- Al mantenimiento de una red social, ya que todo trabajo implica estar en interacción con otras personas y fomenta una red social nueva.
- Promueve la autonomía, siempre que las personas se encuentren en condiciones de afrontar situaciones de distinta índole, las cuales pueden ser más o menos estresantes, dependiendo de la tarea que se le asigne. A modo de ejemplo, la retribución económica que genera un trabajo, le da al sujeto con esquizofrenia mayor libertad en base a su estilo de vida, dónde llevarla a cabo, con quienes y qué actividades realizar en el tiempo libre. Le permite de este modo, tomar decisiones sobre su vida y por lo tanto, mejorar la calidad de la misma.

- El poseer un trabajo, le permite al sujeto con diagnóstico de esquizofrenia, administrar el tiempo y espacio, adaptarlo a un horario para planificar la vida cotidiana, así como diferenciar y organizar los tiempos de trabajo, ocio y descanso.

Se considera esencial, prevenir el aislamiento y la inactividad en la persona que padece de esquizofrenia, ya que esta situación conduce a una vida sin proyectos, agravando los síntomas en la misma.

En esta medida, la rehabilitación laboral sirve como promotora de proyectos de vida para estas personas, promoviendo un sentido en sus vidas (Galilea y Colis, 2000).

A su vez, la falta de empleo en personas que padecen de esquizofrenia, establece una baja autoestima, minimiza las posibilidades de relacionamiento con otros, así como asienta la conservación del estigma social en dicha población. Es de esta manera que, el desempleo es una de las áreas que más afecta la calidad de vida de estos sujetos (Pardo, Del Castillo, Blanco y Echart, 2005).

Por otra parte, Alvarez, Touriño, Abelleira, Fernandez, Baena, Giraldez y Bordón (2013) realizan una investigación de cognición social en personas con esquizofrenia, donde comparan dos grupos; por un lado, a partir de un programa de apoyo, donde se encuentran un grupo de personas con un empleo remunerado mientras que, en otro grupo, están las personas que asisten a un centro diurno de rehabilitación psicosocial. En base a los datos obtenidos de dicho estudio, se pudo constatar una mejor cognición social en personas con esquizofrenia que se encuentran

trabajando con apoyo, la misma fue observada a partir de las áreas de: velocidad, agudeza en tareas de rutina, capacidad de aprendizaje, menor distracción y coordinación visomotora.

Programas de Reinserción Laboral y Rehabilitación Psicosocial en el Uruguay

En los últimos años, se ha desarrollado en Uruguay diferentes Programas de Reinserción Laboral que fomentan la Rehabilitación Psicosocial en personas que padecen de esquizofrenia.

En el año 2018 se publica en Uruguay la Ley 19.691, sobre la Promoción del Trabajo con Personas con Discapacidad, la cual establece que las empresas privadas deben contratar a personas con discapacidad, y cuentan con requisitos correspondientes para el cargo.

A su vez, la Ley 19.691 en el artículo 4, define al empleo con apoyo como:

“metodología de inclusión laboral dirigida a la prestación de apoyo continuado a las personas con discapacidad para acceder, asegurar y mantener un empleo remunerado en el mercado laboral”(Ley 19.691, 2018, p.13).

A partir de que se establece la Ley 19.691 en el año 2018, se desarrollan diversos Programas de rehabilitación psicosocial en nuestro país, además de las formas de trabajo empleadas por profesionales de la salud mental, en pacientes esquizofrénicos.

González Cases y Rodríguez González (2010) promueven el trabajo a través de Programas de rehabilitación, los cuales pueden ser establecidos de forma individual o grupal, y donde ambos modos de trabajo pueden ser complementarios. La aplicación de la metodología a trabajar con el

paciente varía según las necesidades del mismo, los objetivos del Programa y la disponibilidad de usuarios con que se trabaje.

En los Programas de rehabilitación, se trabaja con la población con cuadro de esquizofrenia una o dos veces por semana. Si bien el tiempo de duración establecido para dichos Programas es de una hora promedio, el mismo, puede estar sujeto a modificaciones. Por ejemplo, en caso de que el paciente se descompense o presente algún déficit cognitivo, se trabaja con éste en menor cantidad de tiempo, para evitar generarle estrés (González Cases, y Rodríguez González, 2010).

A su vez, los Programas de rehabilitación en coordinación con los servicios sanitarios, buscan cubrir las necesidades básicas de las personas que cuenten con discapacidades, producto de padecer problemas de salud mental graves. Los Programas, incluyen cuidados personales, actividades, empleo, alojamiento, relaciones sociales, tutela y apoyo personal (López Alvarez, Laviana Cuetos, Alvarez Jiménez, González Alvarez, Fernández Doménech, Vera Peláez, Paz, 2004).

Actualmente, en Uruguay existe un Taller Protegido que depende del Centro Nacional de Rehabilitación, el cual ofrece reinserción laboral a personas con trastornos mentales. Dicho Taller permite el acceso a personas que padecen esquizofrenia, que se encuentren compensadas y con mejor pronóstico. Estos empleos, se caracterizan por ser sostenidos en el tiempo, para aquellas personas que presentan la patología y que a pesar de mantenerse compensadas, tienen escasas o nulas posibilidades de conseguir un empleo competitivo. A esta forma de empleo, se la denomina “Trabajo Protegido” (Pardo et al., 2005).

Por otra parte, también existe otra modalidad de reinserción laboral en el Uruguay, denominada Empleo con Apoyo, el cual consiste en brindarles trabajo a las personas con esquizofrenia y capacitarlos para ello, a través de *consejeros laborales*, los cuales son personas que ayudan a estas personas a desarrollar habilidades para que puedan conservar el trabajo y por consiguiente, presenten mayor durabilidad en el mismo. Esta forma de empleo, es la que más se utiliza en nuestro país (Pardo et al., 2005).

Un ejemplo de Empleo con Apoyo llevado a cabo en nuestro país, es el instituto Centro Martínez Visca, el cual cuenta con el Programa Ceibo, que busca la inclusión de personas con necesidades de apoyo, en el mercado laboral. Esta institución se orienta a lograr una conexión con distintas empresas, para la búsqueda de empleo de las personas con esquizofrenia, así como apoyar a las mismas en lograr una inclusión estable y sostenida en el tiempo, siendo las familias también partícipes siempre que lo deseen (Centro Martinez Visca, 2015).

Consideraciones finales

De acuerdo a las diferentes concepciones expuestas a lo largo del Trabajo Final de Grado, se puede considerar que, la esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta al sujeto en diversas esferas de su vida, modificando su conducta así como, su relacionamiento con los demás. Por ello, es importante poder trabajar con los sujetos desde el inicio de la enfermedad, para que logren la mejor calidad de vida posible, a pesar de su padecimiento.

Se ha podido observar que, en las personas con esquizofrenia se pueden presentar síntomas negativos, los cuales pueden inducir a la depresión y en ocasiones conducirlo al suicidio. Por ello, es fundamental promover la reinserción laboral como forma de rehabilitación psicosocial, para evitar que se presenten ideas de autoeliminación en estas personas.

A su vez, frente a estas ideas de autoeliminación, se considera necesario que el paciente con esquizofrenia cuente con una red familiar de apoyo, estable y segura que lo sostenga para sobrellevar la enfermedad de la manera más favorable y lograr de esta manera la mayor autonomía posible. Una familia armoniosa es, sin duda, un factor protector, ya que funciona como compañía y sostén en el tránsito de la enfermedad, así como en el proceso de rehabilitación psicosocial y reinserción laboral, y son quienes le permiten al paciente expresarse en confianza de cómo se van sintiendo.

En cambio, una familia conflictiva, sólo constituye una barrera en el tránsito de la enfermedad del sujeto, empeorando el proceso de rehabilitación del mismo.

A su vez, dado los avances que han surgido en los últimos años en Uruguay, se puede observar una mejor calidad de vida en las personas con esquizofrenia, a partir de la creación de una Ley en el país que reconoce y ampara los derechos de esta población, desde una perspectiva integral.

Por lo tanto, se considera fundamental la reinserción laboral, de acuerdo a lo relevante que es ser un sujeto activo en la actualidad, donde se exige cada vez más vocación y requisitos como son: habilidades personales, formación, capacitación y experiencia, para acceder al mercado laboral. Es importante, que la persona con esquizofrenia, no quede por fuera del sistema, ya que muchas veces se la estigmatiza por su condición de enferma y se vuelve un ser pasivo, sin proyectos de vida y dependiente de lo institucional. “Gracias al desempeño de un trabajo, el enfermo mental crónico adquiere el rol normalizado (o rol de trabajador) por encima del rol de enfermo” (Galilea y Colis, p.3, 2000).

Es por ello, que el rol del psicólogo es imprescindible, en el proceso de la enfermedad de los sujetos con esquizofrenia, tanto para la rehabilitación psicosocial como para la inclusión laboral, ya que el psicólogo, en conjunto con el equipo de profesionales que acompañan el proceso de rehabilitación del paciente, tiene el deber de apoyar, en el proceso de autonomía que transita la persona, para lograr acceder a una actividad laboral, que le permita cierta independencia en su vida.

De este modo, es deber del psicólogo, promover una mejor calidad de vida en el sujeto con esquizofrenia, donde la actividad laboral, funcione como medio para conseguirla.

Por otra parte, si bien se ha podido observar avances en Uruguay, en relación a la reinserción laboral y rehabilitación psicosocial en las personas con esquizofrenia, es imprescindible que se profundice más en el apoyo a dicha población, con nuevas leyes y propuestas por parte del Estado, donde regularice el sector tanto público como privado en base a fomentar la integración e inclusión de las personas con esquizofrenia.

Referencias Bibliográficas

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

Alfaro, E. (2015). Propuesta para la ubicación laboral en un servicio de restaurante a personas que padecen esquizofrenia. *Revista Cúpula*. 29(1), 43-50.

Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v29n1/art06.pdf>

Amico, L. (2004). Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental". *Revista Margen*. 35(1), 1-38.

Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html#sdfootnote18anc>

Alvarez, J., Touriño, R., Abelleira, C., Fernández, J., Baena, E., Giráldez, A., y Bordón, R. (2013). Cognición social y esquizofrenia: diferencias entre usuarios de Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial y de un Programa de Empleo con Apoyo. *Revista Rehabilitación psicosocial*, 10 (2), 4-9. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/285513658_Social_cognition_and_schizophrenia_Differences_between_users_of_psychosocial_rehabilitation_day_center_and_from_a_supported_employment_program/link/5a37a9550f7e9b7c486e2af2/download

Azpiroz, M., De los Santos, L., Romani, M. (2005). Depresión y Suicidio en la Esquizofrenia.

Revista Itinerario. Año I, (3). Recuperado de:

<https://itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Depresionysuicidioenlaesquizofrenia.htm>

Barrios Morilla, C. y Villegas Miranda, F. (2019). Inserción laboral de Jóvenes con Problemas de Salud Mental. *Revista Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial*, 15(2), 12-16. Recuperado de: <http://fearp.org/index.php/revista-vol-15-no-2/>

Bedoya C, E., y Montaña, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicología*. 9(2), 179-201. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423548400012>

Cabrera, J., Fuertes, J. C., y Rodríguez, J. (2000). La esquizofrenia de la incertidumbre a la esperanza: La esquizofrenia en la familia. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.

Campillo, R. C., Guedeja Marrón, J. M., y Villajos, F. J. G. (2013). La intervención familiar como eje de la rehabilitación psicosocial en una mujer con esquizofrenia paranoide. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1(3). Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4760528>

Caqueo, U., Lemos, A. y Serafín, G. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Revista Psicothema*, 20(4), 577-582. Recuperado de:

<https://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8700/8564>

Cavieres, A. y Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 43(2). Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000200003&script=sci_arttext&tlng=en

Centro Martínez Visca, A. (2015). *Programa Ceibo*. Recuperado de: <http://www.centromartinezvisca.org.uy/pograma-ceibo/>

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

Díaz, D y Chacón, S. (2006). Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: Análisis desde una institución de apoyo. *Revista de Psicología*, 15(1), 27-55. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/264/26415102.pdf>

Florit Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Revista Apuntes de Psicología*, 24(1-3).
Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104>

Freudenreich, O., Brown, H., y Holt, D.(2018). Psicosis y esquizofrenia. Massachusetts: Elsevier.

Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Galilea, V. y Colis, J. (2000). Algunas razones en favor de la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica. *Revista Trabajo Social Hoy*, (28), 104-112. Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Algunas+razones+en+favor+de+la+rehabilitaci%C3%B3n+laboral+de+personas+con+enfermedad+mental+cr%C3%B3nica.&btnG

≡

Garcelán, S. P. (2015). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *Revista Información Psicológica*, (83), 37-46. Recuperado de: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/365>

García, J., Peñuelas, E., de las Heras, B., Menéndez, L. y Díez, M.E. (2000). La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastornos psicóticos. *Revista de la Asociación Española de Psiquiatría*, 20(73), 9-22. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15680>

Glynn, S. (2013). Intervenciones familiares en esquizofrenia: esperanzas y dificultades a lo largo de 30 años. *Revista de Toxicomanías*, (70), 15-23. Recuperado de: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70_2.pdf

González Cases, J. y Rodríguez González, A. (2010). Programa de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria de las Personas con Psicosis. *Revista Clínica y Salud*, 3 (21) 319-332.

Recuperado de: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009

Hernandez, J., Peralta, J., Ruiz, M., Angulo, L., Cariño, C., Flores A. y Escamilla, R. (2010) *Revista México Medicina Física Rehabilitación*, 22(4), 108-112. Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf104b.pdf>

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

Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002

Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas españolas de psiquiatría*, 41(1), 52-59.

Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4141605>

Kaplan, H. I., Sadock, B.J., Sadock, V.A. y Ruiz, P. (2015). Sinopsis de psiquiatría. *Revista Ciencias de la Conducta, Psiquiatría Clínica*, 8(1). Recuperado de:

<https://es.calameo.com/read/000058516e513e0106687>

Ley 19.691 de 2018. Aprobación de normas sobre la promoción del trabajo para personas con discapacidad. 29 de octubre de 2018. D.O. N°73/019

Ley 19.529 de 2017. Salud Mental. 19 de septiembre de 2017. D.O. N°29786

Lieberman, R. P., y Kopelwicz, A. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla.

Rehabilitación psicosocial, 1(1), 12-29. Recuperado de:

<https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-un-enfoque-empirico-recuperacion-esquizofrenia-13067494>

López Álvarez, M., Laviana Cuetos, M., Álvarez Jiménez, F., González Álvarez, S., Fernández Doménech, M. y Vera Peláez, M.P. (2004). Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible.

Revista Asociación Española Neuropsiquiatría, 89(24). Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n89/v24n1a04.pdf>

Lopez Menendez, L. (2008). Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo. Revisión de estudios y análisis de evidencias. *Revista Psychosocial Intervention*, 17(3). Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000300003

López Rodríguez, P., Sanmillán, B., Hilda, E., Cainet B., Regla, A., Martínez, O. y de las Mercedes, O. (2015). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Revista Información Científica*, 93(5). Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757222018.pdf>

Loubat, M., Lobos, R., y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación. *Revista Límite: Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/836/83652501002.pdf>

Obiols, Ll. J. y Vilanova, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *Revista International journal of psychology and psychological therapy*, 3(2), 235-250. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=765860>

Organización Mundial de la Salud (2018). CIE-11. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Washington: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://icd.who.int/es>

Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W. y Moreno Aguilera, J.M. (2013). Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. *Revista Salud Mental*, 36(2), 159-155. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000200009

Novella, E., y Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Revista Clínica y Salud*. 21(3). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002

Ornellas, M. (2007). Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental: Construcción de estrategias. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 15(4). Recuperado de:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692007000400021&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Organización Mundial de la Salud (4 de octubre de 2019). *Nota descriptiva sobre esquizofrenia*.

Recuperado de: <https://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>

Organización Mundial de la Salud. (20 de febrero de 2017). *Discapacidades y Rehabilitación*.

Recuperado de: <https://www.who.int/disabilities/care/es/>

Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Revista Cuadernos del Tomás*, 4(1), 151-172. Recuperado

de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>

Pardo, V., del Castillo, R., Blanco, M. y Etchart, M. (2005). Descripción y evaluación de un Programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente.

Revista de Psiquiatría del Uruguay, 69(2), 111-126. Recuperado de:

http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/02_t_original.pdf

Pena Garijo, J. y Monfort Escrig, C. (2020). Cognición de la esquizofrenia. Estado Actual de la cuestión (I): métodos de evaluación y correlatos neurales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40 (137), 109-130. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352020000100007

Rebolledo, S., y Lobato, M. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia, una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicios de Salud Mental.

Rodríguez Pulido, F., Rodríguez Díaz, M. y García Ramírez, M. (2004). La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Revista Psiquis*, 25(6), 26-43. Recuperado de: <https://sid.usal.es/idocs/F8/ART10012/laintegracionlaboral.pdf>

Uriarte, J. (2007). Psiquiatría y rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. *Revista Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7(2), 87-101. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2660899>