



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo final de grado

Esquizofrenia y Rehabilitación Psicosocial

Estudiante: Karen Portela

Tutor: Prof. Titular Dra. Gabriela Prieto Loureiro

Revisor: Prof. Adj. Mag. Geraldina Pezzani

Montevideo-Uruguay

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	1
Esquizofrenia.....	2
Sintomatología y concepciones actuales.....	2
Etiología.....	6
Pronóstico y abordaje temprano en la esquizofrenia.....	8
Tratamiento farmacológico y adherencia terapéutica.....	9
Breve recorrido histórico sobre la Rehabilitación.....	10
La rehabilitación psicosocial y sus objetivos.....	11
Intervenciones psicosociales.....	12
Psicoeducación.....	13
Rehabilitación cognitiva.....	14
Entrenamiento en habilidades sociales.....	15
Terapia Cognitivo Conductual.....	16
Rehabilitación Psicosocial en Uruguay.....	17
Marco Legal. La rehabilitación psicosocial en el contexto de la ley de Salud Mental.....	19
Consideraciones finales.....	22

Resumen

Este trabajo final de grado tiene como objetivo analizar el abordaje integral de la esquizofrenia, con énfasis en el rol de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento. Se parte de una perspectiva que reconoce la complejidad del trastorno y la necesidad de intervenciones que articulen lo biomédico con lo psicosocial, promuevan la inclusión, autonomía y recuperación de las personas diagnosticadas. Además, se examina la situación actual en Uruguay en el marco del cambio de modelo de atención impulsado por la ley de salud mental 19.529. Se realiza una revisión teórica de la literatura y de políticas públicas vinculadas, destacando avances, desafíos y limitaciones entre lo normativo y lo práctico.

Finalmente, se reflexiona sobre la importancia de fortalecer los dispositivos comunitarios como parte de un modelo de atención en salud mental más humanizado.

Palabras clave: esquizofrenia, rehabilitación psicosocial, salud mental

Introducción

El presente trabajo final de grado se centra en el análisis del abordaje de la esquizofrenia y el papel que cumple la rehabilitación psicosocial como aspecto central en el tratamiento integral. La elección del tema surge a partir de mi experiencia en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo durante la práctica de graduación del año 2023, donde pude conocer de cerca los desafíos cotidianos de los dispositivos comunitarios y el impacto de las políticas públicas en el acompañamiento de personas con padecimientos mentales severos y persistentes.

Desde este marco, resulta pertinente mencionar las limitaciones que este padecimiento impone, atendiendo tanto a sus manifestaciones clínicas como a las repercusiones que produce en la vida cotidiana de quienes lo transitan, así como a las dificultades que conlleva su abordaje en los procesos de rehabilitación psicosocial y en el entramado institucional en el que estos se desarrollan.

La esquizofrenia constituye una enfermedad mental grave y persistente que genera una importante afectación en diversas áreas del funcionamiento personal y social. Aproximadamente, el 1% de la población mundial la padece, y son quienes poseen mayores tasas de mortalidad, debido a los riesgos de suicidio y la tendencia al consumo de drogas (Pérez, 2013). Según la Organización Mundial de la salud [OMS, 2022], el estigma contra la esquizofrenia no solo es de gran alcance y perjudica enormemente las relaciones con los demás, sino que conlleva a la discriminación, exclusión social, limita el acceso a la atención médica, a la vivienda, educación, empleo y por ende, viola los derechos humanos de quienes padecen tal enfermedad.

Dada su naturaleza recurrente, persistente y la significativa afectación que genera en las diversas áreas de la vida, la rehabilitación de personas con esquizofrenia demanda un abordaje integral y multidisciplinario. Esto implica no sólo la intervención de las instituciones sanitarias, sino también la implementación de políticas inclusivas que promuevan su autonomía y garanticen el ejercicio de sus derechos, así como el crucial apoyo familiar y comunitario para acompañar su proceso en pos del mejoramiento de la calidad de vida.

En los últimos años, Uruguay ha transitado un proceso de transformación del modelo de atención en salud mental, impulsado por la ley n°19.529 y el Plan Nacional de Salud Mental. Sin embargo, la implementación de este nuevo paradigma aún enfrenta barreras estructurales, institucionales, culturales y políticas. En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo principal explorar las posibilidades y limitaciones de la rehabilitación psicosocial como un pilar central para la atención de personas con esquizofrenia, situando el análisis en el contexto uruguayo actual.

Para ello, se realizará una revisión teórica que articule la perspectiva clínica, comunitaria y normativa, con el fin de aportar a la comprensión crítica del tema.

Esquizofrenia

Sintomatología y concepciones actuales

La esquizofrenia es un trastorno psicótico severo y persistente que se caracteriza por una alteración significativa en múltiples funciones mentales, entre estas se incluyen el

pensamiento, la percepción, la afectividad, la cognición social, la volición y el comportamiento (Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE] - 11, 2022).

Desde una perspectiva etimológica, el término “esquizofrenia” proviene del griego y significa "mente escindida", denominación que hace referencia a la condición en la cual la mente de las personas que padecen este trastorno se encuentra escindida o apartada de la realidad, lo que conlleva una pérdida de contacto con el mundo externo y un repliegue sobre su mundo interno (Padín, 2012).

En términos diagnósticos, el Manual y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM] - V describe la esquizofrenia como parte del espectro más amplio de trastornos psicóticos . Se trata de un síndrome clínico heterogéneo que se caracteriza principalmente por delirios, alucinaciones, alteraciones del discurso y comportamiento muy desorganizado o catatónico.

Estas manifestaciones conllevan inevitablemente un deterioro significativo en distintas áreas del funcionamiento personal, afectando particularmente la interacción social, el desempeño laboral y académico, así como las capacidades de autocuidado. Estos deterioros tienden a ser más pronunciados cuando el trastorno se inicia en la adolescencia o en etapas tempranas de la vida (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Al establecer diagnósticos específicos, tanto el DSM-IV como el DSM-V presentan diferencias sustanciales en sus enfoques. El DSM-IV (APA, 1995) clasifica la esquizofrenia bajo la denominación "Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos" y requiere dos o más síntomas característicos del (Criterio A): ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos (APA, 1995). No obstante, en presencia de ideas delirantes extrañas que comentan el pensamiento del sujeto, el Criterio A exige solamente uno de estos síntomas.

Por el contrario, el DSM-V elimina esta excepción de un solo síntoma, evidenciando una mayor robustez diagnóstica. Este manual establece que siempre se requieren dos o más síntomas del Criterio A: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos (APA, 2014).

Otra diferencia entre ambos manuales es la clasificación de la esquizofrenia en subtipos (como paranoide, hebefrénica, catatónica, residual e indiferenciada). Si bien esta clasificación ha sido históricamente utilizada en el *DSM-IV* (APA, 1995) con el objetivo de delimitar distintos

perfiles clínicos dentro de un trastorno altamente heterogéneo, también ha sido marcadamente cuestionada por distintos autores, como Padín (2012), por su escasa utilidad clínica, la superposición de síntomas y su falta de validez empírica.

Pese a que se presentan diferencias entre ambas ediciones del manual, tanto el DSM-IV como el DSM-V abordan la intrincada complejidad diagnóstica que requiere distinguir la esquizofrenia de los síntomas característicos de los trastornos del estado del ánimo.

Sin embargo, ambos manuales centran su énfasis en distintos criterios. Por un lado, el DSM V destaca la presencia de delirios o alucinaciones en ausencia de episodios del estado del ánimo. Por otro lado, el DSM IV enfatiza la distinción entre los síntomas negativos de la esquizofrenia (como la afectividad pobre) y los síntomas depresivos (estado de ánimo intensamente penoso). Además, ambos manuales destacan la importancia de considerar los síntomas negativos y la presencia de los episodios del estado de ánimo en la fase activa y residual (APA 1995; APA 2014).

En términos sintomatológicos, el DSM-IV describe a la esquizofrenia con una combinación de síntomas positivos (alucinaciones y delirios), tres síntomas negativos fundamentales (aplanamiento afectivo, alogia y abulia), así como pensamiento desorganizado (APA, 1995).

Entre los síntomas positivos, las ideas delirantes son creencias erróneas producidas por una interpretación incorrecta de las percepciones. Por su parte, las alucinaciones representan distorsiones de la percepción. En cuanto al pensamiento desorganizado, este se observa a través del lenguaje; por ejemplo, el sujeto puede perder el hilo en una conversación o manifestar respuestas sin conexión con lo que se pregunta. Por último, el comportamiento gravemente desorganizado puede abarcar desde tonterías hasta la agitación impredecible (APA, 1995).

Los síntomas negativos constituyen una parte sustancial de la morbilidad asociada al trastorno y resultan complejos de evaluar porque coexisten con la normalidad. El aplanamiento afectivo implica expresividad emocional disminuida que permanece la mayor parte del tiempo. La alogia suele presentarse como una pobreza del habla que se manifiesta con réplicas vacías, lo que implica una disminución del pensamiento. Por su parte, la abulia se caracteriza por una incapacidad por iniciar y permanecer en actividades orientadas hacia un objetivo (APA, 1995).

Un síntoma que puede prestarse a confusiones es la apatía, ya que se encuentra implícita en los síntomas negativos del DSM- IV, aunque no se la nombre de esta forma. Desde el punto de vista psicopatológico, la apatía implica una notable falta de motivación y una respuesta emocional disminuida (Arévalo et al., 2017).

Por otra parte, Arévalo et al. (2017), definen a la anhedonia como la incapacidad para experimentar placer, lo que evidencia el impacto emocional del trastorno. Gargoloff et al. (2024) subrayan que esta sintomatología no posee únicamente una afectación al experimentar placer en el presente, sino también la capacidad de anticipar placer futuro o de recordar experiencias gratificantes del pasado, lo que incide directamente en la motivación vital. Resulta curioso mencionar que, aunque el DSM-IV la reconoce como síntoma negativo, no la incluye dentro de los criterios A para el diagnóstico de esquizofrenia, sino que la considera bajo la denominación “síntomas y trastornos asociados”.

Si bien esta clasificación de los síntomas resulta útil en la práctica clínica, también se vuelve crucial analizar la experiencia subjetiva del paciente más allá de los déficits. En este sentido, tanto en el DSM-IV APA (1995), como en el DSM-V APA (2014) incluyen dentro de sus criterios diagnósticos el criterio B, el cual destaca un bajo nivel de funcionamiento en todas las áreas que limitan gravemente la vida social, laboral y académica. Estos criterios enumeran las dificultades como categorías aisladas sin mencionar la interrelación entre estas áreas, ni explicar las causas subyacentes.

Los sistemas de clasificación diagnósticas analizados permiten entrever cómo se define, delimita y categoriza la esquizofrenia. Estos sistemas intentan aproximarse a categorizaciones sintomáticas claras y bien delimitadas para facilitar el diagnóstico, sin embargo prescinden de la consideración de los procesos subyacentes. Asimismo, la realidad clínica se refleja en la en la marcada heterogeneidad sintomática, en la comorbilidad, en las superposiciones entre diversos síntomas, así como en criterios que se encuentran en constante evolución a lo largo del tiempo.

Etiología

La comprensión actual de la esquizofrenia se enfrenta a una paradoja que Martínez (2020) describe como una “indefinición”. Cabe destacar que, esta indefinición, no surge de la falta de investigación, sino de la compleja naturaleza del trastorno que desafía los enfoques reduccionistas tradicionales. Mientras las investigaciones biomédicas continúan explorando factores genéticos, neuroquímicos y lesionales, resulta llamativo que también se reconozcan elementos tan diversos como la pertenencia al sistema capitalista como posibles influencias en el desarrollo del trastorno.

En tanto, esta amplitud de factores refleja los intentos fallidos de la medicina por encontrar explicaciones mediante pruebas médicas y marcadores biológicos. Tal como señala Martínez (2020), este hecho obliga a los psiquiatras a construir diagnósticos basados únicamente en manifestaciones observables, lo que introduce un elemento inevitablemente subjetivo en un campo que aspira a la objetividad médica.

Paradójicamente, Freudenreich et al. (2018), profundizan esta problemática al destacar cómo la falta de correlaciones directas con lesiones cerebrales estructurales o enfermedades concomitantes dificulta el diagnóstico y también la comprensión misma del trastorno. Es particularmente interesante que los síntomas más sutiles, los cognitivos y negativos, sean precisamente aquellos que más impactan en la discapacidad psicosocial, lo que sugiere que su comprensión debe ser prioritaria para optimizar el abordaje del trastorno.

El modelo biomédico ha sido uno de los más influyentes, al sostener que la esquizofrenia posee una base genética y neurobiológica. Investigaciones como las de Pérez (2013) y Obiols y Vicens (2003) destacan que, si bien la herencia tiene un rol en la predisposición, esta no determina por sí misma el desarrollo del trastorno. Se reconoce que múltiples genes interactúan entre sí y con el ambiente, y que factores prenatales y perinatales podrían incrementar la vulnerabilidad.

No obstante, autores como Padín (2012) y Ferreira y Freitas (2023) advierten sobre los límites de esta visión. El modelo de “estrés-vulnerabilidad” ha ganado terreno al proponer que el desencadenamiento del trastorno depende no solo de una predisposición genética, sino también de factores estresores del entorno. En este marco, la resiliencia del sujeto se vuelve clave para comprender por qué algunas personas desarrollan la enfermedad y otras no, aún compartiendo condiciones similares.

Por su parte, las teorías psicológicas han intentado aportar nuevas miradas. Aunque algunas propuestas, como la figura de la “madre esquizofrenógena” (Fromm-Reichmann, 1948), hoy se encuentran descartadas por su falta de sustento empírico (Barbosa, 2006), otras han contribuido a comprender la influencia de los vínculos tempranos, los estilos de apego y los patrones de comunicación familiar en la conformación del cuadro psicótico.

En cuanto a los factores psicosociales, si bien no se los reconoce como causas directas, se acepta que tienen un fuerte impacto en la modalidad de inicio, evolución y respuesta al tratamiento (Barbosa, 2006). Autores como Gejman y Sanders (2012) y Vogel et al. (2017) advierten que, aunque los tratamientos antipsicóticos actúan sobre los síntomas positivos, no logran resultados significativos sobre los negativos ni sobre el deterioro funcional, lo que pone en evidencia la necesidad de intervenciones más amplias que incluyan lo social, lo cultural y lo comunitario.

Dada la dificultad para definir con precisión sus causas y curso, el tratamiento de la esquizofrenia requiere de un enfoque integral y multidisciplinario, que combine intervenciones farmacológicas y psicosociales. Álvarez y Montero (2012) enfatizan que los tratamientos comunitarios han demostrado ser especialmente eficaces en la mejora de los síntomas y la calidad de vida de los pacientes a largo plazo al permitir un acercamiento más directo entre profesionales y usuarios y al brindar una atención continua y personalizada.

Esta idea es reforzada por Vallejo (2021), quien resalta el papel fundamental del entorno comunitario y la atención ambulatoria en la recuperación de los pacientes, puesto que ofrece un marco de contención y apoyo social que fomenta su participación activa. Sin embargo, también advierte que la atención institucionalizada sigue siendo un componente esencial, sobre todo en lo que respecta a la estabilización de síntomas mediante el tratamiento farmacológico.

Este panorama conlleva una comprensión multicausal del trastorno. Según Torres et al. (2022), los factores genéticos pueden verse activados o inhibidos por el entorno, y por tanto la expresión de la enfermedad no es inevitable, sino que está mediada por las condiciones sociales y personales. Esta mirada epigenética y ambiental también cuestiona la centralidad absoluta del modelo biomédico.

La etiología de la esquizofrenia no puede entenderse desde una única perspectiva. La convivencia de múltiples teorías no debe ser vista como una limitación, sino como una invitación a abordar el trastorno desde su complejidad.

Pronóstico y abordaje temprano en la esquizofrenia

El pronóstico y la evolución de la esquizofrenia presentan una notable heterogeneidad, lo cual ha sido ampliamente documentado en la literatura especializada (Black y Andreasen, 1996; Serrano et al., 2012). Si bien se han identificado factores que inciden negativamente en el curso del trastorno, como la falta de apoyo social, el inicio insidioso o la escasa conciencia de enfermedad, no puede establecerse un único patrón evolutivo. En general, se estima que alrededor del 30 % de los pacientes presentan una evolución favorable, un 50 % un curso fluctuante y un 20 % un deterioro progresivo severo (Serrano et al., 2012).

Uno de los enfoques más destacados en las últimas décadas ha sido el de la intervención temprana. Esta se sustenta en el supuesto de que existe una “ventana de oportunidad” en los primeros momentos del desarrollo del trastorno que permite modificar su curso clínico. En este marco, conceptos como el “tiempo de psicosis no tratada” (DUP) han ganado relevancia. Cartón et al. (2012) y Pardo (2007) coinciden en señalar que una mayor duración del DUP se asocia con peores resultados terapéuticos, aunque también advierten que dicha asociación podría estar mediada por otros factores clínicos, como la edad de inicio y el patrón insidioso del cuadro.

No obstante, la aplicabilidad de estos modelos a la realidad clínica plantea interrogantes importantes. Vélchez et al. (2019), en un estudio cualitativo realizado en Perú, visibilizan las dificultades que enfrentan tanto las familias como el personal de salud para identificar tempranamente la psicosis. En muchos casos, las familias no logran reconocer los primeros signos de alarma, y los propios usuarios no perciben un padecimiento, lo cual retrasa el acceso al tratamiento.

Desde esta perspectiva, la fase prodrómica, frecuentemente descrita como un período clave para la intervención, puede resultar ambigua y de difícil detección. Black y Andreasen (1996) y García et al. (2019) describen esta fase como una etapa marcada por síntomas sutiles e inespecíficos, como el aislamiento social, la falta de higiene, el retramiento o las alteraciones en la comunicación emocional. Si bien estos signos pueden anticipar un episodio psicótico, un punto cuestionable sería que también pueden confundirse con manifestaciones propias de la adolescencia o con otros cuadros no psicóticos, lo que dificulta su identificación precoz.

En este punto, resulta evidente una tensión entre lo teóricamente deseable la intervención precoz y lo prácticamente realizable, así como la capacidad real del sistema de salud para detectarla y actuar a tiempo.

Garzón (2016) subraya la necesidad de desarrollar estrategias de prevención que trasciendan el enfoque farmacológico. Esta perspectiva integral debe considerar tanto las necesidades particulares, como los determinantes subyacentes del padecimiento.

Por su parte, Gómez (2020) en su análisis sobre programas de primeros episodios psicóticos, sostiene que la elección del tratamiento inicial, particularmente de los psicofármacos, debe hacerse con especial cuidado, teniendo en cuenta tanto los riesgos como los beneficios, a fin de favorecer la adherencia terapéutica y reducir el riesgo de recaídas. Aquí, el establecimiento de una alianza terapéutica sólida entre el profesional y el usuario resulta fundamental, ya que genera confianza y otorga al paciente un rol activo en su tratamiento.

Tratamiento farmacológico y adherencia terapéutica

A pesar de los avances farmacológicos, persisten desafíos significativos en el tratamiento de la esquizofrenia. Vogel et al. (2017) destacan que, aunque se cuenta con medicamentos antipsicóticos desde la década de 1950, muchos pacientes experimentan recaídas, incluso transcurridos cinco años de seguimiento, la proporción de pacientes que alcanzan una mejoría significativa es inferior al 50%.

En respuesta a esta problemática, Freudenreich et al. (2018) recomiendan que, tras la remisión de un primer episodio de psicosis, el paciente continúe con el mismo antipsicótico durante un período de uno a dos años. Posteriormente, sugieren una reducción progresiva de la dosis, con la posibilidad de reintroducirla en caso de ser necesario para prevenir recaídas.

Para garantizar la adherencia y eficacia del tratamiento, Garzón (2016) enfatiza que la selección del antipsicótico debe considerar diversos factores, tales como los efectos secundarios, el tiempo de implementación, la adaptación y tolerancia al fármaco, la preferencia en la vía de administración y la gravedad de los síntomas. En casos de recaídas frecuentes, este autor recomienda el uso de antipsicóticos inyectables de acción prolongada.

Esta recomendación encuentra apoyo empírico en el estudio de Díaz (2022), quien evaluó un programa comunitario con abordaje farmacológico y psicosocial en 344 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia grave, con un seguimiento de diez años. El autor observó que

mientras 249 pacientes inicialmente recibían antipsicóticos orales, la mayoría fue posteriormente tratado con antipsicóticos inyectables de larga duración [APILDI]. Este cambio favoreció la adherencia al tratamiento, redujo las hospitalizaciones involuntarias y disminuyó los intentos de suicidio.

Sin embargo, Escamilla et al. (2021) matizan esta perspectiva al recomendar el uso de inyectables de acción prolongada específicamente cuando la administración y supervisión oral no sea viable. Además, señala que puede ser beneficioso en el tratamiento temprano de la enfermedad.

Finalmente, Garzón (2016) subraya la importancia de tratar el primer brote psicótico de manera oportuna para prevenir el deterioro de la calidad de vida, ya que un mayor número de recaídas se asocia con un incremento en el deterioro cognitivo, funcional y social. La reaparición de síntomas positivos y negativos puede llevar a una regresión hacia la fase aguda o de mantenimiento. En este contexto, la administración continua de medicación es un componente esencial en la prevención de recaídas y en la promoción de la recuperación.

Breve recorrido histórico sobre la Rehabilitación

La rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia no emerge de la academia ni como una consecuencia directa del desarrollo teórico de la psiquiatría y psicología, sino desde la praxis misma de equipos de salud que, enfrentados a los límites del modelo, comenzaron a construir alternativas centradas en el sujeto y su entorno. Tal como señalan Hernández (2017), esta práctica nació de la necesidad de mejorar la calidad de vida y la integración social de personas con diagnósticos severos, particularmente esquizofrenia, desde un enfoque comunitario y de derechos.

Como señala Guinea (2015), durante el siglo XX el movimiento de desinstitucionalización cobró fuerza, se provocó el cierre de hospitales psiquiátricos tradicionales y la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad. Desde este contexto, la rehabilitación psicosocial emerge como una forma de resistencia frente al sistema manicomial, el cual se consideraba una atención destinada a los desvalidos, pero generaba diversas formas de exclusión y control.

En este contexto, mientras que Italia fue pionera en la construcción de servicios comunitarios a la vez que promovía la emancipación del paciente psiquiátrico, por su parte, el Comité para la Higiene Mental en Estados Unidos en 1909 y la Liga de Higiene Mental en España en 1927 también jugaron un papel importante en los movimientos a favor de las intervenciones comunitarias. Estos hechos dieron hincapié a las prácticas innovadoras de atención comunitaria a fines de los 40: Fountain House y Horizon Club en Nueva York, como casas club para personas con enfermedades mentales graves (Hernández, 2017 ; Fernández y Ballesteros, 2019).

La necesidad de mejorar la atención a personas con esquizofrenia crónica llevó al desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial. Estos programas se centraron en aspectos como la evaluación individualizada, la intervención terapéutica y el seguimiento continuo, con el objetivo de promover la autonomía y la reintegración social de los pacientes (Robles, 2006).

La historia de la rehabilitación psicosocial revela una tensión permanente entre control e inclusión, entre tutela y autonomía. Su evolución está indisolublemente ligada a las luchas por los derechos humanos en salud mental y a la necesidad de construir dispositivos sensibles a las trayectorias singulares de los sujetos.

La rehabilitación psicosocial y sus objetivos

Según el consenso elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), este enfoque no solo aborda la discapacidad psicosocial generada por la enfermedad, sino que promueve activamente la igualdad de oportunidades y el ejercicio pleno de derechos. De esta forma, la rehabilitación psicosocial apunta a una participación activa de las personas en la vida social, laboral, educativa y cultural (OMS & WAPR, 1996).

Los objetivos principales de la rehabilitación psicosocial abarcan diversas dimensiones complementarias. En primer lugar, fomenta la reducción de los síntomas a través de intervenciones farmacológicas, psicológicas y sociales integradas. Asimismo, procura la mejora de las competencias sociales mediante el desarrollo de habilidades sociales, psicológicas y ocupacionales. Paralelamente, esta disciplina proporciona apoyo comunitario a largo plazo para cubrir necesidades básicas como vivienda, empleo y actividades de ocio (OMS y WAPR, 1996).

Además, este proceso busca fortalecer a los usuarios, fomentar su autonomía y participación en decisiones relacionadas con su tratamiento integral. Otro objetivo fundamental consiste en minimizar los efectos adversos de la institucionalización prolongada, mientras se promueven entornos comunitarios que faciliten la inclusión social y económica de las personas rehabilitadas (OMS y WAPR, 1996).

Tal como señalan Fernández y Ballesteros (2019), la persona usuaria se ubica en el centro del proceso como sujeto activo que expresa sus necesidades, metas y trayectorias deseadas. El profesional, por su parte, adopta un rol facilitador al proveer condiciones para la construcción de autonomía real y no meramente declarativa.

Este enfoque implica, como advierte Florit Robles (2010), la articulación entre el compromiso del usuario, el acompañamiento de la familia y la respuesta efectiva del sistema sanitario. En este sentido, la rehabilitación psicosocial interpela al propio sistema de salud, que debe garantizar recursos, sostenibilidad y accesibilidad, en lugar de delegar exclusivamente en el sujeto la responsabilidad del “éxito terapéutico”.

Intervenciones psicosociales

La rehabilitación psicosocial constituye un amplio proceso que, según Hernández (2017), supone la aplicación de diversas técnicas dirigidas hacia el sujeto. Este enfoque pretende principalmente atenuar los déficits existentes, mientras promueve el desarrollo de habilidades psicosociales fundamentales para el bienestar de la persona.

Con tal fin, las intervenciones psicosociales abarcan múltiples dimensiones de la experiencia humana. Lalucat et al. (2009) destacan que estas acciones se orientan específicamente a fortalecer la capacidad individual para afrontar circunstancias que generan

estrés. Asimismo, las intervenciones también persiguen el afianzar el desenvolvimiento de la persona en contextos familiares, sociales, formativos y laborales, además de trabajar en el desarrollo de estrategias efectivas de regulación emocional.

Psicoeducación

La psicoeducación trasciende la simple transmisión de información: procura resignificar la experiencia del padecimiento en el marco de una relación dialógica. Lalucat et al. (2009) destacan que informar al paciente y su entorno sobre el trastorno, los tratamientos disponibles y las señales de alerta, no solo reduce el riesgo de recaídas, sino que también potencia el sentido de agencia del usuario.

Godoy et al. (2020) señalan que esta intervención contribuye a desmontar creencias disfuncionales y promueve el autocuidado. Sin embargo, como advierte Gargoloff (2024), los obstáculos para su implementación no son técnicos sino institucionales: falta de formación de los profesionales, resistencia de familiares y escasos espacios en el sistema de salud para sostener estas prácticas.

Estudios recientes muestran que la psicoeducación no solo impacta en la disminución de síntomas, sino también en la mejora de la adherencia, la autoestima y el funcionamiento social (Oneib et al., 2025). Sin embargo, estos resultados son más visibles cuando se ajustan a las características clínicas y sociales de cada usuario. Por lo tanto, la psicoeducación representa una estrategia potente pero subutilizada, cuya efectividad requiere un compromiso institucional sostenido y una mirada contextualizada de cada caso clínico.

Un aspecto fundamental que influye en la efectividad de estas intervenciones es el contexto familiar. Cómo describe De la Higuera (2005), los niveles de emoción expresada (EE) de la familia influyen directamente en la adhesión al tratamiento y en la recidiva, así como en la autoestima, el funcionamiento social y la percepción de la calidad de vida del usuario.

La emoción expresada hace referencia a los juicios cargados de actitudes emocionales por parte de un allegado o familiar hacia otro miembro de la familia que sufre una enfermedad crónica. Este concepto mide la calidad de la relación entre el paciente y el familiar al considerar distintos componentes. Estos componentes incluyen la crítica o comentarios críticos que expresan juicios negativos sobre el actuar o la personalidad del paciente, los cuales se clasifican según su forma de expresión. Así, en la hostilidad se juzga de manera generalizada

varias áreas del comportamiento, mientras que en la sobreimplicación emocional se manifiesta como una respuesta emocional intensa que implica sobreprotección, autosacrificio y sobreidentificación, todos ellos aspectos que el cuidador deposita en el paciente (Medina, 2016).

Rehabilitación cognitiva

Las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia son una de las principales causas de discapacidad funcional. Afectan dominios como memoria de trabajo, atención sostenida y funciones ejecutivas (Alonso et al., 2016). Estas alteraciones interfieren en el desempeño cotidiano, como en la capacidad de los sujetos para participar de manera activa y autónoma en la comunidad (Wykes y Reeder, 2005).

Loubat et al. (2016) resaltan que estudios demuestran el impacto positivo de la rehabilitación cognitiva tanto en pacientes con primeros episodios psicóticos, como en pacientes con esquizofrenia de larga duración. Sin embargo, Gautam et al. (2025) sostienen que la supervisión, evaluación y cuantificación temprana de las funciones cognitivas son fundamentales para lograr un aumento de la calidad de vida y disminuir los costos en salud. A su vez, distintos factores asociados a la enfermedad aumentan las probabilidades de éxito de rehabilitación cognitiva. Entre ellos, se destacan la detección en etapas tempranas del trastorno y la reducción de la duración de los síntomas como elementos que refuerzan la posibilidad de rehabilitación. También, la motivación del paciente y su bienestar emocional son factores que contribuyen al éxito de la intervención (Gautam et al., 2025).

Por otra parte, intervenciones complementarias como el ejercicio aeróbico, el mantenimiento de un estilo de vida saludable y la disminución de la carga de la medicación antipsicótica y anticolinérgica, potencian las mejoras cognitivas (Gautam et al., 2025). En esta línea, Xu et al. (2022) realizaron un metaanálisis sobre el efecto del ejercicio aeróbico (EA) en las funciones cognitivas en pacientes con esquizofrenia. Los resultados indican que el EA influye positivamente en la memoria verbal, el aprendizaje, y la resolución de problemas. Además, se observaron mejoras en las actividades de la vida diaria y mitigación del deterioro cognitivo. No obstante, los autores destacan la necesidad del acompañamiento de un

profesional para potenciar estos resultados y maximizar los beneficios de este tipo de intervenciones.

La rehabilitación cognitiva debe concebirse, por tanto, como una herramienta flexible y multidimensional, que al combinarse con distintas estrategias, resulta capaz de restituir no solamente las funciones cognitivas alteradas sino también de generar expectativas aleatorias en el aumento de la autonomía y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

Entrenamiento en habilidades sociales

Las personas con trastornos mentales graves suelen experimentar ciertos déficits al momento de relacionarse con otras personas, entre ellos: disminución o exceso en el contacto ocular, limitaciones en el reconocimiento de situaciones sociales, expresiones faciales y posturas inadecuadas, entre otros (Alonso, 2016).

Para explicar estos déficits, el entrenamiento en habilidades sociales se apoya en la teoría cognitivo-conductual y en la teoría del aprendizaje social. Desde la teoría cognitivo conductual, la producción de creencias sobre el mundo proviene de “esquemas cognitivos” que permiten diferenciar y codificar la información del ambiente que nos rodea. A partir de estos esquemas, las personas analizan las situaciones, desarrollan pensamientos automáticos y, por consiguiente, generan conductas a partir de su interpretación. Según esta teoría, son los sistemas disfunciones de interpretación de la realidad los que provocan sufrimiento en los pacientes, obstaculizan el logro de sus metas y limitan su capacidad para encontrar soluciones a los problemas cotidianos (Hernández, 2009).

Como señala Hernández (2009), desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje social el desarrollo de las habilidades sociales se adquiere por medio de mecanismos de aprendizaje como experiencias de aprendizaje vicario y observacional, reforzamiento positivo y negativo de las habilidades, adquisición de expectativas cognitivas, así como la retroalimentación personal e impersonal. Mediante estos mecanismos, las personas imitan, recuerdan o imaginan habilidades observadas en otros y se apropián de aquellas que valoran como positivas.

Desde esta perspectiva, tareas como demostración en video de interacciones o representaciones de habilidades, entrenamiento en técnicas de solución de problemas de la vida diaria, representación de papeles (role play), entre otras estrategias, apuntan a recuperar la dimensión relacional del padecimiento. El aprendizaje mediante estas tareas posibilita el acceso al empleo y mejora las relaciones de trabajo, promueve la aceptación y conciencia del trastorno, así como el desarrollo de habilidades de la vida diaria (Moriana et al., 2015).

En pocas palabras, el entrenamiento en habilidades sociales persigue fundamentalmente mitigar los distintos déficits que se manifiestan en las interacciones sociales a través del aprendizaje de competencias específicas. Este proceso implica el desarrollo de múltiples formas de expresión, facilita las interacciones interpersonales y promueve la participación de los individuos en su comunidad. En función de lograr estos objetivos de manera efectiva resulta esencial tanto el aprendizaje de nuevas conductas adaptativas, como la modificación de comportamientos o ideas disfuncionales.

Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo-conductual constituye una intervención ampliamente utilizada para el tratamiento de la esquizofrenia, principalmente debido a su efectividad demostrada en la reducción de síntomas negativos, disminución de recaídas y la mejora en la reintegración social y familiar. De hecho, su abordaje se considera efectivo tanto a nivel en modalidades de terapia individual como grupal (Madel, 2021).

Según Lalucat et al. (2009), la TCC estimula al sujeto para que establezca conexiones significativas entre sus sentimientos, acciones y pensamientos relacionados con los síntomas de la enfermedad. En este sentido, uno de sus principales objetivos radica en disminuir la intensidad de las alucinaciones e ideas delirantes, lo que otorga al paciente un rol activo durante todo el proceso terapéutico. Esta participación activa contribuye, por tanto, a reducir la discapacidad social como el riesgo de recaídas (Lalucat et al., 2009).

Por su parte, García (2008) sostiene que la TCC permite afrontar de manera más efectiva los síntomas negativos de la esquizofrenia, mientras desarrolla interpretaciones más realistas y menos estresantes sobre delirios y alucinaciones.

De manera complementaria, Muñoz y Ruiz (2007) afirman que esta terapia se aplica exitosamente en el tratamiento en los síntomas positivos como negativos, favorece la integración social y mejora la adherencia al tratamiento farmacológico. Adicionalmente, estos

autores destacan que la combinación de TCC con programas de entrenamiento en habilidades sociales conduce significativamente a la mejora de las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas.

Con respecto a estrategias específicas, García (2008) menciona que la TCC contribuye a transformar el delirio y el pensamiento paranoide hacia comprensiones más veraces. Asimismo, esta terapia habilita la interpretar las alucinaciones de manera menos amenazante, mientras les permite enfrentar síntomas negativos mediante la realización de actividades gratificantes. Para alcanzar estos objetivos terapéuticos, los profesionales utilizan diversas estrategias como la modificación del pensamiento, el cuestionamiento inductivo, la focalización y técnicas de exposición controlada.

En definitiva, las investigaciones de Infante et al. (2017), sugieren que la mejora del pronóstico de la esquizofrenia es más factible si se articula la TCC con tratamientos farmacológicos y el desarrollo de habilidades que le proporcionen mayor autonomía al paciente. No obstante, los autores también advierten que se requieren más estudios que perfeccionen las técnicas y el conocimiento en este campo terapéutico.

Rehabilitación Psicosocial en Uruguay

El proceso de transformación del modelo de atención en salud mental en Uruguay ha sido largo, complejo y aún inconcluso. Durante gran parte del siglo XX, el paradigma dominante fue el manicomial, institucionalizador y centrado en la peligrosidad del sujeto. La Ley N° 9581 de 1936, conocida como “Asistencia a los Psicópatas”, representa un ejemplo paradigmático de esta concepción, al considerar la enfermedad mental como una amenaza al orden social y al establecer el encierro como principal estrategia de tratamiento (De León, 2013). Como señala el autor, esta ley naturalizó el control sobre los cuerpos y subjetividades de los usuarios, lo que subordinó el cuidado a una lógica de vigilancia.

Más allá de su aparente intención protectora, tanto la Ley N° 9581 como la Ley N° 11.139 que creó el Patronato del Psicópata, reforzaron un modelo asilar, donde el tratamiento se asociaba a la domesticación del sujeto mediante el aislamiento, la ocupación productiva y la intervención médica. A diferencia de enfoques centrados en la autonomía, estas leyes promueven la adaptación del enfermo a los valores normativos de la época, sin cuestionar los determinantes estructurales del sufrimiento psíquico. Como lo advierte Guinea (2017), este tipo

de institucionalización acentuaba la dependencia y anula los procesos subjetivos de recuperación.

Durante la dictadura cívico-militar (1973–1985), las posibilidades de reforma fueron severamente limitadas. La institucionalización se reforzó y el control sobre los cuerpos se volvió más estricto, consolidando el encierro como respuesta estatal frente al padecimiento mental. Si bien hubo medidas como el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto o la reestructuración de la Colonia Echepare, estas no implican una transformación sustancial del paradigma (De León, 2013).

Hasta las décadas siguientes comienzan a aparecer iniciativas que promueven una atención más comunitaria basada en derechos. Según Novoa et al. (2014), más del 50 % de los centros de rehabilitación psicosocial del país fueron creados después de 1996, lo que da cuenta de su carácter reciente. No obstante, este crecimiento institucional no ha estado exento de problemas. Como señalan los autores, muchos de estos centros funcionan con recursos escasos, sin formación especializada ni articulación efectiva con el resto del sistema de salud. En este sentido, la creación de dispositivos no ha ido necesariamente acompañada de un cambio profundo en las prácticas profesionales ni en la lógica de atención.

La crisis económica de 2002 tuvo un impacto negativo en la inclusión social de las personas con trastornos mentales, al acentuar la precarización, el desempleo y la estigmatización (De León, 2013). Lejos de constituir sólo una cuestión clínica, la rehabilitación se vio tensionada por factores estructurales que escapaban a la intervención médica directa. Esto confirma lo planteado por autores como Fernández & Ballesteros (2019), quienes sostienen que la recuperación no puede pensarse al margen de los contextos sociales y económicos que la condicionan.

El surgimiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 2007 y, posteriormente, la aprobación de la Ley N° 19.529 en 2017, representaron un giro discursivo hacia un modelo de atención integral, comunitario y centrado en la persona. Esta ley promueve la desinstitucionalización progresiva y el acceso a dispositivos de atención ambulatoria, como residencias asistidas, programas de vivienda (Arrayán), empleo con apoyo (Ceibo) y centros diurnos (CNSM, 2024). Sin embargo, como advierte Del Castillo et al. (2011), estas iniciativas continúan siendo fragmentadas, limitadas geográficamente y dependientes de la voluntad de los equipos técnicos más que de políticas públicas sostenidas.

En la actualidad, persisten desafíos significativos para la consolidación de un modelo de rehabilitación psicosocial efectivo. A pesar de la existencia de múltiples dispositivos el fenómeno de la “puerta giratoria” caracterizado por ingresos y egresos reiterados sin una continuidad en el cuidado, sigue siendo frecuente. Esto evidencia, como señala Del Castillo et al. (2011), que sin una red comunitaria sólida, una participación real de los usuarios y recursos adecuados, los dispositivos tienden a reproducir la lógica de la cronificación.

Además, las prácticas profesionales permanecen centradas en lo asistencial y no en el desarrollo de la autonomía, lo que limita el empoderamiento de los usuarios. El estigma social, la escasez de alternativas educativas y laborales y la fragilidad de los dispositivos intermedios dificultan el proceso de inclusión real.

En síntesis, si bien Uruguay ha avanzado en la incorporación del discurso de los derechos humanos en salud mental, aún resta un largo camino para su efectivización práctica. La transformación del modelo no puede reducirse a la creación de dispositivos, sino que debe implicar un cuestionamiento estructural de las lógicas de atención, una formación profesional crítica y una apuesta política por la autonomía y el bienestar subjetivo de quienes atraviesan padecimientos mentales severos.

Marco Legal. La rehabilitación psicosocial en el contexto de la ley de Salud Mental

En Uruguay, el marco legal y las políticas públicas en salud mental han experimentado transformaciones sustanciales en las últimas décadas. En este contexto, la Ley de Salud Mental N° 19.529 (Uruguay, 2017) constituye un hito fundamental al alinear el abordaje nacional con los principios internacionales de derechos humanos, y promueve un cambio de paradigma en la atención de la salud mental en el país.

La implementación de esta ley se inscribe en el proceso más amplio de reforma sanitaria iniciado en 2007, el cual introdujo un enfoque centrado en la prevención y promoción de la salud, a través de una estrategia de atención primaria fortalecida y con énfasis en el primer nivel de atención (García et al., 2018). Esta reforma dio lugar a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con el propósito de garantizar el acceso universal a la atención y protección de la salud para toda la ciudadanía (Uruguay, 2007).

Como parte de este proceso, las autoridades sanitarias han impulsado diversas estrategias orientadas a asegurar la continuidad de los tratamientos y a avanzar hacia la desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales. Entre estas estrategias se destacan los dispositivos comunitarios desarrollados por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), tales como redes comunitarias, programas de egreso asistido y alternativas residenciales con casas de medio camino, residencias asistidas y asistencia familiar. Estos dispositivos pretenden sustituir el modelo asilar tradicional mediante un acompañamiento integral y humanizado. No obstante, su cobertura actual resulta aún insuficiente para las demandas existentes (Del Castillo et al., 2011).

La Ley N° 19.529 tiene como finalidad garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, mediante estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (art. 2). Los principios rectores establecidos en su artículo 3 subrayan el reconocimiento de la persona como un ser integral, la dignidad humana, los derechos humanos, la universalidad, la sustentabilidad y la accesibilidad de los servicios (Uruguay, 2017).

En su artículo 6, la ley consagra derechos fundamentales de las personas usuarias, que incluyen el derecho a un trato respetuoso, a una atención basada en su singularidad y al acceso a tratamientos adecuados sin restricciones indebidas. Asimismo, se reconoce la posibilidad de cambiar de profesional tratante y de acceder a la historia clínica personal. Además, se promueve activamente la inclusión familiar, laboral y comunitaria. En línea con este enfoque, el artículo 13 garantiza el acceso a una vivienda digna y el artículo 14 promueve la inclusión educativa y cultural como parte del proceso de rehabilitación (Uruguay, 2017).

Con el fin de operativizar estos principios, en 2020 el Ministerio de Salud Pública (MSP) creó el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), el cual propone la superación del modelo asilar hacia un enfoque comunitario, centrado en la atención ambulatoria, la personalización de los tratamientos y la promoción de la autonomía. El PNSM se estructura desde una perspectiva de derechos humanos e incluye la participación activa de la comunidad como pilar fundamental (MSP, 2020).

Este plan identifica seis áreas temáticas prioritarias: (I) Promoción y prevención; (II) Detección, asistencia y recuperación; (III) Interinstitucionalidad e intersectorialidad; (IV) Formación y capacitación; (V) Cambio cultural, estigma y derechos; y (VI) Información, evaluación e investigación (MSP, 2020). Desde su implementación, se concretaron avances,

como la creación de centros de rehabilitación y la puesta en marcha de iniciativas comunitarias dirigidas a personas previamente institucionalizadas.

Sin embargo, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental (CNCASM) ha detectado múltiples obstáculos para la plena aplicación de la Ley 19.529. Entre los principales desafíos se destacan la debilidad del trabajo intersectorial (que se manifiesta en la escasa articulación entre servicios) y las desigualdades entre el sector público y privado, particularmente evidentes en tiempos de espera y calidad de atención (CNCASM, 2023).

Una de las debilidades más estructurales reside en la insuficiencia de programas de rehabilitación, tales como casas de medio camino y hospitales de día, esenciales para el proceso de transición entre internación por cuadros agudos y atención ambulatoria. La falta de estos dispositivos compromete la reintegración comunitaria y perpetúa la lógica de institucionalización prolongada, en contradicción con los principios de la reforma (CNCASM, 2023).

Además, persiste la coexistencia de tres modelos de atención (hospitalocéntrico, asilar y comunitario), lo que genera un sistema fragmentado y con escasa coherencia. En lugar de una transición articulada hacia el modelo comunitario, se observa una superposición de lógicas que diluye los objetivos del PNSM y obstaculiza su implementación efectiva (MSP, 2020). Junto a lo anterior, se aprecia la distribución desigual de profesionales en el territorio nacional, reflejo de una planificación deficiente, así como la escasa formación especializada y la ausencia de enfoques interdisciplinarios efectivos. Esta realidad ha derivado en una medicalización excesiva de los problemas psicosociales, en detrimento de abordajes integrales. Además, se constata una baja detección y resolución de problemas en etapas tempranas, lo cual genera una sobrecarga en los servicios especializados y reduce la capacidad de intervención preventiva (MSP, 2020).

La persistencia de prácticas coercitivas constituye otro aspecto crítico. Las internaciones involuntarias y judiciales superan ampliamente a las voluntarias, especialmente entre varones, lo cual plantea serios cuestionamientos al enfoque de derechos humanos que se propone implementar (CNCASM, 2023). La falta de protocolos claros para la administración de medicación y el manejo de crisis agudas refuerza una lógica de control más que de cuidado. Asimismo, la ausencia de planes individualizados para todos los casos revela un abordaje estandarizado, ajeno a las singularidades de cada persona.

Consideraciones finales

De acuerdo con la revisión teórica realizada, los hallazgos permiten concluir que la esquizofrenia persiste como una condición de naturaleza multifactorial y compleja, que desafía las aproximaciones unidimensionales y reduccionistas del modelo biomédico tradicional. Tal como señalan Martínez (2020) y Freudenreich et al. (2018), aún no se identificaron biomarcadores específicos que permitan una detección objetiva del trastorno, lo que evidencia las limitaciones de una perspectiva centrada exclusivamente en la neurobiología. En este sentido, los datos actuales indican que no solo se requieren mejoras en los tratamientos farmacológicos, sino también el fortalecimiento de los sistemas de apoyo social, estrategias de detección temprana más eficaces y la implementación de un abordaje integral, situado y contextualizado.

Desde esta perspectiva, la rehabilitación psicosocial emerge como un componente esencial para su tratamiento, ya que brinda al sujeto un abordaje integral y personalizado para el logro de su autonomía y calidad de vida. Las intervenciones psicosociales, tales como la psicoeducación, la rehabilitación cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y la terapia cognitivo-conductual, operan en función de las necesidades particulares y su contexto, pues ofrecen herramientas concretas para el fortalecimiento de competencias y la superación de barreras psicosociales.

Más que predecir el curso y evolución del trastorno, la esquizofrenia exige una comprensión que trascienda su etiología biológica o psicológica. Resulta imprescindible incorporar los factores más amplios del entorno inmediato del sujeto, que influyen directamente en su experiencia de padecimiento. En este sentido, las normativas, las políticas públicas y el modelo de atención adoptado por cada país desempeñan un rol fundamental, dado que pueden facilitar u obstaculizar los procesos de atención, inclusión y rehabilitación.

En el caso de Uruguay, si bien existen avances en el marco legal con la implementación de la Ley de Salud Mental N.º 19.529 y el Plan Nacional de Salud Mental, el abordaje de la rehabilitación psicosocial aún enfrenta serias limitaciones. Estas se deben tanto a fallas operativas y estructurales como a tensiones persistentes entre el modelo comunitario y las prácticas hospitalocéntricas y asilares aún vigentes.

A pesar de que el manejo de la esquizofrenia ha avanzado en términos teóricos y clínicos, aún persiste un enfoque estandarizado que con frecuencia no logra responder a la singularidad del padecimiento. Esta situación exige una transformación profunda del sistema de salud mental, orientada a garantizar prácticas inclusivas, interdisciplinarias y centradas en los derechos de los usuarios.

En definitiva, abordar la esquizofrenia desde una lógica comunitaria, interdisciplinaria y orientada hacia los derechos humanos implica reconocer la complejidad del padecimiento, la necesidad de intervenciones personalizadas y la urgencia de políticas públicas que aseguren el acceso universal, la equidad en la atención y la participación activa de las personas en su proceso de recuperación.

Referencias:

Alonso, V., Del Amo, R., Arribas, A., Blanco, M., Carrillo, M^a Á., Cobo, F., López, R., Galán, P., García, C., Gómez, O., González, J., Hernández, M., De la Hoz, A., Jiménez, J. L., Lafuente, S., De Larrazábal, P., Martínez, P., Menéndez, J. L., Molina, A.,..., Smith, S. (2016). *Guía de funcionamiento y calidad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)*. Comunidad de Madrid. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013998.pdf>

Álvarez, E., y Montero, I.(2012). Tratamiento de la Esquizofrenia. En Vallejo, J. y Leal, C., *Tratado de Psiquiatría* (pp.998-1012). Marban

Arévalo, C., Couso, M., Dibarbare, M., García, R., Gutiérrez, A., Muñoz Y., Pezzani, G., Porras,I., Prieto, G., Rodríguez, N., Rossi, M., y Yañez, A., (2017). *Temas de Psicopatología y Semiología*. Psicolibros Waslala.

Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial médica panamericana.

Barbosa, R. (2006). Esquizofrenia: Uma Revisão. *Psicologia USP*. 17(4), 263-285.
<https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400014>

Black, D., y Andreasen, N. (1996).Esquizofrenia, trastorno, esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide). En R. Hales., C. Yudofsky y J. Talbott, *Tratado de Psiquiatría*. (435-483).Ancora

Carmona, J. (2012). El foro de la salud mental y la salud comunitaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 221-222.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265024499001>

Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental. (2024). *Compromiso de gestión entre poder ejecutivo y Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental.* https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/inline-files/CG%202024%20Comisi%C3%B3n%20Salud%20Mental%20-%20Firmado_0.pdf

Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental.(2023, diciembre).Puntos críticos en la implementación de la Ley 19529: la mirada de la CNCASM [Puntos críticos en la implementación de la Ley 19529: la mirada de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental - CPU](#)

De la Higuera-Romero, J.(2005). Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes de Psicología.* 23(3), 275-292
<https://doi.org/10.55414/r5ymhk44>

Del Castillo, R., Villar, M., y Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. *Psicología, conocimiento y sociedad,* 1(4), 83-96.
<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102>

Díaz, S. (2022). Resultados del tratamiento de personas con esquizofrenia grave en un programa comunitario multicomponente con gestión de casos [Tesis doctoral, Universidad Camilo José Cela]. Universidad Camilo José Cela.
<http://hdl.handle.net/20.500.12020/961>

Equipo de Trabajo designado por Gerencia General. (2018, abril 13).*Propuesta para la implementación de la nueva Ley Salud Mental en ASSE. 1a. Etapa - 2019-2020.(Resumen).* ASSE MSP UDELAR Facultad de Medicina.
<https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-avanza-en-Plan-de-implementacion-de-Ley-de-Salud-Mental-10839>

Escamilla, R., Becerra, C., Armendáriz, Y., Corlay, I., Herrera, M., Llamas, R., Meneses, Ó., Quijada, J., Reyes, F., Rosado, A., Rosel, M., y Saucedo, E. (2021). Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gaceta médica de México,* 157(4), S1-S12. <https://doi.org/10.24875/gmm.m21000501>

Fernández, P., y Ballesteros, F. (2019). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *Edupsykhé*, 16(1), 15-36. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v16i1.4080>

Ferreira, A., y Freitas F. (2023). Esquizofrenia, modelo biomédico e a cobertura da mídia. *Saúde em debate*, 47(136), 96-109.
<https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7747>

Florit, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*. 24(1-3), 223-244. http://sid.usal.es/idocs/F8/ART10990/rehabilitaci%C3%B3n_psicosocial.pdf

Freudenreich, O., Brown, H., y Holt, D. (2018). Psicosis y Esquizofrenia. En Stern, T., Fava, M., Wilens, T., y Rosenbaum, J. *Tratado de Psiquiatría Clínica*. (307-323). Elsevier.

García, B., Hurtado M., Nogueras, E., Quemada, C., Rivas, J., Gálvez, L., Bordallo, A., y Morales, J. (2019). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia: manejo en atención primaria y en salud mental. *Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud y familias*. <http://hdl.handle.net/11181/4958>

García, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 9-25. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100002&lng=es&tlang=es.

García, M., Apiquian, R., y Fresán, A. (2001). Los antipsicóticos atípicos: Una revisión. *Salud Mental*, 24(5), 37-43. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252407>

Gargoloff, P., Michat, M., Cordoba, R., y Gargoloff, D. (2024). Psicoeducación Familiar en Esquizofrenia. En R. Cordoba (Comp.), *Manual de psicoeducación para familiares y cuidadores de pacientes con trastorno mental establecido* (pp.68-96). Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/164113>

Garzón, M.L. (2016). Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 13, 100-109. <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v13i11.1905>

Gautam, S., Nebhinani, N., Chaudhary, J. y Gaur, M. (2025). Clinical practice guidelines-An overview of cognitive remediation por various neuropsychiatric disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 67(1), 8-20. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11878461/>

Gejman, P., y Sanders, A. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina*, 72(3), 227-234
https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000300007&lng=es&tlnq=es.

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 31(2), 169-173. [10.1016/j.rmclc.2020.01.005](https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005)

Gómez, M.(2020). Prevención de recaídas en primeros episodios psicóticos: análisis comparativo de efectividad psicofarmacológica. [Tesis Doctoral. *Universidad de Cantabria*].UCrea <http://hdl.handle.net/10902/20879>

González, J., y Rodríguez, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3),319-332.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=es&tlnq=es.

Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia. (2002). La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(5), 312-325. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1185/1922>

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, M.(2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131),

171-187.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010&lng=es&tlng=es

Hernández, N. (2009). Entrenamiento en habilidades sociales para pacientes con esquizofrenia. *Academia.edu.*

https://www.academia.edu/24672058/Entrenamiento_en_Habilidades_Sociales_para_Pacientes_con_Esquizofrenia_Etrenamiento_en_Habilidades_Sociales_para_pacientes_con_Esquizofrenia

Infante, D., Pozo, H., Rojas, R.(2017).Terapias cognitivo-conductuales con farmacología para la esquizofrenia.I Congreso Virtual Internacional de Psicología.[1COMU10PSICO2017.pdf](https://www.uv.es/~luisr/1COMU10PSICO2017.pdf)

Lalucat, L., Anglés, J., Aznar, A., Bussé, D., Carbonero, M., Casañas, R., Faus, G., Guillamón, I., Martínez, C., Mas, L., Romero, M., Rubio, R., San Emeterio, M., Sánchez, I., Sánchez, E., Teixidó, M., Villegas, F., Andreu, J., Aznar, F., ... Vallina, O. (2009). *Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

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

Loubat, M., Gárate R., y Cuturrufo N.(2016).La rehabilitación cognitiva para pacientes con esquizofrenia de larga data: un desafío para los equipos de salud. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(4), 299-308

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000400005>

López, P., Sanmillán, H., Cainet, A., y Olivares, O. (2015). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Revista Información Científica*, 93(5), 1189-1206.<https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757222018.pdf>

Madel, K.(2021).Implicaciones de la esquizofrenia en las personas que la padecen.*Revista AMAzônica - Revista de Psicopedagogia, Psicología escolar e Educação*, 13(2),70-92.
[Vista do IMPLICACIONES DE LA ESQUIZOFRENIA EN LAS PERSONAS QUE LAS PADECEN](https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757222018.pdf)

Martínez, Á. (2020). *¿Has visto cómo llora el cerezo?. Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Edicions de la Universitat de Barcelona.

<https://hdl.handle.net/2445/128422>

Medina, C. (2016). Actualización en torno a la emoción expresada: Consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. *Revista de Psicoterapia*. 27(103), 251-266.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5399253>

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2020). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027.

https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf

Millan, M. J., Fone, K., Steckler, T., y Horan, W. P. (2014). Negative symptoms of schizophrenia: Clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *European Neuropsychopharmacology*, 24(5), 645-692. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.03.008>

Montaño, L., Nieto, T., y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165>

Moriana, J., Liberman R., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A., y Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Behavioral Psychology\Psicología Conductual*, 23(1) 5-24.
https://www.researchgate.net/publication/277012053_El_entrenamiento_en_habilidades_sociales_en_la_esquizofrenia

Novoa, G., Ceróni, C., López, G., Araujo, A., y Pedetti, V. (2014). Informe de los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Red Asistencial ASSE y de la C.H.P.P. Período 2012-2013. *Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)*.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación internacional de enfermedades para las estadísticas de mortalidad y morbilidad*. OMS.

<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#1683919430>

Organización Mundial de la Salud(OMS) y Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR).(1996). Declaración de consenso sobre la rehabilitación psicosocial. *Boletín de la WAPR*, 8(3).

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

Padín, G. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), 151-172.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>

Pardo, V. (2007). Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 71(1): 83-98.http://www.spu.org.uy/revista/set2007/05_revision.pdf

Pérez Franco, P. (2013). Esquizofrenia. *Moleqla*. 11.

https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/moleqla/documentos/Numero_11.pdf

Perona, S. (2015). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *INFORMACIÓ PSICOLOGICA*, (83), 37–46.
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/365/314>

Pinho, L., Pereira, A., y Chaves, C. (2017). Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Rev Esc Enferm*.
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tknPNvHRkbchznbdVvnZr/?lang=en>

Black, D., y Andreasen, N. (1996).Esquizofrenia, trastorno, esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide). En R. Hales., C. Yudofsky y J. Talbott, *Tratado de Psiquiatría*. (435-483).Ancora

Segarra, R., Gutiérrez, M., Eguíluz, I.(2012).Curso y pronóstico de la esquizofrenia: de los primeros episodios a los estados de defecto. En Vallejo, J. y Leal, C., *Tratado de Psiquiatría*.(973-997).Marban

Serrano, M., Serrano, M., y Serrano, M. (2012). Factores pronósticos en la esquizofrenia.

Revista de la asociación gallega de psiquiatría, (11), 98-105.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5114919>

Suarez, M. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60–67.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-895820110001000

Techera, A., De León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martínez M., Miniño, L., y Sánchez, C. (2013). Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. En N. De León (Coord.), *Salud mental en debate* (pp.15-24). Psicolibros Waslala.

Techera, A., y Apud, I. (2013). Políticas de Salud Mental en Uruguay. En N. De León (Coord.), *Salud mental en debate* (pp.25-35). Psicolibros Waslala

Turner, D., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., Van der Gaag, M., Karyotaki, E., y MacBeth, A. (2018). A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 475-491. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx146>

Uruguay (1936, agosto 24). Ley N° 9.581. Regulación de los establecimientos psiquiátricos

[Ley N° 9581](#)

Uruguay (1949, enero, 17). Ley N° 11.139. Patronato del psicópata creación. [Ley N° 11139](#)

Uruguay (2017, setiembre 19). Ley n° 19.529: Ley de Salud Mental.

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

Uruguay (2023, noviembre 17). Ley 20.212. Artículo 537: Modifícase la denominación del "Patronato del Psicópata", creada por el artículo 1° de la Ley N° 11.139, de 16 de noviembre de 1948, por la de "Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental"<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20212-2023/537>

Uruguay (2007, diciembre 13). Ley 18.211 de 2007. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Vademecum. (2018, junio 8). *Prevención e intervención temprana, claves en el abordaje del paciente con esquizofrenia.*

https://www.vademecum.es/noticia-180608-prevenci+oacute+n+e+intervenci+oacute+n+temprana%2C+claves+en+el+abordaje+del+paciente+con+esquizofrenia_12081

Vallejo, P. (2021). Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en tratamientos institucionalizado y ambulatorio. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Chimborazo]. *UNACH*. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8178>

Segarra, R., Gutiérrez, M., Eguíluz, I.(2012).Curso y pronóstico de la esquizofrenia: de los primeros episodios a los estados de defecto. En Vallejo, J. y Leal, C., *Tratado de Psiquiatría.*(973-997).Marban

Vílchez, L., Turco, E., Varillas, M., Salgado, C., De la Cruz, M., Carmona, G., Huamán, K. , Bonilla, C., Reyes N., Caballero, P., Salazar, M. D. (2019). El abordaje temprano y tratamiento mixto en el manejo de la esquizofrenia. *Anales de la Facultad de Medicina* 80(3), 389-396 <https://10.15381/anales.803.16869>

Vogel, M., León, F., Torres, R., y Crossley, N. (2017). Antipsicóticos de primera y segunda generación en esquizofrenia:eficacia, efectividad y efecto de la dosis utilizada.*ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas.*42(1): 41-48
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1016370>

Wykes, T., & Reeder, C.(2005). Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and Practice (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203098707>

Xu, Y., Cai, Z., Fang C., Zheng, J., Shan, J., Yang, Y.(2022).Impact of aerobic excercise on cognitive function in patients with schizophrenia during daily care: A meta-analysis. *Psychiatry Research.* 312 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114560>