

PUBLICADO COMO:

Fernández Liria A, González Cases J. Rehabilitación psicosocial en los trastornos esquizofrénicos. Sáiz Ruiz J. Esquizofrenia. Enfermedad del cerebro y reto social. Barcelona: Masson, 1999: 207-214

ISBN: 84-458-0771-4



PSIQUIATRÍA MÉDICA

Dirigida por: Jerónimo Sáiz Ruiz

Esquizofrenia

Enfermedad del cerebro y reto social

Jerónimo Sáiz Ruiz

MASSON

La rehabilitación psicosocial en los trastornos esquizofrénicos

Alberto Fernández Liria *
Juan González Cases **

DIRECCIÓN DE CONTACTO

Alberto Fernández Liria
Fernán González 79, 6^a C
28009 MADRID

* Psiquiatra. Universidad de Alcalá de Henares. Hospital Príncipe de Asturias (Madrid)

** Psicólogo. Director del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá (Madrid)

INTRODUCCIÓN

Las últimas décadas han contemplado una importante transformación de las ideas sobre el curso de la esquizofrenia y las formas intervenir para modificarlo. Los estudios de evolución a largo plazo de los trastornos esquizofrénicos pusieron en tela de juicio el mito - fruto de un error metodológico en la observación clínica - del curso por necesidad progresivamente deteriorante y del inexorable mal pronóstico de los estos trastornos (1). La formulación de los modelos de vulnerabilidad (2-6) proporcionó una base para ordenar el conocimiento acumulado sobre la influencia de diversos factores de índole biológica, psicológica y social sobre este curso. Sobre esta base hemos asistido al desarrollo de estrategias de rehabilitación que han supuesto un aporte sustancialmente nuevo, complementario de las intervenciones terapéuticas (biológicas o psicosociales) mas tradicionales.

Bajo el paraguas semántico de la *rehabilitación psiquiátrica* o la *rehabilitación psicosocial de los trastornos psiquiátricos* (que, aquí, consideraremos sinónimos) se han desarrollado en todo el mundo, programas, a veces muy diferentes entre sí, que han modificado las expectativas y los resultados de la atención a los trastornos esquizofrénicos en la era de la desinstitutionalización. Una cantidad creciente de recursos se emplean actualmente en este tipo de trabajo. A una fase inicial de inconsistencia teórica le ha sucedido el desarrollo vertiginoso de todo un cuerpo de doctrina, bien contrastado empíricamente y expuesto en un despliegue impresionante de publicaciones.

A pesar de que este desarrollo teórico y práctico debe mucho más que el término a una disciplina con tanta tradición médica como la rehabilitación (física), lo cierto es que, en general, se ha producido de la mano de los psicólogos y raramente se ha incluido ni una referencia en la formación académica de los médicos ni en la de postgrado de los psiquiatras.

El presente trabajo no pretende resumir, ni siquiera servir de guía en esta ingente producción a la que venimos refiriéndonos. Su objetivo es sencillamente situar (respecto a otras prácticas más familiares al público médico al que se dirige) el campo de la *rehabilitación psicosocial*. La primera parte del artículo se dedica a esta tarea de delimitación conceptual. En la segunda parte se describen las fases que integran un proceso de rehabilitación en un intento de proporcionar una idea acerca del tipo de actividades desarrolladas por los profesionales de la rehabilitación.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

La rehabilitación psicosocial constituye una de las vías posibles - con su propia lógica y sus propios principios- de actuación sobre las personas que sufren trastornos mentales. Un procedimiento de aproximarnos a su definición es delimitarla con respecto a otras formas de intervención.

En primer lugar la rehabilitación se diferencia del **tratamiento** - de cualquier tipo - en que mientras este pretende actuar sobre las causas, sobre la naturaleza misma de los trastornos, la rehabilitación pretende hacerlo sobre las consecuencias.

Se admiten tres tipos de consecuencias de los trastornos sobre los que la rehabilitación debería actuar. En primer lugar los **deterioros** que son las pérdidas o anomalías en el

funcionamiento neuropsicológico de la persona como consecuencia de una enfermedad. Constituyen también, en parte, objetivos del tratamiento. En segundo lugar las **discapacidades**, consistentes en la pérdida de hábitos y habilidades en la vida cotidiana (en esferas como la *higiene, autocuidado, trato personal, trabajo, u organización del tiempo libre*). Constituyen el objeto principal de la rehabilitación. Por fin las **minusvalías** que son las desventajas sociales que experimentan el paciente y su familia como consecuencia de padecer un trastorno mental (*falta de reconocimiento legal para prestaciones socioeconómicas, falta de alternativas laborales y residenciales, estigma y rechazo social, aislamiento social, falta de apoyo afectivo*) (7-9). Son también objeto de otras actuaciones como las políticas sociales de igualdad, discriminación positiva y promoción social.

Frecuentemente se confunde rehabilitación con la **reinserción**. La rehabilitación es el proceso de recuperación de roles sociales e instrumentales a través de procedimientos de aprendizaje y provisión de soportes sociales (8). La reinserción, en cambio es el conjunto de procesos por los que se logra incrementar la participación del sujeto en áreas significativas de la vida social. Como es obvio esta puede lograrse sin mediar recuperación alguna. Además, la rehabilitación no tiene por qué culminar en reinserción como tampoco en la reubicación de los pacientes (11). A veces frenar el deterioro y evitar futuras pérdidas en otro terreno constituye el objetivo de un plan de rehabilitación.

También debe distinguirse la rehabilitación de los **cuidados**. La rehabilitación se orienta a ayudar al sujeto a recuperar o impedir el progreso de sus déficits, mientras que los cuidados pretenden suplir esos déficits, hacer que el sujeto pueda vivir con ellos gracias a la ayuda de otras personas que actúan como *cuidadores*. La mayor parte de los programas de *case management*, muchos de los titulados de *apoyo social* y, por supuesto, los de enfermería comunitaria, son programas de cuidados (12).

Una vez situada la rehabilitación psicosocial respecto a otras prácticas de atención podemos definirla, (reconociendo la gran cantidad y variedad de definiciones de rehabilitación al uso, el poco consenso profesional sobre la más válida y la frecuente constatación de prácticas llamadas rehabilitadoras que poco o nada tienen que ver con lo que en realidad es la rehabilitación) como "(...) aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible" (13). O en otras palabras, la rehabilitación sería aquel proceso que, a través del desarrollo de habilidades o competencias personales y la creación de soportes sociales en el ambiente, favorecería la mejora de la calidad de vida de las personas que a consecuencia de una enfermedad mental ven restringidas sus posibilidades de desarrollo personal y social.

Algunos de los principios que deben guiar cualquier acción en rehabilitación son los siguientes (14, 15).

- * la persona que sufre una enfermedad mental es un ciudadano con todos los derechos que la sociedad reconoce a sus miembros (derecho a la educación, al trabajo, a la libertad, a la salud, etc.).

- * las consecuencias de su enfermedad, discapacidades o minusvalías, deben ser compensadas de tal forma que propicien pautas de vida lo más normales posibles dentro de su comunidad natural.

- * cada individuo es único por lo que su proceso de rehabilitación debe ser particular, los apoyos solamente los que necesite y su grado de autonomía e independencia el mayor posible dentro de sus capacidades.

* la persona en proceso de rehabilitación debe participar activamente, no "pacientemente", en todas y cada una de sus fases, y en todas y cada una de las decisiones que afecten a su vida.

FASES

Habitualmente la literatura sobre rehabilitación (7, 8, 16-18) diferencia en el proceso de rehabilitación tres fases: evaluación, planificación e intervención. Dichas fases, como todo en rehabilitación, se supeditan y adaptan a las características individuales de cada persona que está en un proceso de rehabilitación y al momento particular de ésta. Es por tanto que no existen reglas fijas en el devenir de la rehabilitación, siendo lo más frecuente, como afirma Liberman (7), que las diferentes fases se solapen y que continuamente discurremos de una a otra durante todo el tiempo que una persona está inmersa en un proceso de rehabilitación.

Brevemente comentaremos algunas peculiaridades de cada fase:

EVALUACION

La evaluación en rehabilitación sería aquella fase de recogida y análisis de datos que nos permita realizar un plan individualizado de rehabilitación. La recogida de datos se puede realizar por diversos métodos e instrumentos: informes, entrevistas, inventarios, ensayos conductuales, escalas, observación, etc. De todos los métodos, es la observación directa en

diferentes contextos el más recomendable, ya que cada ambiente especifica cada conducta (17).

La evaluación en rehabilitación psicosocial se articula sobre dos ejes que se interrelacionan continuamente (19):

a.- Habilidades del sujeto referidas no sólo a inhabilidades o déficit que presenta la persona en su funcionamiento, sino también habilidades y competencias que el sujeto aun conserva en su repertorio. Parece importante diferenciar en la evaluación aquellas habilidades que el sujeto no ejerce por no poseerlas de aquellas que si posee pero no ejerce por no estar motivado (17), por no ser funcionales en su ambiente, por su sintomatología psiquiátrica (por ejemplo no salir a la calle por un delirio de persecución), o por cualquier otro motivo.

b.- Ambientes específicos en los que interactúa o se prevé que vaya a interactuar el sujeto a lo largo de su proceso de rehabilitación e integración en la comunidad. Dicha evaluación debe especificar tanto las demandas que los diferentes ambientes ejercen sobre el usuario, poniéndolas evidentemente en relación a la capacidad o competencia del sujeto para afrontarlas, como los apoyos que en dicho ambiente se dan o se podrían instaurar hacia el sujeto. Es fundamental que los ambientes donde el sujeto vaya a funcionar sean aquellos que él elija o decida (8-16).

Aunque ésto no se consiga en un primer momento, debemos disponer todos los medios posibles para que el sujeto vaya tomando conciencia de su problema y empezando a decidir sobre los diferentes aspectos que le afectan. Instigar a que decida, presentar diferentes alternativas, buscar el consenso, romper el rol de profesional que decide sobre un usuario pasivo, presentándose como un profesional que no decide sino que ayuda a conseguir lo que

decide el sujeto, atender y recoger las demandas que se hacen al servicio, etc., son estrategias que se pueden y se deben implementar no sólo en la evaluación sino a lo largo de todo el proceso de rehabilitación.

Un aspecto importante en la evaluación que está ampliamente aceptado es explorar con especial atención el funcionamiento que tenía el usuario antes de iniciarse la problemática psiquiátrica. "El modo como el paciente haya reaccionado en el pasado indica cómo lo hará en el futuro, qué intervenciones tendrán probablemente éxito y cómo se debe proceder en las mismas."(18).

Una característica inherente a la evaluación y en concreto a sus conclusiones, es su carácter provisional en dos sentidos (17): debe profundizarse en la evaluación a lo largo de todo el proceso de rehabilitación y puede cambiar en la medida que también cambian las circunstancias personales del sujeto.

Un aspecto sobre el que no existe acuerdo es el de si el diagnóstico médico-psiquiátrico debe formar parte de la evaluación en rehabilitación. Frente a Liberman (7), que afirma que el diagnóstico psiquiátrico, junto a la evaluación global funcional, debe conformar la evaluación, otros autores, aun reconociendo la importancia que los aspectos médico-psiquiátricos tienen en todo el proceso de rehabilitación, conciben esta fase exclusivamente como una evaluación exclusivamente funcional.

Algunas de la áreas que se contemplan en la evaluación son: demandas y motivación, capacidades cognitivas básicas (atención, memoria, concentración, etc.), historia de crisis e ingresos psiquiátricos (desencadentantes, pródromos, sintomatología, intervenciones realizadas, etc.), autonomía en la medicación, ambiente familiar, desenvolvimiento en el entorno de su comunidad, control de la ansiedad, relaciones sociales, manejo en la vivienda,

hábitos de salud, autonomía económica, habilidades laborales (de búsqueda, consecución y mantenimiento de un empleo), etc.

PLANIFICACION

Esta fase es inmediatamente posterior y consecuencia de la fase de evaluación. La información de la evaluación fundamenta el plan de rehabilitación que especifica los cambios personales o ambientales que se deben dar para conseguir los objetivos de rehabilitación. También identifica los responsables de la implementación de las diversas partes del plan.

Evidentemente es la individualidad la característica fundamental de esta fase: cada persona tendrá su plan concreto, con sus objetivos particulares y sus estrategias de intervención adaptadas a las características de la persona.

Como afirma Shepherd (17) dicho plan es sólo una hipótesis y como tal es provisional debiendo ser puesta a prueba y por tanto reformulándola tantas veces como sea necesario a lo largo del proceso de rehabilitación.

El plan individualizado de rehabilitación deberá estar temporalizado de alguna forma. Bien en objetivos a corto, medio y largo plazo, bien por objetivos prioritarios o bien por objetivos generales y específicos con diferentes niveles de prioridad.

Un aspecto esencial e imprescindible para el desarrollo del plan es que éste sea consensuado y compartido entre el profesional y el cliente y que además recoja inequívocamente las demandas y/o necesidades que el propio usuario manifiesta. No hacerlo así avocaría al fracaso todo el proceso de rehabilitación. Dicho consenso también habría que hacerlo extensible a los diferentes recursos y profesionales que están implicados en la atención a la persona (equipos de Salud Mental, Servicios Sociales, etc.) (20).

INTERVENCION

La fase de intervención consiste en la implementación del Plan Individualizado de Rehabilitación a través fundamentalmente del desarrollo de habilidades personales y disponiendo, en los diferentes ambientes donde va a funcionar la persona, de los apoyos necesarios.

El desarrollo de habilidades, en función de que las posea o no, se puede realizar por dos procedimientos complementarios: enseñar directamente las habilidades y/o programar, paso a paso, el uso en un ambiente concreto de estas habilidades (16). En cuanto al formato, éste puede ser individual o grupal (grupos de entrenamiento en habilidades sociales, en control de ansiedad, en autoadministración de la medicación, en hábitos de trabajo, en capacidades cognitivas, en uso de transporte, en manejo en la vivienda, en cocina, etc.).

La tecnología utilizada a la hora de enseñar a las personas a desempeñar nuevas habilidades se basa en los principios del aprendizaje y del análisis y modificación de la conducta. Las técnicas específicas más utilizadas son las instrucciones, el modelado, el moldeamiento, el feedback, el role-playing, los contratos de conducta, el control estimular, etc. y todas las derivadas del manejo de contingencias (refuerzo y castigo).

Las intervenciones sobre el ambiente se centran fundamentalmente en la familia a través de intervenciones individuales o grupales en sus distintas modalidades: *psicoeducativos* que fundamentalmente proveen de información sobre la problemática psiquiátrica, de *entrenamiento en habilidades* que pretenden capacitar a los familiares en comunicación, resolución de problemas y manejo de situaciones problemáticas en la convivencia diaria, de *apoyo* que pretenden ofrecer descarga y apoyo emocional a los familiares, y *globales* que contemplan en un solo programa todos los anteriores.

Otras intervenciones que inciden en el ambiente son las que se realizan sobre recursos comunitarios para adaptar éstos a las características del usuario (modificación del recurso y/o disposición de apoyos en él).

La individualidad debe también presidir las intervenciones, tanto en el desarrollo de habilidades personales, como en la intervención sobre ambientes (familia y recursos comunitarios). Así la intervención con un formato grupal debe responder a las necesidades, objetivos y peculiaridades de cada persona participante en él. La intervención sobre recursos exige una búsqueda del recurso más idóneo para cada persona y una planificación individualizada de la incorporación a él.

Como afirma Liberman (7) es importante establecer un registro regular y continuo del proceso de cambio para ir comprobando los progresos y consecución de objetivos e ir modificando tanto las intervenciones como los objetivos.

Una vez cumplidos los objetivos que se establecieron en el Plan Individualizado de Rehabilitación parece necesario dedicar un tiempo al seguimiento de éstos para comprobar si los beneficios alcanzados tras la intervención se mantienen. La intensidad y duración del seguimiento estarán condicionadas a las características particulares de cada persona y de su medio, y en la medida en que no se den retrocesos en el nivel alcanzado habrá que ir disminuyendo progresivamente el seguimiento.

CONCLUSIONES

La rehabilitación psicosocial hay que entenderla como un proceso, no como algo con inicio y fin predeterminado. Es algo cambiante en el tiempo. No se puede plantear: el sujeto X se ha rehabilitado o el sujeto Y no se ha rehabilitado. La rehabilitación hay que enmarcarla en el tiempo y en el espacio cambiantes del devenir vital de las personas (acción de ir hacia delante, de progreso). El éxito en rehabilitación será por tanto un criterio indeterminado genéricamente, que sólo podrá ser operativizado cuando se traduce a términos individuales. Siguiendo a Shepherd (17,21): "el criterio de éxito en rehabilitación es que el individuo consiga la mejor adaptación de que sea capaz, y puede esto significar, o no, un desarrollo en su funcionamiento. En casos extremos puede sólo significar una reducción en el ritmo de deterioro. Incluso ésto constituye un éxito rehabilitador". Este éxito en rehabilitación sólo es conseguible asegurando una buena práctica, que debe estar sustentada en unas bases conceptuales claras y en dos condiciones fundamentales (22):

- . cada paso en rehabilitación ha de ser diseñado a medida para cada persona en sus ambientes específicos
- . el proceso de rehabilitación ha de estar enmarcado en un sistema amplio de cuidados que no se olvide de los más crónicos.

En resumidas cuentas, la rehabilitación psicosocial, junto a otras modalidades de atención, debería dar respuestas múltiples, variadas e individualizadas a las tres grandes preguntas que, siguiendo a Saraceno (23), son las relevantes en la vida de las personas: ¿dónde vivir?, ¿de qué vivir? y ¿con quién vivir?

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Harding CM, Zubin J, Strauss JS. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact or artifact? *Hospital & Community Psychiatry* 1987; 38: 477-486.
- 2.- Leff J. A model of schizophrenic vulnerability to environmental factors. In Hafner H, Gattaz WF, Janzarik W: Berlin: Springer-Verlag 1987: 317-330.
- 3.- Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenia episodes. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10: 300-312.
- 4.- Ochoa EFL, Vázquez C. Modelo de vulnerabilidad y esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*. 1989; 1: 3-8.
- 5.- Zubin J, Steinhauer S. How to break the logjam in schizophrenia; a look beyond genetics. *The Journal of nervous and mental disease* 1981; 169: 477-494.
- 6.- Ciompi L. The dynamics of complex biological-psychological systems; four fundamental psycho-biological mediators in the long-term evolution of schizophrenia. *British J Psychiatry*. 1989; 155 (Supp 5): 15-21.

- 7.- Liberman RP. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. Boston: Paul Liberman 1988 (Trad cast: Afrontar Los trastornos mentales crónicos: un marco para la esperanza. En Liberman RP .Rehabilitacion integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca 1993: 23-43)
- 8.- Anthony WA, Liberman RP. Principles and practice of psychiatric rehabilitation. En Liberman RP(ed.).Handbook of psychiatric rehabilitation. Boston: Allyn and Bacon 1992:1-29.
- 9.- Rebolledo S. El programa de rehabilitación en los servicios de salud mental. Siso/Saude Supl 5 1993
- 10.- Desviat M. La reforma del hospital psiquiátrico; del hospital al área de salud. Psiquiatría Pública 1992, 4: 3-16.
- 11.- Watts FN Socialization and Social Integration. En Watts FN, Bennet DH (comp) Theory and practice of psychiatric rehabilitation. Chistester: Wiley 1983: 289-310. (Trad cast: Socialización e integración social. En Watts FN, Bennet DH (comp.). Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica. México D.F.: Limusa S.A.,1990:320).
- 12.- Fernández Liria A.Los programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos: un modelo de *case management* para la reforma psiquiátrica en Madrid. La Rehabilitació Psicosocial Integral a la Comunitat i amb la Comunitat 1995, 1: 32-36

- 13.- Rodríguez González A. Sobre la Rehabilitación Psicosocial: Reflexiones y perspectivas. Boletín AMRP 1994,0: 3-9.
- 14.- Fernández Chavero JM. Los principios de la rehabilitación. Bolletín informativo AFAEPS 1995; 3: 38-40.
- 15.- Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. Am J Psychiatry 1992; 149 (11): 1455-1463.
- 16.- Anthony WA, Cohen M, Farkas M. Psychiatric rehabilitation. Boston: Center for psychiatric rehabilitation 1990:76-82.
- 17.- Shepherd G. Planning the rehabilitation of the individual. En Watts FN, Bennett DH. Theory and practice of psychiatric rehabilitation. Chichester: Wiley, 1988: 319-348. (Trad cast: Planificación de la rehabilitación del individuo. En Watts FN y Bennett DH (comp.). Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica". México D.F.: Limusa, 1990:353-372).
- 18.- Wing J. Esquizofrenia. En Watts FN, Bennett DH (Comp.). Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica. México D.F.: Limusa, 1990:59-78.
- 19.- Fernández Blanco J, González Cases J. Un caso práctico de rehabilitación psicosocial. Psiquiatría Pública 1994; 6(1): 31-36.

20.- Fernández Aguirre MV, González Cases J, Guerrero M. La rehabilitación psicosocial: un modelo de intervención. *Análisis y modificación de conducta* 1990; 50: 489-505.

21.- Lamb R. A century and a half of psychiatric rehabilitation in the United States. *Hospital and Community Psychiatry* 1994; 45 (10):1015-1020.

22.- Wallace CJ. Psychiatric Rehabilitation. *Psychopharmacology Bulletin*. 1989; 29(4): 537-548.

23.- Saraceno B y Montero F. La rehabilitación entre modelos y práctica. En Aparicio Basauri V (coord.). *Evaluación de los servicios de Salud Mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1993: 313-321.