



Foto: Trabajo plástico realizado por pacientes del Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza en Tolcayuca, Hidalgo.

Función del psicólogo en la rehabilitación psicosocial como tratamiento para personas con trastorno mental grave (revisión y reflexiones para México)

Calixto-Botello F. J.^a; Romero-López V.^{a*}

RESUMEN:

Objetivo: Revisar los principales modelos de programas de rehabilitación psicosocial (RPS) aplicados a trastornos mentales graves (TMG), identificar sus componentes clave y reflexionar sobre la función del psicólogo en su adaptación al contexto nacional mexicano.

Metodología: Revisión sistemática de la literatura científica utilizando bases de datos como Medline Pubmed, Scielo y Redalyc. Se emplearon descriptores en lenguaje libre incluyendo “rehabilitación psicosocial”, “psicólogo clínico” y “trastorno mental grave”. Se priorizaron revisiones sistemáticas en español dirigidas exclusivamente a adultos con TMG, excluyendo artículos en otros idiomas. **Resultados:** Se identificaron intervenciones con evidencia de eficacia implementadas por psicólogos: terapia cognitiva-conductual (TCC) para esquizofrenia y psicosis, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación familiar, rehabilitación cognitiva, terapia de aceptación y compromiso, mindfulness, terapia de reminiscencia, y programas de apoyo al empleo. La RPS se consolida como estrategia esencial centrada en potenciar el crecimiento personal, superar desventajas del trastorno mental y promover la reincorporación comunitaria. **Conclusiones:** El psicólogo clínico desempeña un rol fundamental en la evaluación, diseño e implementación de programas individualizados de RPS. La adaptación de estos modelos al contexto mexicano, respaldada por el marco normativo nacional y principios del MAS-Bienestar, fortalece la atención integral y promueve la inclusión social de personas con TMG.

Palabras clave: Rehabilitación psicosocial, trastorno mental grave, psicología clínica, intervenciones psicosociales, salud mental comunitaria.

^a Hospital Psiquiátrico Zoquiapan Granja la Salud. Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar).

* psic.veronicarm@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales graves (TMG) representan un desafío significativo para los sistemas de salud, caracterizándose por su persistencia en el tiempo y la discapacidad que generan más allá de la sintomatología (1) e incluyen diagnósticos como la esquizofrenia, la discapacidad intelectual leve, moderada y grave, así como los trastornos mentales y del comportamiento secundarios a lesión o disfunción cerebral.

Según datos de la organización mundial de la salud (OMS), en 2019 aproximadamente una de cada ocho personas en el planeta, alrededor de 970 millones de individuos, presentaba algún trastorno mental (2). Sin embargo, aunque existen opciones eficaces de prevención y tratamiento, la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales no tienen acceso a una atención efectiva. Además, muchos se enfrentan al estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos (2).

En México, el número de personas con algún trastorno mental ascendió de 15.7 millones en 2019 a 18.1 millones en 2021, lo que equivale a un incremento del 15.4 % (3). Respecto a los trastornos mentales graves, la información más reciente —de 2019— indica que representan cerca del 8 % de la carga total de estos padecimientos (4). De forma coherente con el aumento observado en la prevalencia

global para 2021, cabe suponer que los casos graves también habrían crecido en ese periodo; no obstante, la falta de datos posteriores impide confirmarlo con exactitud.

Considerando las particularidades de quienes viven con trastornos mentales graves, los tratamientos e intervenciones prioritarios se centran en la rehabilitación psicosocial (RPS), que se ha consolidado como una estrategia esencial (5). Según la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, la RPS comprende todas aquellas acciones, intervenciones y programas destinados a potenciar el crecimiento personal y superar desventajas derivadas de un trastorno mental, promoviendo el aprendizaje o reaprendizaje de habilidades para la vida diaria, participación en actividades productivas y mantenimiento de un entorno de vida satisfactorio (6). Por lo tanto, la RPS es un proceso integral e individualizado cuyo objetivo es facilitar la reincorporación comunitaria de las personas, mejorar su funcionamiento psicosocial, así como favorecer una vida autónoma y digna, con un rol activo en la construcción de su proyecto de vida (5, 6, 7, 8).

Este enfoque encuentra respaldo en la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (9) y en el *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030* de la OMS (10), los cuales promueven la inclusión, la protección de derechos y el acceso a intervenciones basadas en evidencia.



Foto: Héctor Mora Aguilar. Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza en Tolcayuca, Hidalgo.

En México, la Ley General de Salud (11) establece que el internamiento en servicios de salud mental sea el último recurso terapéutico, dicha medida se ajusta a principios éticos y de respeto a los derechos humanos. La NOM-025-SSA2-2014(06) regula la conformación de equipos multidisciplinarios en unidades médico-psiquiátricas, destacando el rol del psicólogo clínico en la evaluación inicial, la identificación de fortalezas y déficits, el diseño y seguimiento del plan individualizado de rehabilitación y la aplicación de intervenciones, basadas en evidencia, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, promueve la desinstitucionalización, estimula la recuperación de la confianza de los usuarios y la integración social.

Por último, el *Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar* (MAS-Bienestar) (12), comparte con la RPS principios de universalización e integración de servicios orientados a la recuperación e inclusión social de las personas con TMG, lo que refuerza la necesidad de adaptar y fortalecer los programas de rehabilitación psicosocial en el contexto mexicano.

El presente artículo revisa los principales modelos de programas de RPS aplicados a TMG, identifica sus componentes clave y reflexiona sobre la función del psicólogo en su adaptación al entorno nacional.

METODOLOGÍA

El presente artículo se fundamenta en una revisión sistemática de la literatura científica (13, 14, 15) con el propósito de abordar los principales modelos y componentes de los RPS aplicados al TMG, así como identificar el rol del psicólogo en estos contextos y reflexionar sobre su adaptación al entorno mexicano. Una revisión sistemática implica detectar, consultar y obtener bibliografía, entre otros materiales útiles, que permitan efectuar los objetivos del presente estudio. Este proceso es esencialmente pragmático y busca ofrecer una orientación valiosa sobre los procesos de evaluación, terapéuticos y preventivos (13).

Estrategia de búsqueda: se diseñó una estrategia de búsqueda exhaustiva y sistemática para identificar evidencia relevante. La revisión fue de carácter se-

lectivo y priorizo las referencias más importantes, recientes y directamente vinculadas con los objetivos del estudio (14, 15, 16).

Bases de datos consultadas: se realizaron búsquedas exhaustivas en *Medline (Pubmed)*, *Scielo*, *Redalyc*, por mencionar algunas. Se consideraron Guías de Práctica Clínica reconocidas, así como revisión de tesis, trabajos de grado, investigaciones y/o artículos en repositorios institucionales.

Términos de búsqueda: se utilizaron descriptores en lenguaje libre. Los términos clave incluyeron: “rehabilitación psicosocial”, “psicólogo clínico”, “trastorno mental grave” (TMG).

Criterios de inclusión/exclusión: se priorizaron revisiones sistemáticas, se incluyeron estudios publicados en español, la población objetivo fue exclusivamente adultos con TMG. Se excluyeron artículos en idiomas como inglés, francés y portugués.

RESULTADOS

Esta sección detalla los hallazgos obtenidos de la revisión sistemática en relación con las intervenciones, modelos, tratamientos y RPS. Se presenta una descripción de aquellos que han demostrado evidencia de eficacia en la mejora del funcionamiento y la calidad de vida de personas con TMG, destacando su implementación encabezada por psicólogos y respaldada por equipos multidisciplinarios.

1. *Terapia cognitiva conductual (TCC)*

Población: la TCC se aplica a personas con TMG, incluyendo específicamente a pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y otras psicosis (7, 8). Es utilizada tanto en casos de esquizofrenia crónica y de difícil manejo como en episodios agudos y otras psicosis. Puede ser eficaz para pacientes con sintomatología persistente, incluso cuando esta es resistente al tratamiento farmacológico (5, 17, 18, 19).

Componentes: la TCC se enfoca en establecer relaciones entre los pensamientos, sentimientos y acciones de la persona en relación con sus síntomas. Las intervenciones de tipo cognitivo-conductual buscan modificar patrones de pensamiento que contribu-

yen a los problemas del paciente. Además, incorpora el desarrollo de habilidades de afrontamiento para controlar los síntomas residuales y reducir el estrés, se emplean técnicas como la conversación personal y el análisis racional para disminuir la angustia. Por lo regular, las sesiones se llevan a cabo semanalmente de manera individuales o grupales, con evaluación continua de objetivos terapéuticos (5, 17, 18, 19).

Efectos: se ha demostrado una reducción significativa de los síntomas positivos (como alucinaciones), contribuye a la disminución del malestar, favorece la adherencia al tratamiento y es eficaz para reducir los reingresos hospitalarios (17, 18, 19).

II. Psicoeducación (individual, familiar y grupal)

Población: la psicoeducación se dirige a personas con TMG y sus familias o cuidadores, se puede aplicar de forma individual o grupal, y se adapta a la cronicidad del paciente (5, 7, 8, 19).

Componentes: brindar información estructurada sobre el diagnóstico, curso, pronóstico, etiología, síntomas, factores de riesgo y protectores del trastorno; así como sobre los tratamientos farmacológicos y psicosociales (5, 7, 8). También se incluyen estrategias de prevención de recaídas, el reconocimiento de prodromos y la gestión de crisis. Además, abarca el desarrollo de habilidades de comunicación y la resolución de problemas o conflictos familiares y cotidianos (17, 19, 21, 22).

Efectos: la evidencia demuestra que la psicoeducación mejora el conocimiento de la enfermedad, aumenta la adherencia al tratamiento (5, 7, 8), reduce las recaídas y reingresos hospitalarios —especialmente cuando se incorpora a la familia— y contribuye a la mejora de la calidad de vida, el funcionamiento social-global, y a la reducción de la angustia familiar (19, 20, 22, 23).

III. Entrenamiento en habilidades sociales (EHS)

Población: el EHS se recomienda para pacientes con

TMG. Siendo particularmente relevante para quienes presentan síntomas negativos o déficits en el funcionamiento social, pues busca mejorar la competencia social y reducir el aislamiento (7, 19, 20, 22).

Componentes: los componentes incluyen técnicas conductuales como la instrucción, el modelado, el ensayo conductual, *role-play*, la retroalimentación, *feedback* y el refuerzo positivo (7, 8, 25, 26). Se enfatiza la generalización de las habilidades aprendidas a entornos de la vida real y la realización de tareas para realizar en casa y en la comunidad (17, 21, 24).

Efectos: el EHS ha demostrado ser altamente efectivo en la RPS, resultando en una mejora significativa de las habilidades sociales y el funcionamiento social, y una mayor adaptación en la comunidad. Contribuye a incrementar el nivel de interacción social, reducir el estrés y mejorar las capacidades de afrontamiento (5, 7, 26). Además, se asocia con la mejora de la autonomía personal y facilita el camino hacia los procesos de educación formal y reinserción laboral, ya que fortalece las competencias sociales necesarias (17, 18, 19).

IV. Estimulación cognitiva

Población: la estimulación cognitiva se dirige a personas con TMG, especialmente aquellas con deterioro cognitivo (5, 7, 8, 22), siendo relevante para quienes presenten déficits en la atención, memoria, funciones ejecutivas y otras funciones cognitivas como la velocidad de procesamiento, el aprendizaje verbal, la cognición social y la capacidad de resolución de problemas (17, 19, 21).

Componentes: un componente esencial de los programas de estimulación cognitiva es la evaluación inicial y periódica de las funciones cognitivas, tanto de las alteradas como de las preservadas para la planificación individualizada del tratamiento. Se emplean estrategias de restauración de funciones deterioradas, compensación mediante el uso de mecanismos alternativos o funciones preservadas, y sustitución con estrategias para minimizar disfunciones (17, 19, 21, 24). Los programas deben estar integrados con actividades académicas, ocupacionales y de vida diaria. Se recomienda que estas incluyan intervenciones de entrenamiento en habilidades y técnicas de afrontamiento (7, 19, 24).



Foto: Héctor Mora Aguilar. Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza en Tolcayuca, Hidalgo.

Efectos: la rehabilitación cognitiva ha demostrado ser eficaz en personas con TMG y deterioro cognitivo. Se ha observado una mejora en las puntuaciones en pruebas neuropsicológicas y una transferencia a actividades funcionales diarias, académicas y funcionamiento psicosocial (7, 17, 27).

V. Intervención familiar

Población: la intervención familiar se dirige a las familias y cuidadores de personas con TMG. (5, 7, 8).

Componentes: la intervención familiar abarca la psicoeducación sobre la enfermedad, diagnóstico, curso, pronóstico, síntomas, tratamientos, el reconocimiento de prodromos y prevención de recaídas. Se incluyen técnicas para el manejo de cargas emocionales, el intercambio-apoyo emocional, así como la creación de un clima de confianza y colaboración. También se enfoca en el entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva, resolución de problemas o conflictos familiares y cotidianos, el desarrollo de habilidades de afrontamiento. Además, promueve la participación en grupos de apoyo y acompañamiento, para compartir experiencias, brindar apoyo, a fin de reducir el estigma (7, 17, 19, 28).

Efectos: la intervención familiar disminuye el estrés familiar, reduce las recaídas y reingresos hospitalarios. Además, contribuye a la mejora de la calidad de vida de la familia y el paciente. También aumenta la adherencia al tratamiento, mejora el

funcionamiento social-global del paciente y logra una reducción de los niveles de emoción expresada (EE) en la familia (17, 19, 28).

VI. Modelos comunitarios

Los modelos que se presentan a continuación fueron desarrollados como respuesta contraria al antiguo modelo asilar (2, 6, 7, 17, 19).

1. Tratamiento asertivo comunitario (TAC)

Población: está recomendado para personas con TMG que precisan un número elevado de reingresos en unidades de corta estancia. También es especialmente útil para pacientes graves, que presentan dificultades en su funcionamiento social, laboral, residencial y de salud física (7, 20).

Componentes: una característica fundamental del TAC es el contacto frecuente con el paciente mediante visitas domiciliarias y otras intervenciones fuera de las instituciones (17, 19, 20, 25).

Efectos: reducción de hospitalizaciones y el tiempo de permanencia total en el hospital, mejora la adherencia al tratamiento, favorece la satisfacción con el cuidado y con el trabajo de los servicios de salud mental (17, 20, 25).

2. Programas residenciales comunitarios

Población: están diseñados para personas con TMG que carezcan de hogar, incluyendo a aquellas personas que no tienen las habilidades para vivir de forma independiente y no pueden ser atendidas por

sus familias. Son esenciales para personas que han estado hospitalizadas durante largos periodos y que requieren asistencia para la vida cotidiana (2, 6, 7, 10, 17, 19).

Efectos: mejor funcionamiento social, integración social, disminución de reingresos hospitalarios y favorece el grado de satisfacción de los pacientes en comparación con los tratamientos en unidades de media y larga estancia, así como la calidad de vida (2, 6, 7, 10).

La **Tabla 1** sintetiza los principales programas RPS aplicados y TMG revisados, su población, componentes, duración y efectos.

La función del psicólogo de acuerdo con los modelos revisados

El psicólogo clínico debe estar capacitado y especializado en el área clínica, ya que desempeña un papel clave en los procesos de rehabilitación psicosocial de pacientes con TMG. Su rol es esencial en la atención sanitaria y la salud en general, abordando integralmente el binomio salud-enfermedad desde

Tabla 1. Síntesis modelos de programas RPS

Programa/ Intervención	Población	Componentes clave	Duración	Efectos (resultados)
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	TMG, esquizofrenia, síntomas positivos persistentes.	Establecimiento de relaciones pensamiento-sentimiento-a cción, corrección de creencias irracionales.	12 meses.	Disminuye síntomatología positiva (alucinaciones).
Psicoeducación (ind./fam./grupal)	TMG, esquizofrenia y relacionados, trastorno bipolar. Pacientes y familiares.	Información sobre enfermedad, prevención, recaídas, habilidades de enfrentamiento.	3 a 9 meses.	Mejora conocimiento, reduce recaídas/reingresos (con familia).
Entrenamiento en habilidades sociales	TMG, esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos.	Instrucciones, <i>role-play</i> , entrenamiento, <i>feedback</i> . Habilidades conversacionales, asertivas.	1 mes a 24 meses.	Mejora funcionamiento social.
Rehabilitación cognitiva	TMG con deterioro cognitivo.	Evaluación pormenorizada, atención, memoria, funciones ejecutivas. Enfoques repetitivo y compensado.	Semanal.	Mejora rendimiento cognitivo.
Intervención familiar	TMG, esquizofrenia y relacionados, trastorno bipolar. Familiares y pacientes.	Psicoeducación, mejora de comunicación, resolución de problemas, apoyo emocional.	6 meses.	Disminuye carga emocional familiar, reduce recaídas.
Tratamiento asertivo comunitario (TAC)	TMG.	Equipo multidisciplinario, atención de amplia gama de necesidades.	Continuo.	Reducción de hospitalizaciones
Programas residenciales comunitarios	TMG.	Alojamiento alternativo, formación en habilidades para autonomía y adaptación.	Continuo.	Mantienen personas en la comunidad, mejoran. Funcionamiento e integración social.

una concepción biopsicosocial y comunitaria (17, 19, 26). A continuación, se especifican algunas de las principales tareas realizadas por el psicólogo.

Evaluación funcional integral: mediante la aplicación de herramientas estandarizadas para diagnosticar déficits cognitivos, emocionales y de funcionamiento social, se identifican las necesidades y prioridades que deben considerarse en la elaboración de perfiles individuales, los cuales orientan el plan de intervención (7, 17, 22).

Diseño y seguimiento de plan individualizado de rehabilitación (PI): se encarga del diseño y seguimiento del PI definiendo objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales (SMART) (7, 17, 22). Esta labor requiere coordinación constante con el psiquiatra, trabajador social, terapeutas ocupacionales y familiares, e implica una supervisión mensual de los avances y ajustes en el programa individualizado (17, 19, 20, 22).

Intervenciones psicológicas especializadas: se recurre a modelos terapéuticos con evidencia científica como la TCC, para lograr una reestructuración cognitiva, manejo de síntomas y conductas, así como ensayos controlados y estrategias de afrontamiento. También se llevan a cabo procesos de psicoeducación grupal e individual con el propósito de garantizar la adherencia y empoderamiento tanto del paciente como de su familia. Además, continuamente se realizan intervenciones encaminadas al EHS para mejorar las aptitudes comunicacionales y el manejo asertivo (7, 17, 22). Finalmente, la rehabilitación cognitiva, coordinada con neuropsicología, se centra en atención y memoria.

Intervención familiar y comunitaria: incluye la implementación de talleres de psicoeducación, grupos multifamiliares y de acompañamiento, cruciales para la mediación de conflictos y el fortalecimiento de redes de apoyo (17, 19, 20, 28).

Orientación académica, vocacional y laboral: a partir del contacto con la persona y de evaluar o identificar las necesidades, intereses, inquietudes y capacidades se llevan a cabo programas de entrena-

miento, acercamiento y seguimiento, académico y laboral, que se realizan en coordinación con el equipo de trabajo social y terapia ocupacional (2, 6, 7, 17, 29).

Investigación y docencia: el psicólogo lidera proyectos de evaluación de programas de rehabilitación psicosocial para mejorar su calidad y efectividad (17, 24, 30). Además, en coordinación con el equipo multidisciplinario supervisa y difunde resultados (10).

CONCLUSIONES

La RPS ha mostrado robusta evidencia en la mejora de resultados clínicos, funcionales y sociales en personas con TMG (18, 19, 29, 30). El psicólogo clínico puede liderar la adaptación de los modelos de RPS (17). La implementación de programas comunitarios, como el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) y las residencias asistidas deben ajustarse a la realidad sociocultural de cada región, incorporando lenguas originarias y redes de apoyo local (1, 2, 10). Adicionalmente, la *telepsicología* ofrecería una oportunidad para superar brechas geográficas y optimizar el acompañamiento a distancia.

En el caso de México podemos identificar los siguientes retos y oportunidades:

- Formación profesional insuficiente, con pocos programas de especialización en RPS, por lo cual es necesario promover ofertas académicas enfocadas en intervención psicosocial.
- Existe una escasez de recursos humanos y materiales, no hay suficientes equipos multidisciplinarios para atender a la población. Además, prevalece una falta de infraestructura adecuada para desarrollar estos servicios.
- Barreras y estigmas culturales, los cuales requieren campañas de sensibilización y psicoeducación masiva para modificar creencias erróneas que limitan la demanda, acceso a los servicios de salud mental y respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas con TMG.
- Es necesaria la generación de evidencia local, dado que México ha carecido de datos epidemiológicos actualizados a nivel nacional sobre trastornos mentales, se depende de estimaciones globales para identificar la carga de enfermedad (2, 3, 4). El psicólogo, como investigador y tutor de proyectos de grado puede impulsar esta agenda. Al respecto, es necesario capacitarse, formar nuevos profesionales y difundir los hallazgos en revistas especializadas (2, 10).

Cabe destacar que, en la actualidad, existe una convergencia notable entre la Ley General de Salud (11), la NOM 025 SSA2 2014 (6) y el *Plan de Implementación del Modelo de Atención a la Salud* para el Bienestar (MAS-BIENESTAR) (12), ya que estos enfoques priorizan la prevención y atención a la salud mental. Asimismo, buscan promover la autonomía y el bienestar mental de poblaciones vulnerables, promueven el acceso universal, gratuito y equitativo a servicios integrales, comunitarios, interdisciplinarios, basados en evidencia científica en el marco de los derechos humanos. En síntesis, la implementación de programas RPS requiere superar retos como la formación profesional insuficiente, la escasez de recursos, el estigma social e impulsar la generación de evidencia local que puedan impulsar la implementación de políticas públicas basadas en este enfoque.

En ese sentido, es apremiante implementar, evidenciar y evaluar programas piloto de Rehabilitación Psicosocial en México. El papel de los profesionales de la psicología, en colaboración con equipos multidisciplinarios, es fundamental en esta tarea.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales* [Internet]. Ginebra: OMS; [2022]. [citado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327715>.
3. Medina Mora ME, Orozco R, Rafful C, Cordero M, Bishai J, Ferrari A, et al. *Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021*. Gac Med Mex [Internet]. 2023 [citado el 21 de junio de 2025]. 159:527-37. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So016-38132023000600527.
4. Organización Panamericana de la Salud. México: *Carga de enfermedad y salud mental a través de la vida* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; [2020] [citado el 21 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/MentalHealth-profile-2020%20Mexico%20esp.pdf>
5. Comunidad de Madrid, Consejería de Servicios Sociales. *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención* [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Servicios Sociales; 2002. Cuadernos Técnicos nº 17 [citado el 21 de junio de 2025]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocialapoyo-comunitario.pdf>
6. Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la atención integral de las personas con trastornos mentales y del comportamiento* [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2014 [citado el 21 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html.
7. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia* [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias; 2014 [citado el 21 de junio de 2025]. Guía No. 29. Disponible en: https://homeris.gov.co/wp-content/uploads/GPC_Esquizofrenia_Profesionales-1.pdf.
8. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave* [Internet]. Zaragoza: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2009 [citado el 21 de junio de 2025]. Guías de Práctica Clínica. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCIntervencionespsicosocialestrastornomentalgrave.pdf>
9. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo* [Internet]. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2020 [citado el 21 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>.
10. Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [citado el 21 de junio de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>
11. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley General de Salud* [Internet]. Ciudad de México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2024 [citado el 21 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
12. Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. *Plan de implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)* [Internet]. Ciudad de México: Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar; 2023 [citado el 21 de junio de 2025]. Disponible en: https://imssbienestar.gob.mx/assets/docs/coord_educacion/Plan_implementacion_MAS%20BIENESTAR_30112023.pdf.

13. Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. *Elaboración y estructura de un artículo científico* (Guías para la iniciación a la investigación en Ciencias de la Salud; n° 2) [Internet]. Madrid: Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid; 2018 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2018-10-24-Elaboración%20y%20estructura%20de%20un%20artículo%20científico.pdf>.
14. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
15. Vargas X. *¿Cómo hacer investigación cualitativa? Una guía práctica para saber qué es la investigación en general y cómo hacerla, con énfasis en las etapas de la investigación cualitativa* [Internet]. Jalisco: ETXETA, SC; 2011 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paginaspersonales.unam.mx/files/981/94805617-Xavier-Vargas-B-COMO-HACER-INVESTIGA.pdf>.
16. Costa Urrutia P. *¿Cómo escribir y publicar un artículo científico en ciencias de la salud?* [Internet]. Ciudad de México: 2022 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/358472802>.
17. Rodríguez López P. *El papel del psicólogo en la rehabilitación de pacientes psiquiátricos* [Internet] [Tesis de licenciatura]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2016 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TESO1000749157/3/0749157.pdf>.
18. Fernández Catalina P, Ballesteros Pérez F. *La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria*. EduPsykhé [Internet]. 2017 [citado el 21 junio de 2025]; 16(1):15-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428606>.
19. Luna Cruz CA. Revisión Sistemática de Programas de Rehabilitación Psicosocial para Esquizofrenia. Diseños de Intervención y Prevención para Población Mexicana [Internet] [Tesis de licenciatura]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; 2018 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/jspui/bitstream/20.500.14330/TESO1000775418/3/0775418.pdf>.
20. Grupo de Trabajo de la Sección de Rehabilitación de la AEN. Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012 [citado el 22 junio de 2025]. Cuadernos Técnicos, 16. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Hacia-reformulacionrehabilitacionpsicosocial.pdf>.
21. González Cases J, Rodríguez González A. Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. Clín Salud [Internet]. 2010 [citado el 22 junio de 2025]; 21(3): 245-259. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a09.pdf>.
22. Gisbert Aguilar C, Coordinadora. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003 [citado el 22 junio de 2025]. Estudios, 28. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocial-tratamientointegral.pdf>.
23. Robles García R, Medina Dávalos R, Páez Agraz F, Becerra Rodríguez B. Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves. Salud Mental [Internet]. 2010 [citado el 22 junio de 2025]; 33:67-75. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2010/sam101h.pdf>.
24. Casas E, Escandell MJ, Ribas M, Ochoa S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2010 [citado el 22 junio de 2025]; 30 (105): 25-47. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n1/02.pdf>.
25. Navarro Bayón D. Rehabilitación psicosocial para enfermos mentales graves en contextos rurales: alternativas a los modelos tradicionales. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. [2003] [citado el 22 junio de 2025]; (86): 105-122. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n86/n86a08.pdf>.
26. Cuevas Yust C, Hernández Esteban F. Función del psicólogo clínico en la rehabilitación psicosocial del enfermo mental crónico en el ámbito comunitario. Apuntes de Psicología [Internet]. 1993 [citado el 22 junio de 2025]; 38-39:163-81. Disponible en: <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/1148/799>.
27. López Álvarez M, Laviana Cuetos M. Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: algunas consideraciones críticas y una propuesta de guion para el debate [Internet]. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2017 [citado el 22 junio de 2025]; 37(131):257-276. Disponible en: doi: 10.4321/S0211-57352017000100015.
28. Maynard WHC, de Albuquerque MCS, Brêda MZ, Silva DSD, de Santana HP, Brandão LDS. Escucha cualificada a familiares de usuarios en un centro de atención psicosocial. Salud Mental [Internet]. 2024 [citado el 22 junio de 2025]; 47(2):89-95. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252024000200089&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
29. Guinea R. Rehabilitación psicosocial, perspectivas en el mundo. TRAMAS [Internet]. 2015 [citado el 22 junio de 2025]; (43):13-39. Disponible en: <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/748/743>.
30. Hernández Monsalve M. La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2017 [citado el 22 junio de 2025]; 37(131):171-187. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010.