



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo final de grado
Tutora: Gabriela Etcheverry
Instituto de Psicología Social**

**Rehabilitación y Habilidad Psicosocial.
Dos modelos de abordaje terapéutico a los
padecimientos de personas diagnosticadas
con Psicosis.**

María Belén Negro Viotti.

Cédula de Identidad: 4.625.268-5

Montevideo, mayo de 2017

Índice

Agradecimientos	3
Resumen	4
Introducción	5
1. Descripción de los centros.....	5
1.1) Centro de Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP).....	5
1.2) Laboratorio Uruguayo de Habilidadación Psicosocial (CIPRES).....	8
2. TMSP y Rehabilitación.....	10
2.1) TMSP: Esquizofrenia.....	10
2.2) Conceptos generales acerca la de rehabilitación.....	13
3. Rehabilitación Psicosocial	14
4. Modelos de intervención psicosocial	18
5. Los abordajes terapéuticos	23
5.1) En Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica	23
5.2) En CIPRÉS	25
6. Comparaciones críticas	26
Referencias bibliográficas	30

Agradecimientos

Este trabajo pudo ser realizado gracias al apoyo de los técnicos tanto del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica como a los del Laboratorio Uruguayo de Habilidad Psicosocial. Les agradezco a ellos por abrirme las puertas de los centros cuando lo necesité, por dejarme formar parte de los grupos terapéuticos y de las demás actividades que me han sido tan enriquecedoras.

Resumen

En el presente trabajo se pretende realizar una comparación crítica acerca de los modelos de intervención psicosocial en personas que han sido diagnosticadas con trastorno mental severo y persistente y, específicamente, en usuarios con psicosis.

Para ello, se presentan los diferentes modelos de intervención psicosocial con los que se trabaja en salud mental: Modelo Asistencial, Modelo Médico-Rehabilitador y Modelo de Recuperación.

Se toma como punto de partida mi experiencia en dos centros de rehabilitación-habilitación psicosocial (Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica y Laboratorio Uruguayo de Habilitación Psicosocial), para posteriormente exponer los distintos abordajes terapéuticos utilizados en ellos a partir de los modelos anteriormente mencionados.

Palabras clave: Rehabilitación psicosocial, habilitación psicosocial, abordajes terapéuticos, modelos de intervención psicosocial, psicosis.

Abstract

This thesis intends to make a critical comparison between psychosocial intervention models in individuals who have been diagnosed with severe and persistent mental disorder, and specifically in users with psychosis.

For that purpose, the different models of psychosocial intervention which are used in mental health are hereby presented: Healthcare Model, Physician-Rehabilitator Model, and Recovery Model.

My experience in two psychosocial rehabilitation-enablement centres (Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica and Laboratorio Uruguayo de Habilitación Psicosocial) is taken as a starting point to then present the different therapeutic approaches used in these centres from the above mentioned models.

Key words: Psychosocial rehabilitation, psychosocial enablement, therapeutic approaches, psychosocial intervention models, psychosis.

Introducción

Tomando como punto de partida la experiencia en la que tuve la oportunidad de participar, en el año 2015, en el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica asistiendo, entre otras actividades, a los grupos terapéuticos me planteé interrogantes vinculadas a las siguientes cuestiones como, por ejemplo: de qué manera los grupos terapéuticos ayudan a que la persona mejore sus vínculos, ya sea con la familia o con personas ajenas a ella; qué elementos, a favor o no, se ponen en juego cuando asiste la familia de las personas a los grupos y si esto es beneficioso para el proceso de trabajo. Otra de las cuestiones que me he planteado refiere a si la conformación de los grupos debería ser homogénea o heterogénea, o cuál sería el sustento para utilizar uno u otro, teniendo en cuenta la presencia o no de la familia. Pretendo hacer hincapié en la importancia de los grupos terapéuticos en personas que han sido diagnosticadas con trastornos mentales severos, específicamente con esquizofrenia, y cómo este tipo de dispositivo ayuda, acompaña e impulsa a la persona hacia la mayor calidad de vida posible. Propongo, por otro lado, generar una crítica sobre el abordaje de los grupos terapéuticos en personas diagnosticadas con psicosis, teniendo en cuenta dos ejemplos específicos, el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP), en el cual realicé la pasantía «Rehabilitación Psicosocial en Psicosis» en el año 2015, y el Laboratorio Uruguayo de Habilitación Psicosocial (CIPRÉS), al cual asisto actualmente como técnica.

1) Descripción de los centros

1.1) Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP)

En «Modelo de centro de rehabilitación psicosocial» de (2007) se explicita:

El Centro de Rehabilitación Psicosocial es un dispositivo incluido en la tipología general de «Centro de día» recogida en el artículo 24 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, cuya función es facilitar los procesos de rehabilitación y ofertar el soporte necesario para una adecuada integración social de las personas diagnosticadas de una enfermedad mental grave y persistente. (p. 25).

Algunas características básicas que debería tener un centro diurno son: estar incluido en la comunidad, para así facilitar la convivencia y las tareas a realizar; si es posible, se pretende que las actividades sean externalizadas y que no solo permitan incluir a la persona a la sociedad (y no funcionar como suministrador de prestaciones de los usuarios). Con esto, nos referimos a programas como los de inclusión,

programas de vivienda y demás, en los cuales son los usuarios quienes trabajan para lograr estos objetivos, dejando a un lado el modelo asistencialista que se utilizaba anteriormente, donde se pensaba a la persona con discapacidad como improductiva, teniendo la familia y la sociedad que hacerse cargo de él desde un lugar de beneficencia.

Se pretende, de esta manera, incluir a las personas con patologías crónicas y severas dentro de la comunidad de la forma más saludable posible.

Ignacio Porras en *Unión de Familiares. Un camino esperanzador* (2009) señala «El Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP) es una institución extra hospitalaria, para personas con trastornos psiquiátricos severos y persistentes. Depende de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. Atiende a una población con trastornos mentales severos como la esquizofrenia», (p. 173).

Dicho centro cuenta con dos programas centrales: el centro diurno y el Taller El Ceibo. Durante el día, este propone diferentes actividades que se adaptan al perfil particular del usuario, teniendo, por ejemplo: técnicas expresivas, psicoterapia grupal, dinámicas grupales, taller de música, expresión corporal, terapia ocupacional, reuniones multifamiliares, psicoeducación y actividades recreativas.

Los objetivos específicos que este centro plantea en su web Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (2015) son los siguientes:

- 1.- Puesta en marcha de los Programas de Centro de Día y Taller Protegido, fomentando el diálogo y el desarrollo del espíritu de equipo, hacia una visión compartida.
- 2.- Fomentar la inserción social, familiar y ocupacional de los usuarios en rehabilitación.
- 3.- Evaluar, apoyar y promover el desarrollo de las experiencias de rehabilitación en el interior de la República.
- 4.- Coordinar con otras instituciones públicas y privadas relacionadas con la actividad del CNRP y su área de proyección, para optimizar recursos humanos,
- 5.- Avanzar en la unificación, sistematización y planificación a nivel nacional de la rehabilitación psíquica.

Los programas en los que trabaja el CNRP son ocho, los cuales se especifican en la web oficial del centro. Ellos tienen en especial consideración las características de los usuarios que allí acuden:

- Programa Timbó, donde se realiza la evaluación clínica, social y psicológica inicial de los usuarios para realizar un proceso de rehabilitación. Posteriormente, se realizan actividades como, por ejemplo, el diseño de un Plan Individual, reuniones con los postulantes en un grupo de pre-ingreso y encuentros con todos los familiares o referentes.
- Programa Laurel, donde se fomenta la autonomía, la adaptación funcional, social e individual. Los usuarios son preferentemente jóvenes, recientemente diagnosticados, que resguardaron capacidades retraídas por la enfermedad.
- Programa Anacahuita, donde se intenta que se construya un proyecto de vida pensado por el usuario, más allá de su enfermedad. Los usuarios que integran este programa fueron diagnosticados hace mucho tiempo, con disminución de las funciones cognitivas, por retraimiento y baja estimulación.
- Programa Ombú, donde la Rehabilitación es para personas con Trastorno mental severo y persistente (de aquí en más TMSP) mayores de 60 años. Se promueve un envejecimiento de forma positiva donde la persona se sienta y sea realmente lo más autónoma posible.
- Programa Sarandí, en el cual se realiza un seguimiento de las personas que han pasado anteriormente por un proceso de rehabilitación, con el fin de promover su inclusión socio-comunitaria.
- Programa Ceibo, donde el objetivo principal es la inclusión laboral de los usuarios.
- Programa Jacarandá, un club psicosocial donde se ofrecen diversas actividades para que el usuario logre un buen uso del tiempo libre, al cual acceden los usuarios de todos los programas, menos de Timbó.
- Programa Arrayán, el cual conforma un Programa Nacional de Vivienda y Promoción de Autonomía donde se promueve la vida digna del usuario. Pueden participar todos los usuarios del centro y de otras instituciones que hayan sido indicados por los técnicos.

En resumen, la finalidad del centro es que sus usuarios puedan reactivar sus recursos para una vida socialmente activa, que sean capaces de elegir qué actividades quieren hacer en su tiempo libre, que puedan estudiar, trabajar, ya sea con ayuda o, si es posible, de manera autónoma.

1.2 Laboratorio Uruguayo de Habilitación Psicosocial (CIPRÉS)

CIPRÉS tuvo su comienzo en el año 1988 en el Hospital de Clínicas, en la Policlínica de la Clínica Psiquiátrica (Prof. Enrique Probst) de la Facultad de Medicina.

CIPRÉS (2017), en su página web, refiere a sus objetivos iniciales de la siguiente manera:

[...] la inclusión de la asistencia del paciente psiquiátrico severo en el hospital general y la búsqueda de abordajes novedosos tanto psicoterapéuticos como psicosociales, donde se pusiera énfasis en la inclusión social y cultural del paciente y su familia y no en el síntoma o diagnóstico médico, el cual implica un mismo tratamiento para todos dejando a un lado lo humano.

CIPRÉS trabaja junto a la Universidad de la República, el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Salud Pública, la Intendencia Municipal de Montevideo y la Asociación Civil CIPReS Multifamiliar bajo el programa P.A.NA.C.E.A., el cual se lleva a cabo también en coordinación con el Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, la red INTERCENTROS y otros colectivos vinculados a la rehabilitación, salud mental y derechos humanos. Desde el área multifamiliar se vincula a nivel internacional con los distintos multicentros (Argentina, Italia, España y Portugal) del Instituto Virtual e Internacional de Psicoanálisis Multifamiliar Dr. Jorge García Badaracco.

Es la única comunidad terapéutica psicoanalítica del país para pacientes con trastornos mentales graves que incluye abordaje psicoanalítico en grupos terapéuticos de pacientes, psicoanálisis multifamiliar y talleres de arte, articulados con actividades docentes, de investigación, extensión y neoinserción social e incluyendo la participación activa de los familiares en la coordinación del centro. (Porras, 2009, p.169)

En el centro trabajan más de veinte técnicos bajo el perfil de egresados y estudiantes de medicina, psiquiatría, psicología, bellas artes, humanidades y un familiar referente en el área multifamiliar. Actualmente, forman parte del centro más de sesenta familias a las cuales se les ofrece una forma de habilitación adaptada a cada usuario o familia particular.

Debemos tener en cuenta que si bien en sus comienzos este centro se denominó de rehabilitación, ya no se habla de un proceso únicamente de rehabilitación sino que se incluye el concepto de habilitación, ya que se considera que en la rehabilitación hay una búsqueda de que la persona *vuelva a ser la que era antes*, mientras que en la habilitación se piensa en la persona como alguien que se construye a partir de lo que es hoy, potenciándose, de esta manera, los aspectos actualmente saludables.

Ignacio Porras (2009), continuando con lo planteado por el centro, indica:

Los conceptos que guían nuestra tarea se basan en la idea que, sosteniendo estructuras técnicas validadas y que reproducen la pluralidad de vínculos personales, profesionales, familiares y sociales, cada individuo que vive en ella, en y desde la comunidad, podrá atenuar el sufrimiento individual y colectivo a través de un cambio genuino y estable, en sus recursos psíquicos y sociales disponibles. (p. 170),

Hay tres dispositivos principales en los cuales se trabaja específicamente en la habilitación psicosocial. Por un lado, se encuentran los Grupos Multifamiliares, los cuales son imprescindibles y obligatorios para poder concurrir al centro. A este espacio acuden los usuarios con su familia o grupo de apoyo, es decir, aquellas personas que se tomen como referente y acompañante de este proceso, ya que ellos son parte de él. Por otro lado, se encuentra un espacio al cual se le denomina Grupo Chico, al que concurren solamente los usuarios del centro, sin sus familias. Se trabajan temas que por diversos motivos no se entiende pertinente trabajarlos en los grupos multifamiliares, ya sea por vergüenza y/o pudor, como por ejemplo temas referidos a lo sexual o que involucren a algún integrante de su grupo de apoyo que asista al grupo multifamiliar. A su vez, estos grupos no son obligatorios y hay varios horarios buscando que sean más restringidos en cuanto a la cantidad de personas que asisten. Por último, hay diversos talleres opcionales, a los que todos los integrantes tanto técnicos como usuarios pueden concurrir. Los talleres son de plástica, literatura, música, telar y se está creando un espacio social-creativo.

En la web oficial del centro CIPRÉS (2017) se da cuenta de la importancia que se le da a la inclusión de las artes. «Inicialmente con el Taller de Escritura en 1995 y, posteriormente, con los Talleres de Música, Modelaje, Plástica, y Cine-Foro. Estos talleres cuentan con la colaboración de la Facultad de Humanidades y de Bellas Artes desde su inicio y, en los últimos años, con el involucramiento activo del Ministerio de Educación y Cultura (MEC), a través de la Dirección Nacional de Cultura y el Departamento de Ciudadanía.

En la misma página web de este centro se plantea una concepción particular del sufrimiento psíquico, lo cual lo hace muy innovador.

Este sufrimiento no se limita al individuo sino que incluyen al sujeto, su familia y la sociedad donde habita, aspecto importante que se conceptualizó desde los inicios de la experiencia. Se comenzó a trabajar desde esta perspectiva a inicios del año 2002 en las Asambleas Multifamiliares de CIPRÉS. Se reencuadra posteriormente (año 2005) dentro del marco teórico del Psicoanálisis Multifamiliar (PM) al ligarse y participar activamente de todos los intercambios académicos del Instituto Internacional y Virtual de PM, integrado por Argentina, Uruguay, Portugal, España e Italia. (CIPRÉS, 2017)

Los estudios que se han realizado en CIPRÉS han sido publicados y presentados, nacional e internacionalmente, mostrando una mejoría en la calidad de vida de los usuarios que recibieron tratamiento farmacológico combinado con el abordaje de rehabilitación psicosocial. (Porras, 2009).

Porras (2009) da cuenta cómo a lo largo de los años «[...] varios de estos estudios (1992; 2006) otorgan evidencia científica respecto a una reducción de la tasa de internación y de requerimiento de medicación psicofarmacológica de las personas en rehabilitación en CIPRÉS». (p. 172).

2) TMSP y Rehabilitación

2.1) TMSP: Esquizofrenia

Acerca de los trastornos mentales severos y persistentes (TMSP) o también denominados como trastornos mentales graves y persistentes (TMGP) Pardo (2014) plantea:

Los trastornos mentales graves y persistentes (TMGP) se caracterizan por la evolución hacia un significativo deterioro de las capacidades funcionales, tales como autocuidado, autocontrol, interacción social, actividad ocupacional, aprendizaje y ocio, con el consecuente perjuicio para la calidad de vida de las personas afectadas. (Pardo, 2014, p.14)

Henry Ey (1978) afirma por otro lado:

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad, el grupo de las esquizofrenias engloba efectivamente la mayor parte de los casos de alienación mental caracterizada por un proceso de disgregación mental. (p. 472).

Es preciso aclarar a qué nos referimos cuando hablamos de una persona con diagnóstico de esquizofrenia. La concepción de esta patología ha evolucionado a lo largo del tiempo gracias a los avances logrados en el campo de la psiquiatría y la psicología vinculados a este trastorno. Hasta el día de la fecha no hay una teoría certera de la causa, aunque sí se ha avanzado en la forma de trabajar con personas

con dicha patología y sus tratamientos para que las mismas logren una inclusión en la sociedad en la que puedan gozar de la mejor calidad de vida posible.

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (1978) plantea:

La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (por ejemplo: dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos. (p.334).

Por otro lado, Laplanche en el Diccionario de Psicoanálisis (1981) hace referencia a la psicosis separando, por un lado, la concepción desde la psiquiatría y, por otro lado, desde el psicoanálisis, a partir de donde fundamenta que:

Es una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad, lo que, según la teoría Psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal. (p.321).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la esquizofrenia es una de las diez causas primeras de discapacidad por enfermedad.

La esquizofrenia es un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Es una enfermedad crónica compleja, que al igual que ocurre con la epilepsia, la diabetes o muchas otras dolencias de larga evolución, no afecta por igual a todos los pacientes. (Cabrera, 2000, p. 9)

Los trastornos neuropsicológicos de la esquizofrenia incluyen alteraciones en la atención, en la memoria de trabajo, en las funciones ejecutivas (capacidad de planificación, abstracción, anticipación y resolución de problemas), en la flexibilidad de pensamiento y en la cognición social (capacidad de entender e interactuar con el mundo que los rodea). Estos déficits cognitivos están presentes antes del inicio de la psicosis, persisten durante su curso y se encuentran en menor grado en familiares no afectados. (Vallejo, 2011, s/p)

Los síntomas más habituales en la esquizofrenia pueden ser los trastornos del pensamiento, las falsas creencias, alucinaciones, negación de la enfermedad, alteración del sentido de sí mismo, cambios en las emociones, aislamiento, falta de motivación, angustia y depresión. Estos síntomas varían no solo de acuerdo al tipo de esquizofrenia que tenga la persona sino también a lo largo de ella. Al comienzo y en las reagudizaciones suelen ser más expresivos que en el resto del curso de la enfermedad. (Cabrera, 2000)

Las formas clínicas se diferencian básicamente para poder darle a la persona un tratamiento adecuado, ya que no todas evolucionan de la misma manera ni requieren el mismo tratamiento.

En las personas diagnosticadas con esquizofrenia paranoide hay un predominio de los síntomas positivos, principalmente delirios relacionados a ideas persecutorias. Su humor suele ser irritable, prefieren estar sin compañía y frecuentemente no comen. Pueden presentar alucinaciones, es decir que la persona tiene una percepción que no corresponde a ningún estímulo externo pero igualmente lo siente como real, lo cual provoca mucha angustia y temor, tanto para la persona como para su entorno.

La esquizofrenia hebefrénica presenta predominancia de síntomas negativos donde la mayor alteración la sufre el estado de ánimo. «Suele aparecer antes que la paranoide y es mucho más grave, con peor respuesta a la medicación y evolución más lenta y negativa.» (Cabrera, 2000, p.17).

En la esquizofrenia catatónica predominan las alteraciones motoras donde se presentan inmovilidades persistentes, agitaciones o peculiaridades del movimiento voluntario. No es tan común como las formas clínicas mencionadas anteriormente.

La esquizofrenia de tipo simple se caracteriza por su forma de comienzo *insidiosa*, donde la persona se retrae día a día de una manera lenta y progresiva.

En algunos casos se puede hablar de la esquizofrenia indiferenciada. En dicha categoría se suelen incluir a aquellas personas que presentan síntomas que dificultan el diagnóstico de esta patología siguiendo la clasificación ya mencionada.

Por último, debemos tener en cuenta que con el paso del tiempo, más allá de la forma clínica de la patología, la inteligencia y pensamiento de la persona comienzan a deteriorarse desembocando en una esquizofrenia residual. Si bien sobresalen los síntomas negativos, hoy en día se trabaja para que cada vez haya menos casos de este tipo. La esquizofrenia puede tener diferentes evoluciones, a las que se alude comúnmente como la Ley de Tercios. Si bien no es totalmente preciso, esta ley hace referencia a que un tercio de las personas puede presentar solo un brote psicótico a lo largo de su vida, otro tercio puede pasar por varios y el último tercio cronifica, es decir que persistirá con la enfermedad a lo largo de su vida, con tratamiento y los altibajos que ella presente. (Cabrera, 2000)

Los tratamientos son diversos. Debemos tener en cuenta que cuanto más precoz sea el diagnóstico y el tratamiento, podremos obtener mejores resultados en la persona, incluyendo su rehabilitación psicosocial. De esta manera, el pronóstico a futuro será más alentador.

2.2) Conceptos generales acerca de la Rehabilitación

Siguiendo la definición brindada por la OMS (2017):

La rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo.

Las personas con discapacidad deberían tener acceso a una atención médica general y a servicios adecuados de rehabilitación.

En Uruguay, la Dirección de Salud Mental de ASSE fue creada en abril de 2008 dentro de un proceso de reforma que había comenzado en el año 2005 con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, donde comenzaron a implementarse cambios en el modelo de atención, gestión y financiamiento.

«En el campo de la Salud Mental se trata pues, del cambio dentro del cambio, con zonas todavía grises.» (Porrás, 2009, p.146)

La primera gran innovación es el reconocimiento e importancia que da ASSE a la salud mental, otorgándole por primera vez similares jerarquías a la Dirección de Salud Mental de Montevideo y a la del interior. «El segundo elemento innovador consiste en hacer el esfuerzo de pensar en clave y no de sector, rompiendo el aislamiento tradicional tanto en los pacientes como de los trabajadores de la salud mental» (Porrás, 2009, p.148). Es decir, pensar la institución y sus actividades como un todo; tanto los usuarios como los trabajadores forman parte del mismo núcleo y trabajan en conjunto para lograr los objetivos.

Otras ideas e innovaciones surgieron y han dejado un concepto reflexivo: «la salud mental no es solo problema de los médicos psiquiatras, ni de otros profesionales de la salud, ni siquiera del sistema sanitario, la salud mental es responsabilidades de todos». (Porrás, 2009, p.148).

3) Rehabilitación psicosocial

Hoy en día existen diferentes dispositivos en los que se trabaja abordando la rehabilitación psicosocial ya sea en hospitales, centros diurnos o lugares específicos dentro de la comunidad donde vive la persona.

La rehabilitación Psicosocial (PR) previamente considerada como prevención terciaria, ha evolucionado hacia un concepto, un cuerpo de conocimiento sobre los modos de organizar servicios y métodos sujetos a la validación empírica, y se ocupa de la prevención y/o reducción de la discapacidad asociada a trastornos mentales y conductuales. (WAPR / WHO, 1996, p.1)

La Declaración de Consenso WAPR / WHO define a la rehabilitación psicosocial como:

Un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap- o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. (WAPR / WHO, 1996, p.2)

Este tipo de dispositivo pretende no solo trabajar con el usuario sino también hacerlo con su familia o su círculo de apoyo, ya que ellos serán el sostén del sujeto en todo el proceso de rehabilitación y con quienes podremos contar ante las eventualidades que surjan.

Las intervenciones de tipo social no solo se refieren a la mejora de capacidades o habilidades sino también a que se genere un cierto conjunto de condiciones o apoyos donde los movimientos en el proceso de la persona y el avance de sus logros puedan mantenerse en un nivel estable. La rehabilitación pretende que la persona logre estar en esa situación el mayor tiempo posible evitando situaciones de crisis. Desde este modelo se plantea que cualquier persona puede ser *rehabilitable* y cada día se intenta que más personas con enfermedades mentales graves y persistentes tengan acceso a él. Se procura, de esta manera, apoyar y acompañar a la persona para que logre un nivel de funcionamiento más elevado y alcance así, entre otras cosas, una mayor autonomía. (IMSERSO, 2007)

Del Castillo (2011) define la rehabilitación como:

[...] un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se

encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes. (p. 85).

Uno de los objetivos principales de la rehabilitación psicosocial es disminuir el impacto que generan los síntomas propios de la patología tanto en los usuarios como en su familia, ya que esta afecta todo el funcionamiento de su entorno.

Los Programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental están destinados a facilitar a la persona incluida en los mismos las prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo comunitario más adecuados a su patología y a su momento vital. (IMSERSO, 2007, p.33)

Siempre se intenta que la persona ingrese al centro de rehabilitación de una forma progresiva y poco traumática. En este proceso visualizamos las diferentes fases por las cuales transita a lo largo de la rehabilitación hasta su egreso. Se debe tener en cuenta que estas fases no son recorridas de forma lineal ya que pueden superponerse entre sí o cambiar su orden de acuerdo a la situación particular del usuario, además, no necesariamente deben de cumplirse todas.

Florit Robles (2006) plantea que dichas fases son cinco:

- Fase de Acogida: «[...] el objetivo es facilitar la adaptación al recurso y de la persona atendida al proceso de rehabilitación individualizado. Es por tanto un proceso interactivo donde la responsabilidad es compartida». (p. 230).

El tiempo de duración en el que la persona permanece en esta fase siempre es variable y depende de diferentes factores como la voluntad y la convicción del usuario, la capacidad cognitiva y legal, el grado de implicación de su círculo de apoyos, teniendo en cuenta que este es un pilar fundamental en el proceso de rehabilitación, nivel de cronicidad de la patología, grado de autonomía que tenga la persona en ese momento, aceptación de las relaciones sociales con otros que también padezcan enfermedades mentales.

En esta fase es importante tener en cuenta la historia clínica de la persona que ingresa para tomar referencia de los procesos por los cuales ya ha pasado e intentar no repetirlos.

- Fase de evaluación: «Dicha evaluación es guiada por un profesional que debe responsabilizarse de todo el proceso aunque este se realice de forma interdisciplinar por todo el equipo». (Florit-Robles, 2006, p.231)

Se deben valorar las diferentes áreas, como los objetivos de la derivación y expectativas del usuario y su familia respecto al centro, datos biográficos y clínicos (antecedentes psiquiátricos familiares, ajuste previo, inicio de la enfermedad),

aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento (enfermedad actual, conciencia de enfermedad, factores de riesgo y de protección de crisis, tratamiento farmacológico, manejo de recursos sanitarios), área de competencia personal y afrontamiento como el manejo de los estados emocionales, principalmente la ansiedad, disforia e ira; funcionamiento cognitivo, actividades de la vida diaria y auto mantenimiento, higiene personal y vestido, hábitos de salud, comunicación funcional e integración comunitaria. También es importante tener en cuenta las actividades productivas de la persona, como el manejo del hogar, el cuidado de otro, ya sean hijos o padres y cómo esto influye en la vida diaria, orientación sociocultural, actividades de ocio y tiempo libre, psicomotricidad, área social.

- Fase de establecimiento del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR):

La evaluación permite identificar tanto los déficit que habrá que disminuir, como aquellas fortalezas en las que se puede basar una intervención futura. Con todo ello se fijan los objetivos de la intervención. Dichos objetivos han de consensuarse con el usuario y, si es posible y procede, con la familia. (Florit-Robles, 2006, p.234)

Se intenta en esta fase consensuar lo que pretenden los tres pilares que forman parte de este proceso: lo que demanda el usuario, lo que valora necesario el profesional y lo que ofrece la institución. (Florit-Robles, 2006)

- Fase de Intervención: «No se puede llamar rehabilitación psicosocial a un proceso de intervención que ofrezca exactamente la misma trazabilidad para todas las personas atendidas». (Florit-Robles, 2006, p.236)

También es de importancia la generalización de los resultados, es decir que la persona no solo avance en sus logros dentro del centro sino que los mismos formen parte de él dentro de su comunidad y de los ámbitos donde sea parte. La generalización debe ser abordada a lo largo de todas las intervenciones de esta etapa.

La intervención consta de cuatro pilares fundamentales, la tutoría (se realiza el análisis y seguimiento del proceso), el apoyo a las familias, los programas de rehabilitación, los programas abiertos (se trabajan habilidades conductuales, rehabilitación cognitiva, el entrenamiento de habilidades sociales, psicoeducación, intervención con familias, autocontrol, actividades de la vida diaria, psicomotricidad, ocio e integración comunitaria, formación laboral. (Florit-Robles, 2006)

- Fase de Seguimiento: «Es la última fase del proceso una vez considerados cumplidos los objetivos. Se trata de hacer un paso de desenganche con el centro y los profesionales». (Florit-Robles, 2006, p.241)

Si bien es una etapa difícil para la persona, es importante recordarle que es un paso necesario para su continuo bienestar. Igualmente, es un proceso en el cual la

persona puede seguir asistiendo a ciertas propuestas como los centros diurnos para que le sea más fácil obtener la mayor autonomía posible.

Por otra parte, según Florit-Robles (2006), este modelo de rehabilitación pretende favorecer «[...] la adhesión al tratamiento farmacológico, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la propia red social del paciente, proporcionar estrategias de afrontamiento del estrés en los enfermos y sus familiares, etc.». (p.227).

«La práctica actual de la asistencia tiende a seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, con la intención de dar menores recursos a los hospitales psiquiátricos, colocándolos en estructuras comunitarias más elásticas y contextualizadas». (Ornellas, 2007, p.2). Se pretende darle un seguimiento al usuario fuera de contextos protegidos, dirigiéndose así a aspectos como la vivienda, la familia, la creatividad, por ejemplo, el arte y el trabajo.

En Uruguay la prevalencia de los trastornos mentales es elevada y causante de una parte de la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. La OMS informa que dentro de estos trastornos la esquizofrenia es la séptima causa por la cual las personas viven mayor cantidad de años con una discapacidad. Otros datos ilustran la gran brecha existente entre las personas que necesitan tratamiento y las que efectivamente logran adquirirlo. (Del Castillo, 2011)

Nuestro país en los últimos años ha logrado fortalecerse en lo que refiere a la implementación de estos diferentes tipos de programas de rehabilitación, ya sea gracias al Plan Nacional de Salud Mental, los tratamientos con un enfoque más humanitario, el desarrollo de la Red de Salud Mental y la mejora de los tratamientos psicofarmacológicos. Hoy en día lo que se pretende es fomentar el modelo de atención comunitaria en salud mental, dejando a un lado antiguos sistemas como son los asilos y manicomios.

Los dispositivos de atención de rehabilitación psicosocial y psicoterapéutica consisten en: atención en crisis, hospital de día, centros diurnos, centros de rehabilitación psicosocial integral, comunidades terapéuticas, orientación, seguimiento y/o psicoterapia individual, abordajes grupales (grupos de apoyo, grupos terapéuticos, terapia cognitiva), psicoeducación familiar, terapia familiar, seguimiento psicosocial, talleres de expresión, grupos de auto ayuda, taller protegido, orientación socio laboral y apoyo curricular, pasantías laborales, clubes de activación socio-recreativos, residencias asistidas. (Del Castillo, 2011)

Uruguay cuenta hoy con el prestador integral de salud que es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) integrada y articulada por un modelo en red.

Como refiere Del Castillo (2011), los diferentes niveles de atención en salud se conforman para el tratamiento de las personas con TMSP por diferentes dispositivos:

- ◆ Colonias Psiquiátricas (Santín Carlos Rossi y Bernardo Etchepare), las cuales tienen un modelo asilar.
- ◆ El Hospital Vilardebó.
- ◆ La Unidad de Coordinación de Egreso Asistido (UCEA) la cual funciona en el Vilardebó a cargo de la Dirección de Salud Mental de ASSE.
- ◆ Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales en todo el país.
- ◆ Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial.
- ◆ Equipos comunitarios de Salud Mental.

4) Modelos de intervención psicosocial

Considero que desde un lugar crítico es importante abordar brevemente los conceptos de discapacidad y deficiencia. Estos conceptos se han ido reformulando de la misma manera que lo han hecho los modelos de intervención psicosocial que se han establecido a lo largo del tiempo.

La OMS (1980), en su primera Clasificación Internacional de la Deficiencia, recoge esta perspectiva al hablar de tres categorías pensadas desde un modelo deficitario —deficiencia vista como una enfermedad, la minusvalía entendida como participación restringida y la discapacidad en tanto acción limitada— que son continuidad del enfoque conceptual referido. (p.121).

Posteriormente, en el año 2001, es creada la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud) y en el 2007 la CIF-IA, versión para la infancia y la adolescencia donde se plantea un modelo conceptual y clasificatorio de los procesos de salud enfermedad que se basan en el funcionamiento. La CIF fue creada a partir de los reclamos de grupos de personas afectadas por la discapacidad y de los profesionales con experiencia que reclamaban la insuficiencia de los modelos establecidos, los cuales se basaban en el diagnóstico y la enfermedad.

Saidon (s/f) hace referencia a que dichos modelos generan una *rareza institucional* que cuando «se deja de tomar la forma de asilo represor del electroshock y las rejas, toma las características de campos de rehabilitación para drogadictos, viejos, anoréxicos, donde se reactualiza la misma ideología asilar». (p.2).

Este nuevo modelo y sistema conceptual que adaptó la OMS propone que los procesos de salud-enfermedad se basen en el funcionamiento. «Según el marco conceptual de la CIF el funcionamiento está articulado en tres componentes, las funciones corporales y las estructuras corporales, la actividad y la participación, en influencia recíproca y bajo la influencia de factores ambientales y personales.» (Vásquez, 2013, p.125)

La CIF propone no clasificar a las personas sino que describe la situación de ellas en una serie de dominios que tienen relación con la salud. Vásquez (2013) continúa agregando: «El énfasis de la CIF sobre el funcionamiento es claramente superior en relación al uso exclusivo de los diagnósticos tradicionales, cambiando la perspectiva en relación al tratamiento y rehabilitación, por lo que su utilización es altamente recomendable».(p. 128).

La CIF promueve, en varios aspectos, el modelo de intervención social basado en la recuperación. Es importante tener en cuenta la base teórica de la que parten los diferentes modelos para lograr generar una crítica constructiva acerca de ellos.

Los modelos de intervención psicosocial son: el modelo asistencial o de prescindencia, el modelo médico-rehabilitador y el modelo social o de recuperación. Cada uno de ellos lleva implícita una concepción de sujeto y un tiempo histórico. El modelo con que se trabaje influirá en la forma en que se abordarán los grupos terapéuticos.

El modelo asistencial o de prescindencia considera la discapacidad como un estigma, asigna las causas que dan origen a la discapacidad desde una perspectiva religiosa: como castigo o como advertencia de la aproximación de una catástrofe debido a que la alianza se ha roto. Sitúa a las personas con discapacidad en un lugar improductivo, sin nada que aportar al entorno social, debiendo hacerse cargo de ellas la familia y la sociedad. Bajo este modelo surgen los hospicios, los manicomios, las instituciones de caridad y beneficencia (Palacios, 2006). Esta hospitalidad hace referencia a la necesidad de la persona a recibir cobijo, ser acogido, amparado y con una necesidad de encontrar refugio, dejándola en un lugar totalmente menospreciado. (Percia, 2004)

Este modelo, a su vez, se divide en dos submodelos: el eugenésico y el de marginación.

El submodelo eugenésico se basa en motivos políticos y religiosos, «consideraban inconveniente el desarrollo y crecimiento de niños y niñas con diversidad funcional» (Palacios, 2006, p.41). Se consideraba que ese tipo de vida no valía la pena vivirla.

Por otra parte, el submodelo de marginación parte del pensamiento de que si la disfunción es irreversible hay que resignarse a ello.

La característica principal que caracteriza a este submodelo es la exclusión, ya sea como consecuencia de subestimar a las personas con diversidad funcional y considerarlas objeto de compasión, o como consecuencia del temor o el rechazo por considerarlas objeto de maleficios o como advertencia de un peligro inminente. (Palacios, 2006, p.43)

El modelo médico-rehabilitador propone que las causas que dan origen a la discapacidad son científicas, la diversidad funcional se basa en términos de salud o enfermedad. Solamente la persona será productiva o útil socialmente si es rehabilitada o normalizada. Por otro lado, el problema es exclusivo de la persona, causado por una enfermedad o traumatismo, además requiere tratamientos médicos y rehabilitadores de forma individual. El tratamiento que se propone para rehabilitar a la persona está dirigido a lograr la más adecuada adaptación del individuo a las exigencias y demandas de la sociedad (Palacios, 2006). Este modelo propone objetivos a cumplir al finalizar el proceso, algunos de ellos son: reducir la sintomatología utilizando los fármacos correspondientes, intervenciones sociales y tratamiento psicológico. También pretende disminuir la iatrogenia eliminando en lo posible los efectos físicos y conductuales que hayan sido consecuencia de intervenciones anteriores, así como terminar con la institucionalización prolongada. Por otro lado, promueve la reducción de la discriminación y el estigma. Es muy doloroso para las personas sentir esta marca social. Uno de los puntos donde se hace mayor énfasis es en la mejora de la autonomía, tanto de los usuarios como de los cuidadores (WAPR/WHO, 1996).

En este modelo se busca la recuperación de la persona —en la medida de lo posible— y la educación especial se convierte en una herramienta ineludible en dicho camino de recuperación o rehabilitación. Asimismo, dentro de las prácticas habituales, aparece plasmado en este modelo un fenómeno que lo caracteriza: la institucionalización. (Palacios, 2006, p.46)

Hoy en día en la mayoría de las instituciones mentales en Uruguay y, en este caso, en el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica se trabaja la psicoterapia desde el modelo médico-rehabilitador. Se intenta, sin embargo, promover algunas de las bases del modelo de recuperación que pretende reducir el peso simbólico de la etiqueta diagnóstica promoviendo así un bienestar social y personal. «El uso de la psicoterapia de grupo en la psicosis tiene una larga tradición, apareciendo los primeros trabajos sobre ella en la segunda década del siglo pasado y con prestigiosos libros que avalan su interés y eficacia» (García-Cabeza, 2013, p.27).

La terapia grupal que aquí se propone ha dejado en evidencia, con el correr de los años, que logra una mejor adherencia tanto a la terapia como a otros tratamientos, se reduce el porcentaje de hospitalizaciones y mejora la socialización y el funcionamiento en general de la persona (García-Cabeza, 2013).

Esta situación terapéutica pretende que la comunicación y la empatía con el otro mejoren a partir de que se comparta el contexto con otras personas que viven una situación similar. «En un paciente en el que prima la desconfianza tener un medio seguro, donde pueda ser escuchado, sin burlas ni incompreensión, le ayuda a salir de su aislamiento defensivo e inseguridad, propiciando la autorregulación, comunicación y mejorando la autoestima.» (García-Cabeza, 2013, p.28). Este grupo comienza a convertirse en un grupo de referencia para la persona, donde se fomenta un espíritu motivador, generador de interés por vivir y ganarle al dolor y al sufrimiento. Los mecanismos que se utilizan, desde este dispositivo, para la cura son los que hacen posible a las personas que puedan expresar a su manera los conflictos que causan su sufrimiento, las identificaciones que se ponen en juego dentro del grupo y las manifestaciones de transferencia que se producen hacia los terapeutas (Olivos, 1988).

Un concepto central en este tipo de psicoterapia es el de la reacción especular, es decir «el proceso intersubjetivo de observación y conocimiento mutuo entre los miembros del grupo, el fenómeno más específico de la psicoterapia de grupo y que diferencia claramente a la psicoterapia grupal de otras psicoterapias, confiriéndole su original potencial terapéutico» (García-Cabeza, 2006, p.28). Cada integrante logra verse representado en los demás participantes, y los demás también logran verse reflejados en él. Se ven desde otra perspectiva, logran reconocer sus propias actitudes frente al grupo y consigo mismo. Los procesos grupales pretenden que se genere eso, el verse desde otro lugar, o representado por otros, para que ellos vean cómo son vistos por los demás y reflexionar sobre ello. Si realmente es así como quieren verse ante el mundo, si es eso lo que desean ser.

En el caso de que la imagen representada sea negativa, les permite pensar y reflexionar en lo que no quieren para su vida, y este es un tema muy importante para trabajar en los grupos terapéuticos. De lo contrario, si el ejemplo de un compañero es una imagen positiva, la persona puede estimularse y tomar como referencia a esa persona para salir adelante con una motivación que le permita mejorar su futuro.

García-Cabeza (2013) plantea tres elementos en beneficio del paciente que debe utilizar el terapeuta grupal. Uno de los elementos hace referencia a las experiencias psicóticas. En el grupo se presentan entre los usuarios las experiencias similares por

las que han transitado. «Se pone en cuestión la realidad propia dando lugar a fenómenos de identificación, derivados de la universalidad de experiencias psicóticas y, a la desingularización de las mismas» (García-Cabeza, 2013, p.29). Otro elemento abordado es sobre los síntomas negativos ya que las personas con esta patología suelen presentar momentos de aislamiento, apatía y falta de motivación. García-Cabeza (2013) agrega posteriormente «El apoyo que produce la cohesión grupal y la esperanza son claves para superar el miedo y la falta de motivación que puede producir una enfermedad grave y estigmatizante, y poder plantearse nuevos objetivos realistas y alcanzables» (p.29).

El tercer elemento con el que se trabaja es el de los mecanismos de defensa e identidad.

Quando el objetivo de las terapias son el autoconocimiento y el cambio, tanto a nivel personal como interpersonal, es necesario trabajar para favorecer mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento menos patológicas y que confieran al paciente una identidad menos vulnerable. El grupo hace posible no solo explorar estos mecanismos sino también escenificarlos, aumentando la observación y conciencia de los pacientes y después, su reflexión y cuestionamiento. (García-Cabeza, 2013, p.29)

Se pretende, de esta manera, generar un equilibrio, que la persona no se pierda en el grupo y, a su vez, puedan trabajar a partir de las intervenciones grupales y los sentimientos latentes y compartidos que puedan surgir. (Olivos,1988)

Los fundamentos principales del modelo social de la recuperación plantean que lo que aportan las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia. Las causas de la discapacidad son mayormente sociales, no individuales. El proyecto que debe construir la persona no tiene porqué adaptarse a lo que pretende la sociedad, sino que debe ser construido para su propia satisfacción. Además, se centra en los aspectos funcionales de la salud, no se pretende que la persona se rehabilite, es decir, que vuelva a ser lo que era antes, por el contrario, aquí se pretende hacer foco en las aptitudes que conserva. Por otra parte, el rol del profesional pasa a ser el de *entrenador*, está al lado de la persona acompañándola y no desde un lugar de superioridad. (Shepherd, 2008)

Esta forma de intervención se centra en las fortalezas de la persona, alejando el foco de los problemas, deficiencias e impedimentos. La familia y los grupos de apoyo conforman un papel fundamental, por eso, se trabaja a partir de grupos de apoyo, multifamiliares, unifamiliares, afrontamiento de crisis, etc. Se promueve también el trabajo en red para una mejor inclusión social, además de la inclusión laboral la cual

se trabaja a partir de empleos con apoyo, autoemprendimientos y cooperativas sociales.

En la base de la recuperación, reside un conjunto de valores sobre el derecho de una persona a construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de los síntomas de enfermedad mental. La recuperación se basa en los conceptos de autodeterminación y autocontrol. Enfatiza la importancia de la «esperanza» para mantener la motivación y apoyar las expectativas de una vida individual plena. (Shepherd, 2008, p.1)

Continuando con lo que remite a la recuperación Ozamiz (2014) agrega:

La recuperación aporta una visión holística del individuo y se centra en la persona, no solo en sus síntomas. Es visto como un trayecto, no un destino y para lograrlo una persona con problemas mentales necesita la ayuda de amigos, familia y profesionales, usando nuevas e innovadoras estrategias. Promueve que la gente avance en sus vidas, desarrollando metas y relaciones que le den sentido. (p. 91).

Es necesario este tipo de asistencia ya que muchos de ellos fueron hospitalizados durante mucho tiempo, por ello se les ha dificultado el desarrollo de habilidades para sobreponerse a las exigencias de la vida independiente. (Ozamiz, 2014)

Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social, y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario y no en servicios segregados. (Shepherd, 2008, p.1)

Este modelo de recuperación propone un nuevo marco teórico que redefine el modelo rehabilitador, colocando a este último en un proceso de cambio, de adquisición de nuevas ideas (Shepherd, 2008). El rol que asume el profesional es muy particular ya que trabaja *al lado, no encima* de la persona.

La meta del profesional es por lo tanto ofrecer a la persona recursos -información, habilidades, redes y apoyo- que le sirvan para gestionar su propia enfermedad en lo posible y ayudarle a obtener acceso a los recursos que se estime necesario para vivir su vida. (Shepherd, 2008, p.5)

5) Los abordajes terapéuticos

5.1) En Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica

El Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica trabaja desde el modelo médico-rehabilitador, aunque debemos tener presente que cada día son más las propuestas y programas en los que se insertan ideas y propuestas del modelo social o de recuperación. En los grupos terapéuticos se trabaja con una metodología particular dependiendo del programa en el que se encuentre la persona.

Debemos tener en cuenta que este centro está regido por el Patronato del Psicópata, el cual fue creado en 1948 y está amparado por la Ley N.º 11 139, decreto N.º 117/971. En ella se exponen finalidades que con el tiempo han ido modificándose en la práctica.

En el artículo 1.º se expresa que las finalidades del Patronato del Psicópata son:

- A) Proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia-hospitalaria y externa- y durante su convalecencia; velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad, procurando habitación y alimentación, si no las tiene, y trabajo adecuado; prestarle la ayuda necesaria para resolver sus problemas económicos, profesionales y afectivos.
- B) Velar por la situación de los familiares del enfermo mental y asesorarlos en la realización de gestiones, tales como obtención de licencias, trámites jubilatorios, juicios de incapacidad, etc.
- C) Fundar y administrar un «Hogar-Taller» destinado especialmente a aquellos enfermos mentales que no tengan amparo familiar y cuyo estado les permita continuar la cura, realizando trabajos adecuados por los que puedan obtener una remuneración.
- D) Proponer al Ministerio de Salud Pública y, por su intermedio, a los demás organismos públicos, las medidas que considere convenientes para el cumplimiento de las finalidades anteriores. (p. 1).

De esta manera, es posible visualizar sobre qué concepción se trabaja en el centro, por lo tanto, los grupos terapéuticos siguen esta línea de trabajo en donde se abordan aspectos que promueven la autonomía desde el modelo de rehabilitación.

Personalmente, como pasante formé parte de los grupos terapéuticos a los que asistían los usuarios que participan del programa Ombú. Ellos acuden a los encuentros dos veces a la semana donde realizan diferentes actividades durante cuatro horas. Según la cantidad global del grupo, se lo divide en dos o tres subgrupos teniendo en cuenta el grado de funcionamiento de los usuarios para lograr trabajar un ambiente con la menor dispersión posible. En el espacio de los grupos terapéuticos se encuentran los usuarios y una psicóloga a cargo de llevar adelante el grupo, es decir, el técnico referente.

El grupo comienza con la participación espontánea, preferentemente, de alguno de los integrantes, de no ser así el técnico aborda temas en los cuales los usuarios se puedan sentir identificados y con la necesidad de compartir con los demás su vivencia. De esta manera, comienza a fluir, en mayor o menor grado, el clima terapéutico dependiendo de todos los factores que puedan influir, ya sea su estado de ánimo, cómo se sientan orgánicamente, etc. Siempre se debe considerar que en estos grupos, de acuerdo al modelo que sigue, no se rompe la barrera técnico-usuario, es decir, los técnicos forman parte del grupo como coordinadores y no como parte de él. Está presente la distancia entre las dos partes, y el técnico nunca hablará de lo que le

pasa a él personalmente o cómo se siente con los temas que son tratados dentro de la sesión, sí existe un espacio posterior de coordinadores donde se comparten opiniones acerca del proceso de los usuarios.

5.2) En CIPRÉS

El Laboratorio Uruguayo de Rehabilitación Psicosocial (CIPRÉS) trabaja desde el modelo social o de recuperación. Los grupos terapéuticos son abordados desde una modalidad multifamiliar, la cual tiene una perspectiva psicoanalítica. Esta sostiene la propuesta del *Grupo de Escucha* que fue iniciado en CIPRÉS. Desde su página web se lo describe de la siguiente manera:

[...] dignifica al usuario del sistema de salud al experimentar en forma directa que su palabra importa, que ella es valiosa para el otro (más allá de su proximidad al «principio de realidad») y queda legitimada por ser dicha y escuchada en un contexto colectivo. Esta experiencia converge hoy a nivel internacional con movimientos como los de la «Parola retrovata» en Italia, o los «Escuchadores de Voces» de la Península Escandinava, con vigencia y participación en la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), en el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se trabaja partiendo del marco teórico del Psicoanálisis Multifamiliar (PMF). Fue creado por el Prof. Dr. Jorge E. García Badaracco en 1958 para el abordaje de las patologías mentales graves dentro del marco de un hospital psiquiátrico o de una comunidad terapéutica. Hoy en día sus principios fundamentales permiten abordar los dilemas y conflictos que surgen cada vez más a raíz de las exigencias del mundo actual. (Jones, 2013, p.1)

De Souza en *Cambio psíquico en pacientes psicóticos atendidos en psicoterapia psicoanalítica grupal y rehabilitación* (2005) revela:

El psicoanálisis tiene por objetivo el conocimiento del inconsciente, en el entendido que esto traerá por consecuencia una nueva relación consigo mismo y con el mundo. El conocimiento de sí y las posibilidades de un mayor disfrute y vinculación con el mundo, se entrelazan de tal forma que no pueden ser pensados separadamente y están en la base de las peculiaridades del proceso de curación psicoanalítico. (p. 105).

En este tipo de grupo se pretende favorecer, a través de reuniones abiertas, los vínculos tanto familiares como sociales. Se entiende que el dolor que conlleva el ser diagnosticado con este tipo de patologías no lo sufre solamente la persona diagnosticada sino también su familia o a quienes la persona toma como referente, su grupo de apoyo.

Son sufrientes, no sólo por la enfermedad de sus seres queridos, sino también por las culpas auto-infligidas e infligidas por el saber médico predominante y, fundamentalmente, por ser partícipes de tramas invisibles, intrafamiliares, que los dejan ligados, atrapados en una lógica perversa y alternante, de sometidos versus sometedores. (Palleiro, 2011, p.3)

Los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar son espacios privilegiados para compartir testimonios, experiencias y vivencias que ayudan a destrabar conflictos que aparecen como insolubles. Se definen también como un espacio para «poder pensar juntos aquellas cuestiones de la vida que no se pueden pensar solos.» (Jones, 2013, p.2)

Actualmente asisto a las reuniones de técnicos, grupos multifamiliares y post-multifamiliares como técnica honoraria de CIPRÉS. Desde un inicio, allí se me transmitió la importancia de considerar el proceso como una habilitación psicosocial en lugar de una rehabilitación, ya que no se pretende que la persona vuelva a tener las mismas capacidades que tenía antes del desenlace de su sufrimiento psíquico, sino que se trabaja con los aspectos saludables actuales, para que la persona pueda transitar una vida plena que le genere satisfacciones personales, más allá de los mandatos o estereotipos que la sociedad demanda.

6) Comparaciones críticas

Luego de haber transitado por dichas experiencias, considero a ambas de una gran riqueza. Los abordajes terapéuticos permiten grandes cambios, dejando importantes marcas en todas las personas que transitan por él, tanto sea la persona diagnosticada con psicosis, su familia como todos los profesionales involucrados.

Los modelos de intervención psicosocial se han ido modificando a lo largo del tiempo para beneficio tanto de los usuarios como de los técnicos y, por eso, se pretende seguir haciéndolo. Las propuestas que brindan los diferentes centros apuestan a la desinstitucionalización, con el fin de que estos logren ser parte de la comunidad del usuario y que él asista como a cualquier otra actividad que pueda tener.

Desde hace 25 años en nuestro país la población asilar ha disminuido progresivamente, y enumeran entre los factores que han contribuido en este sentido el desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental (1986), la humanización de los tratamientos,

la descentralización de los servicios asistenciales, la creación y desarrollo de la Red de Salud Mental y la mejora de los tratamientos psicofarmacológicos. (Del Castillo, 2011, p.3)

A pesar de que hoy en día el proceso de cambio sigue vigente, aún queda mucho por mejorar. Gracias a la implementación de dispositivos innovadores, como lo son las terapias multifamiliares, se puede obtener un trabajo beneficioso tanto para los participantes como para los terapeutas de una manera más humana.

Es un abordaje de gran utilidad para trabajar en salud mental, pero que aún no cuenta con la difusión que realmente merece para configurarse como un modelo al que se recurre a nivel hospitalario o en rehabilitación de forma más recurrente, por lo menos no en nuestro país. (Gutierrez, 2014, p.36)

Considero que este tipo de trabajos permiten, de alguna manera, la apertura de nuevas puertas o bien facilitan la difusión de la tarea que se hace en estos lugares y así nos acerca a una realidad que nos puede resultar ajena. Este dispositivo continúa trabajando día a día para optimizar su forma de accionar, investigando de forma permanente para alcanzar una mejora en el abordaje tanto de los grupos como en el funcionamiento interno. Más allá del dispositivo específico que se lleve a cabo, considero que la mayoría de las personas que trabajan en el ámbito de la salud mental hoy en día apuestan a una perspectiva de derechos que orienta a la promoción y protección de los derechos humanos.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue aprobada en el año 2006 y entró en vigor en el año 2008. Ella expone «el principio del respeto a la dignidad inherente de la persona, la autonomía individual, incluida la libertad para tomar sus propias decisiones, y la independencia de las personas». (Escuela Andaluza de Salud Mental, s/f, p.23). Se enfatiza la importancia del *empoderamiento* de la persona, la OMS considera que este es:

[...] un concepto esencial de la promoción de la salud mental. El empoderamiento de los individuos está dirigido a ayudar a la autodeterminación y autonomía, para que pueda ejercer más influencia en la toma de decisiones sociales y políticas, y para aumentar su autoestima. (Escuela Andaluza de Salud Mental, s/f., p.34)

Desde mi punto de vista, los grupos terapéuticos promueven de diferentes maneras estas acciones, ya sea viéndose reflejado en otro integrante del grupo que lo ha logrado, como expresando su deseo de conseguirlo. Los nuevos cambios en los modelos de rehabilitación y habilitación psicosocial están posibilitando alejarnos cada vez más de la hospitalidad que constituyen los antiguos modelos de intervenciones

asistenciales y que contribuyen a la idea de enfermo mental como una persona débil que necesita ser acogida y amparada (Percia, 2004).

Este cambio de paradigma está habilitando una recuperación más digna, tanto de la persona con diagnóstico, como de su entorno familiar. Es de relevancia destacar la importancia que se le está dando a la inclusión de las familias en los procesos de intervención psicosocial. Debemos de tener en cuenta que cuando un integrante de la familia es diagnosticado con esquizofrenia suele conllevar un gran impacto y «cuando se acepta (lo que no siempre ocurre) surge un sentimiento colectivo de miedo, vergüenza y culpabilidad basado en falsas percepciones del problema que se derivan de una información insuficiente» (Cabrera, 2000, p.29). Pichon Rivière (1971) explica que «cuando alguien enferma, la familia tiende a la exclusión. Actúa como organismo cohesionado que activa un mecanismo de segregación. Se margina al enfermo para conjurar angustias que conciernen a todos» (Percia, 2004, p.174). De esta manera, los grupos multifamiliares permiten que la familia transite el proceso de una manera más libre que realmente los ayude a superar los momentos de crisis y a seguir apostando a nuevos progresos.

Esta forma de pensar y trabajar se aplica, por ejemplo, en CIPRÉS, donde se pone énfasis en un concepto complejo, pero que se adecúa perfectamente al modo de trabajo que se emplea, el de rizoma.

El rizoma como tal, hace referencia a una metáfora botánica la cual cumple con diferentes principios como lo son el de conexión y heterogeneidad donde cualquier punto puede y debe estar conectado con los otros del rizoma, el principio de multiplicidad donde no hay un sujeto y un objeto, por el contrario nos encontramos con dimensiones, tamaños que cambian de naturaleza constantemente. (Negro, 2016, p.3)

De este modo, es posible elucidar cómo estos principios están vinculados con la forma de trabajo multifamiliar donde cada *setting* es único y todos los participantes se encuentran *en trama*. La idea de rizoma se contrapone con la idea de árbol, de esta manera, es más fácil comprender cómo está compuesto.

Esta idea de árbol siempre cumple por sus características con una organización jerárquica en forma vertical, donde desde las raíces, el árbol va creciendo hacia arriba poniendo su fuerza en las ramas y los frutos. La idea de flujos de movimiento no es igual en una parte del árbol que en otra, mientras que cuando pensamos en rizoma podemos pensar en energía libre, no vectorizada. (Negro, 2016, p.3)

Esta energía libre es la que se pretende generar con un clima emocional que sea habilitador y así generar un cambio psíquico. Por lo tanto, Deleuze y Guattari (1994) plantean que «lo fundamental no es reducir el inconsciente, ni interpretarlo o hacerlo

significar según un árbol. Lo fundamental es producir inconsciente, y con él, nuevos enunciados, otros deseos; el rizoma es precisamente esa producción de inconsciente» (p.23).

Se hace cada vez más visible la importancia que tiene la familia de la persona con psicosis en el proceso de recuperación, ya que ella es parte de la trama.

Gutiérrez (2014) plantea que «el individuo será el portavoz del medio familiar patológico, y es fundamental comprender a la esquizofrenia como una patología vincular» (p.18).

Para Badaracco (2000), el punto central de una terapia debe ser la búsqueda del cambio psíquico en contraposición con la tendencia al no-cambio de la patología mental grave. El dispositivo multifamiliar se construye en un intento para trabajar sobre las tramas de interdependencias que configuran esta tendencia, complejizando para ello el campo de acción desde el que se abordará la patología. (Maruri, 2015, p.16)

En la búsqueda de ese cambio psíquico se ve la importancia de *generar mente*, dejando a un lado la idea de retorno a la psiquis anterior de la enfermedad.

Maruri (2015), siguiendo lo planteado por Badaracco (2010), explicita que:

El Psicoanálisis Multifamiliar es un «laboratorio de investigación» en el 'campo' de la salud y de la enfermedad mental, al mismo tiempo que en el 'campo' de la familia y de la sociedad en general, que tiene la virtud de favorecer procesos mentales en los que la mente humana tiene la oportunidad de poder ampliar sus recursos naturales para poder pensar con más profundidad, en el sentido de lo que he llamado "mente ampliada". (Maruri, 2015, p.14)

Podemos ver como, por un lado, la rehabilitación psicosocial (RP) ha sido entendida como un proceso cuyo objetivo era volver a un estado anterior, a la vida social normal o a la actividad profesional, y actualmente el objetivo de la RP sería facilitarle al usuario una mejor autonomía en sus funciones y en la comunidad, tomando en cuenta sus limitaciones. (Ducuing, 2016, p.11)

Para concluir, considero pertinente señalar que si bien la rehabilitación psicosocial actualmente intenta aproximarse a los modelos que proponen la recuperación, esta última va más allá de este fin. Tomando en cuenta la importancia de la autonomía en las funciones dentro de la comunidad, ella no se centra en las limitaciones de la persona, se piensa en una autonomía que lo haga sentir útil a él mismo y no por o para la comunidad. Lo principal es que la persona se sienta viva y plena, a partir de ello podrá proponerse objetivos que ayuden a su autonomía y a una mejor calidad de vida.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association, (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª Ed. T.R.)*. Barcelona: Masson S.A.
- Cabrera, J., Fuertes, J. y Rodríguez, A. (2000). *La esquizofrenia. De la incertidumbre a la esperanza: La esquizofrenia en la familia*. Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).
- Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica. (2015). Recuperado de <http://www.rehabilitacioncnrp.org/elproyecto.html> (16/11/15).
- CIPRÉS. Laboratorio Uruguayo de Habilitación Psicosocial. (2017). Recuperado de <http://cipresuruguay.blogspot.com.uy/> (01/04/17).
- De Souza, L., Guerrero, L y Palabé, M. (2005). Cambio psíquico en pacientes psicóticos atendidos en psicoterapia psicoanalítica grupal y rehabilitación. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* 7(1), 103-115.
- Del Castillo, R., Villar, M., y Dogmanas, D. (2011) Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83-96.
- Deleuze, G y Guattari, F. (1994). *Mil Mesetas, capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Ed. Pre-textos.
- Ducuing, M. (2016). *Rehabilitación y Gubernamentalidad. Problematizar las prácticas*. (Trabajo final de grado) Recuperado de http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_malenaducuing_final.pdf
- Escuela Andaluza de Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. (s/f) *Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía*. Andalucía: Consejería de Salud y Bienestar Social.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1978). *Tratado de Psiquiatría* (8va. Ed.). Barcelona, España: Toray - Masson, S. A.
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3).
- García Badaracco, J. (2010). El futuro del Psicoanálisis Multifamiliar. *Revista Internacional On-Line* 9(1), 1-22.
- García-Cabeza, I. (2013). Aspectos específicos y diferenciales de la psicoterapia de grupo en la psicosis. *Rehabilitación Psicosocial* 10(2), 26-31.

- Gutiérrez, S. (2014). *El psicoanálisis multifamiliar: un abordaje terapéutico para el tratamiento de la familia enferma*. (Trabajo final de grado) Recuperado de http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado_macarena_sofia_gutierrez_amorin_.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (INMERSO). (2007). *Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Secretaria de Estado de Política Social, Familias y atención a la Dependencia y a la Discapacidad.
- Jones, A., Matthews, S. y Vallejo, H. (2013). *Psicoanálisis Multifamiliar en la Salud Mental Comunitaria*. Buenos Aires, Argentina: s/ed.
- Laplanche, J. y Bertrand Pontalis, J. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona, España: Editorial Labor, S. A.
- Maruri, G. (2015). *El Psicoanálisis Multifamiliar y la especificidad del rol terapéutico*. (Trabajo final de grado) Recuperado de http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/gabriel_maruri_tfg_febrero_2015.pdf
- Negro, M. (2016). *Producción de subjetividad: pensamiento, lenguas, territorios y extranjería*. (Trabajo final de pre-grado).
- Olivos, P., Brunei, A., Cid, C. y Mailer, S. (1988). Psicoterapia de grupo de orientación analítica con pacientes psicóticos en un marco de comunidad terapéutica. *Revista de Psiquiatría* 5, 127-130.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Discapacidades y rehabilitación*. Recuperado de <http://www.who.int/disabilities/care/es> (20/02/17)
- Ornellas, M. (2007). Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental: Construcción de estrategias. *Revista Latino-am* 15(4), s/n.
- Ozamiz, J., Markez, I. y Agurtzane, O. (2014). Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental. *Norte de salud mental* 12(48), 89-94.
- Palacios, A. y Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad. La bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Madrid, España: Diversitas.
- Palleiro, E. (2011). .Contribución de C.I.P.RÉ.S a la rehabilitación desde el área del psicoanálisis multifamiliar. [Web log post]. Recuperado de <http://cipresuruguay.blogspot.com/2011/07/contribucion-de-cipres-la.html>
- Palleiro, E. (2015). *Reflexiones sobre el modelo de Habilitación desde el Psicoanálisis Multifamiliar y los Derechos Humanos*. Congreso II Jornadas Europeas de Grupo

- Multifamiliar, ¿como cura el grupo de psicoanálisis multifamiliar?. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Pardo, V., Del Castillo, R., Perez Rosas, D., Paladino, F., y Kaplan, M. (2014). Evaluación de resultados de un programa de rehabilitación psicosocial integral (Centro de Día) para personas con trastorno mental grave y persistente. *Revista de Psiquiatría Uruguaya*, 78(1), 13-30.
- Percia, M. (2004). *Deliberar las Psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Lugar
- Porras, I. (comp.). (2009). *Unión de Familiares, Un camino esperanzador*. Ponencia presentada en la Primer Jornada de Intercambio de Experiencias Innovadoras en Salud Mental. Montevideo: O.P.S – M.S.P. – P.N.S.M
- Saidon, O (s/f), *Políticas en Salud Mental*. Recuperado de <http://www.vocesenelfenix.com/content/pol%C3%ADticas-de-salud-mental> (13/03/17)
- Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad*. Sevilla, España: Servicio Andaluz de Salud.
- Uruguay. Poder Legislativo (1984). Ley N.º 11 139. *Patronato del Psicópata*. Recuperado de : <https://parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp? Ley=11139&Anchor=>
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Vásquez, A. (2013). Clasificación internacional de funcionamiento e investigación en psicología y salud mental: hacia una integración. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 3(1), 120-138.
- WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial), y OMS (Organización Mundial de la Salud), (1996). *Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/WHO*. *Wapr Bylletin*, 8(3).