



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

La Rehabilitación Psicosocial como modalidad de asistencia al paciente con Esquizofrenia.

TRABAJO FINAL DE GRADO

Modalidad: Monografía

**Autor: Lázaro Gonzalo de los Santos Finozzi
C.I.: 4.674.596-3**

Tutora: Prof. Adj. María Mercedes Couso Lingeri

Montevideo, 30 de octubre de 2016

Índice

Agradecimientos	4
Resumen.....	5
Abstract	6
1. Introducción	7
2. Justificación	8
3. Antecedentes	10
3.1.Llegada de los antipsicóticos.....	10
3.2.David Cooper y los movimientos de la antipsiquiatría.....	11
3.3.Franco Basaglia: Ley 180	14
3.4.Aproximaciones a la Rehabilitación Psicosocial	15
3.5.Aportes de García Badaracco	16
3.6.Plan Nacional de Salud Mental	19
4. Desarrollo	21
4.1.Consideraciones sobre Esquizofrenia	21
4.2.La rehabilitación psicosocial.....	24
4.2.1.Objetivos	26
4.2.2.Filosofía de atención	27
4.2.2.1.Modelo de vulnerabilidad	27
4.2.2.2.Modelo de competencia	28
4.2.2.3. Normalización.....	29
4.2.2.4.Enfoque comunitario.....	29
4.2.2.5.Desinstitucionalización.....	29
4.2.3.Fases.....	30
4.2.3.1.Acogida o recibimiento	30
4.2.3.2.Evaluación	31
4.2.3.3.Plan individualizado de rehabilitación	32
4.2.3.4.Intervención	33
4.2.3.5.Seguimiento	36
5.Consideraciones finales.....	37
6. Referencias bibliográficas	41

Agradecimientos

Siento la necesidad ética de agradecer a la Facultad de Psicología por darme la oportunidad de estudiar allí. A lo largo de este recorrido, que encuentra su fin, la Facultad me aportó significativos aprendizajes de contenido personal, humano y profesional; que me comprometo a devolver a la sociedad en otro recorrido que está por comenzar.

Quisiera agradecer a toda mi familia por el apoyo y la motivación constante, pero especialmente a mis padres que sin sus luchas incesantes este logro no hubiese sido posible.

Me resulta cada vez más convincente aquel axioma... *cuando el carro anda, los melones se acomodan.*

Resumen

La modalidad de asistencia a personas con psicosis esquizofrénica ha ido evolucionando con el tiempo a partir de la introducción de cambios estructurales en la matriz sanitaria, principalmente en los países desarrollados.

Ampliar la mirada para entender que la Esquizofrenia tiene una repercusión en múltiples esferas de la vida del sujeto es fundamental para entender tanto la filosofía como las praxis de rehabilitación psicosocial. La integración de un tratamiento biológico y psicosocial se hace imprescindible si se logra visualizar lo anteriormente señalado.

Este trabajo pretende acercar los sustentos teóricos pertinentes, con el fin de lograr que el lector concluya que la rehabilitación psicosocial es una modalidad de asistencia necesaria para la persona que padece Esquizofrenia. Se entiende la rehabilitación psicosocial como un proceso en el tiempo, conformado por fases que orientan la labor clínica.

Finalmente se reflexiona en relación a la aprobación de la nueva Ley de Salud Mental, la importancia tanto de este cambio jurídico que acompañe los tiempos que corren, como de un paradigma integral y multidisciplinario de asistencia que contemple los derechos de las personas con trastornos mentales.

Palabras claves

Rehabilitación psicosocial – Esquizofrenia – Modalidad de asistencia.

Abstract

The form of assistance to people with schizophrenic psychosis has evolved over time from the introduction of structural changes in the health matrix, mainly in developed countries.

Broader perspective to understand that schizophrenia has an impact on many areas of the subject's life is fundamental to understanding both the philosophy and the practice of psychosocial rehabilitation. The integration of biological and psychosocial treatment is essential if taking into consideration what is mentioned above.

This work aims to bring relevant theoretical underpinnings, in order to get the reader to conclude that psychosocial rehabilitation is a form of assistance necessary for the person with schizophrenia. Psychosocial rehabilitation is understood as a process over time, comprising phases that guide clinical work.

Finally we reflect in relation to the adoption of the new Law on Mental Health, the importance of both this legal change that accompanies modern times, and a comprehensive and multidisciplinary paradigm of assistance that addresses the rights of people with mental disorders.

1. Introducción

El propósito de esta monografía es abordar la Rehabilitación Psicosocial en pacientes con psicosis esquizofrénica. Para ello se consideró pertinente, en primer lugar, seleccionar *algunos* momentos históricos fundamentales que dan cuenta del desarrollo de esta forma de asistencia más amigable, humana e integral como es la rehabilitación psicosocial. En segundo lugar, se trabajará la rehabilitación psicosocial propiamente dicha y los elementos que la componen: objetivos, metodología, filosofía, entre otras. La manera de posicionarnos frente a la rehabilitación psicosocial es un proceso continuo compuesto por fases, por este motivo se desarrollan cada una de ellas con la finalidad de dar a conocer la complejidad que sustenta al modelo, reflexionando en relación a la importancia y la necesidad que tiene para la persona que padece Esquizofrenia esta modalidad de asistencia.

El interés por la temática surge en el marco de la práctica “Rehabilitación Psicosocial en psicosis”, perteneciente a la Licenciatura en Psicología, realizada durante el año 2015 en el centro de rehabilitación psíquica Dr. Alberto Martínez Visca. La experiencia de poder acompañar en el proceso de rehabilitación a pacientes con trastornos mentales severos (TMS), generar vínculos terapéuticos, estar “cerca de la patología mental”, intentando articular teoría con práctica y entender el *encuentro* como el lugar donde suceden cosas, fueron sugiriendo una investigación más detallada.

Se presentaron interesantes desafíos de afrontar como por ejemplo la construcción del vínculo con los usuarios; poder visualizar una dinámica de funcionamiento tanto institucional como grupal; comprender a ese otro con las limitaciones propias de la enfermedad para aceptar luego la forma de relacionamiento que ha encontrado y así, generar movimientos empáticos; insertarse en espacios donde emergen dudas, dolores, problemas cotidianos, alegrías y tristezas, tal y como sucede a la interna de un grupo terapéutico. Todas estas instancias marcaron un antes y un después en el recorrido como estudiante y sin lugar a dudas delinearon un camino posible en un futuro profesional.

Este centro de rehabilitación psicosocial forma parte de lo que se conoce como centro diurno, destinado tanto a la atención de personas con TMS como a sus familiares. El objetivo de la institución es disminuir las manifestaciones patológicas de la enfermedad mental en la vida cotidiana de los usuarios, con el fin de alcanzar estados de salud lo más estables posibles, permitiendo a las personas hacer conscientes sus

capacidades, generar proyectos de vida, contribuir al fortalecimiento de la comunidad de la que son parte y afrontar los desafíos que propone la vida.

2. Justificación

Posicionarse desde un lugar que tenga que ver con la esperanza, abandonando pesimismo y no tener a la patología mental como “algo irreversible” son quizás los primeros movimientos prácticos para empezar a entender la rehabilitación psicosocial de pacientes con Esquizofrenia. Creer que es necesario y por otra parte posible, nos coloca en un lugar favorable de trabajo.

Cuando se trabaja con personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como Esquizofrenia se debe tener en cuenta que padecen grandes déficits socio-sanitarios que no deben reducirse linealmente a síntomas psicopatológicos, sino que afectan también su rendimiento psicosocial, su integración social, laboral y comunitaria; es decir su manera de estar en el mundo. Por esto, además de un tratamiento psiquiátrico, es necesaria una asistencia integral que contemple las necesidades y posibilidades del sujeto a través de programas de rehabilitación psicosocial y apoyo social, que les devuelvan la mayor cantidad de capacidades y habilidades perdidas por la enfermedad, logrando así una mejor calidad de vida (Casarotti et al. 2003).

Investigaciones y estudios realizados por Hogarty y Ulrich han demostrado que la combinación e integración de tratamientos biológicos y psicosociales disminuyen las recaídas en un 50%, comparado con pacientes que son asistidos solamente con antipsicóticos; como también se ha demostrado que los tratamientos en rehabilitación psicosocial si no son acompañados de dosis correctas de medicación resultan ineficaces (Casarotti, et al. 2003).

Por definición la rehabilitación psicosocial va a intentar cubrir áreas del funcionamiento del sujeto que le son ajenas o que no logran cubrir el tratamiento biológico. Al respecto, Evaristo (2000) argumenta que el tratamiento farmacológico por sí solo es un instrumento pobre e inadecuado, y que en muchas ocasiones, es útil solo en la fase aguda de la enfermedad, por tanto su amplitud no abarca la complejidad que representa una enfermedad mental en un ser humano. En este Arias 2003 et al., comenta que “un cambio en los síntomas no provoca necesariamente un cambio en el funcionamiento” (Arias et al., 2003, p.198). La rehabilitación psicosocial, entonces, jugará un papel determinante en el terreno del funcionamiento para infundir cambios tanto personales como sociales (Arias et al. 2003).

La persona que padece Esquizofrenia está expuesta a un alto grado de vulnerabilidad que constituye a la enfermedad; al respecto Zubin plantea que esta es una característica permanente en la Esquizofrenia y que influyen factores como la personalidad premórbida, ocupación, red social, entre otros (Arias et al, 2003). La estigmatización trae de la mano la vulnerabilidad y son aspectos que debemos tener en cuenta, lo que nos compromete aún más como clínicos interesados por el tema, fomentando el acompañamiento y la comprensión.

La heterogeneidad de la enfermedad nos interroga continuamente y nos debe colocar en un lugar creativo de trabajo, teniendo presente como dice Florit-Robles que “un mismo diagnóstico no implica unas mismas necesidades” (Florit-Robles, 2006, p.224).

3. Antecedentes

Mediante una selección detallada se pretende citar aquellos antecedentes históricos que se consideran importantes para la llegada posterior de la rehabilitación psicosocial como forma integral de intervención en pacientes con Esquizofrenia. Quizás nos encontremos con antecedentes que no son estrictamente de rehabilitación psicosocial, pero que sí fueron mojones que sentaron las bases y delinearon un camino para desembarcar en esta forma de asistencia.

Vallejo (1991) sostiene que los movimientos de antipsiquiatría no tuvieron la misma repercusión en todas las culturas; así como en algunas pasaron bastante desapercibidos, en otras, generaron cambios radicales en la manera de asistencia psiquiátrica. Agrega que el logro más significativo fue integrar “lo social” a la etiopatogenia de la enfermedad, produciendo de esta manera una conciencia social sobre la enfermedad mental. Es importante también lo que señala Uruchurtu (2010) cuando afirma que “el tratamiento biológico no constituye más que una parte, que incluye igualmente una dimensión psicológica y social” (p.3). La complejidad de la enfermedad nos exige no solo sensibilizar al respecto sino entender que “lo social” es parte del tratamiento de la enfermedad, aspecto en el cual nos detendremos más adelante.

3.1.Llegada de los antipsicóticos

Pretender reconstruir la historia del uso de psicofármacos por parte del hombre, exige remontarnos a épocas muy tempranas de la existencia, ya que el uso de éstos para modificar conductas es tan antiguo como el hombre mismo (Uruchurtu, 2010). Dan cuenta de esto los primeros textos encontrados en Babilonia, en Egipto y en grabados precolombinos; se utilizaba el opio, el cannabis, la coca y el peyote, primeras drogas usadas por el hombre con fines medicinales.

De acuerdo a nuestros intereses es en la década de 1950 que se da una revolución en la historia de la psiquiatría con la llegada de los antipsicóticos. Esto genera un cambio de paradigma en la asistencia a la enfermedad mental, posibilidades terapéuticas “más amigables” y un tono optimista al pronóstico de la Esquizofrenia; ya quedaban atrás las curas de insulina, los baños terapéuticos, la trementina, entre otras formas de tratamiento a la enfermedad mental.

Uruchurtu (2010) señala que 1952 es el año en que se emplea por primera vez la cloropromazina como estabilizador neurovegetativo, a su vez, en esas épocas los psiquiatras franceses Pierre Deniker y Jean Delay son los primeros en aplicar esta droga en pacientes con Esquizofrenia. En 1957 Paul Janssen, químico farmacéutico Belga, sintetiza por primera vez una butirofenona: el haloperidol, antipsicótico que es utilizado hasta el día de hoy en pacientes con psicosis. Estos son los antipsicóticos de primera generación o convencionales, comúnmente llamados neurolépticos (cloropromazina, haloperidol, tioridazina) (Casarotti et al. 2003).

Comenzaría de esta manera el desarrollo de distintos neurolépticos para el tratamiento principalmente de la Esquizofrenia, con la característica en común de que todos actúan en el bloqueo dopaminérgico central.

En 1960 se utiliza la clozapina y el panorama en la asistencia de la Esquizofrenia se esclarece aún un poco más. Esto significó la llegada de lo que se conoce como antipsicóticos de segunda generación o “atípicos” (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, amisulpride y ziprasidona) dado que se demostró la eficacia antipsicótica de la droga tanto en síntomas positivos como en los negativos. En la misma sintonía Casarotti aclara que el actuar sobre los síntomas de la enfermedad poco tiene que ver con un “apagamiento” de estos, sino en corregir la desorganización del orden mental del sistema nervioso y por otro lado cumplir una función de neuroprotección: “La acción de los antipsicóticos es mejorar los síntomas del proceso esquizofrénico, actuando sobre el proceso mismo, y protegiendo de la progresión en los daños al corregir los procesos de neurodegeneración” (Casarotti et al. 2003, p. 90).

La llegada de los psicofármacos no solo fue positiva desde el punto de vista de la disminución de la sintomatología de la enfermedad, sino que también abrió puertas para estudios sobre la etiopatogenia de la propia Esquizofrenia y el papel que desempeñan los neurotransmisores en esta y en otras enfermedades mentales. En esta línea Pardo señala “indudablemente el advenimiento de los fármacos antipsicóticos en la década de los 50 del siglo XX cambió la teoría y la práctica de la Esquizofrenia” (2007, p.85).

3.2.David Cooper y los movimientos de la antipsiquiatría

Mientras tanto, si uno tiene que enloquecer, la táctica que debe aprender en nuestra sociedad es una táctica de discreción
(David COOPER, 1967, p. 47).

David Cooper (1967), psiquiatra sudafricano fue quien acuñó por primera vez el término *antipsiquiatría* en el año 1967. Su texto “Psiquiatría y Antipsiquiatría” denuncia

la violencia implícita que existe en la psiquiatría. Trazó un paralelismo de la enfermedad con la influencia que tiene la familia en el enfermar del paciente esquizofrénico e incluso llegó a sostener que en el pabellón psiquiátrico se prolonga la misma violencia que comenzó en el seno familiar del sujeto, en etapas tempranas del desarrollo. Un paciente que ingresa en un hospital psiquiátrico está condenado a la despersonalización, marginación y a sistemáticas formas de violencia; al respecto Cooper (1967) sostiene:

En concreto, hay muy poco conocimiento explícito sobre lo que ocurre realmente cuando alguien es internado en un hospital psiquiátrico. En el pabellón no solo lo aguarda una cama física, sino también el lecho de Procusto de los preconceptos del personal, a los cuales debe ajustarse, sea cual fuere el precio, en términos de mutilación de su realidad personal (p.41).

Según Cooper (1967) para superar la violencia impuesta por la psiquiatría, en primer lugar deberíamos reconocer la complejidad dialéctica en la cual está inmersa la realidad humana y en segundo lugar, no reducir las acciones humanas como parte de un proceso. Señala la importancia de tener en cuenta cuál es el eje fundamental de cada existencia humana y el sentido particular de cada persona como motor de su existencia. Cooper (1967) propone que lo ideal es la formación de pequeñas comunidades de entre treinta y cuarenta personas en donde la participación de la comunidad sea una realidad palpable. El paciente logrará desligarse del deseo alineado de clínicos que intentan “moldearlo a medida”, solo si dejan de lado los prejuicios con que cargan estas poblaciones y se rompe con la jerarquía personal-paciente (que le otorga rigidez al tratamiento).

En esta línea Cooper (1967), en el año 1962 se hace cargo de la conducción de un gran hospital psiquiátrico en las afueras de Londres, donde puso en práctica su filosofía de asistencia de la enfermedad mental. Bautizó esta experiencia en antipsiquiatría como la “Villa 21”.

Se esbozarán brevemente las inquietudes que impulsaron al psiquiatra a la creación de esta Villa. En primer lugar, Cooper consideraba como un error que pacientes que él denominó con acting-out y jóvenes que ingresaban al hospital (debido a un primer brote psicótico) estuviesen compartiendo pabellones con personas donde la enfermedad había ocasionado deterioros mayores. Se desprendía entonces la necesidad de un área separada donde los pacientes pudieran manejar sus perturbaciones sin ser etiquetados.

En segundo lugar, existía la necesidad de investigar en relación a la enfermedad y sobre todo la interacción de esta con la familia del enfermo; Cooper comprobó que esto

era bastante complicado de hacerse si no se trabajaba en este terreno específico que se mencionó en el punto anterior. En tercer lugar, planteaba la urgencia de la participación de la comunidad mediante grupos reducidos autónomos, intentando, de a poco, dejar de lado las bases institucionales del hospital.

Cooper (1967) establece que uno de los movimientos cruciales que marcó el camino de la Villa 21 fue el cambio de roles entre enfermeros, pacientes, médicos y terapeutas ocupacionales, lo que significó una desestructuración importante dentro del ámbito hospitalario. En esos tiempos las tareas designadas dentro de la institución estaban bien marcadas, el fundamento de esta idea era lograr cierta horizontalidad en el ámbito, fue así que Cooper se preguntó si pacientes estabilizados podían atender a otros pacientes, o si médicos y terapeutas podían aceptar las limitaciones de sus acciones y reconocerse también enfermos (entendiendo que todos tenemos aspectos sanos y enfermos), factibles de ser atendidos por pacientes. Este fue entonces el primer y más marcado distanciamiento de la asistencia psiquiátrica clásica.

Es interesante tomar esta postura de David Cooper y preguntarnos qué sucede cuando el propósito es la rehabilitación psicosocial; se hacen algo difusos los límites ya que en una rehabilitación deben existir parámetros que le den al sujeto coordenadas de cómo manejarse en la sociedad lo más adaptativamente posible. El reto estará entonces en lograr un equilibrio entre favorecer la autonomía del sujeto y brindar límites a éste que no alimenten, al decir de Cooper, la lógica de “moldear a medida”.

Luego de introducir estos cambios Cooper (1967) percibe que “en el fondo, el problema consiste en diferenciar la autoridad auténtica de la inauténtica” (Cooper, 1967, p. 108) y que en aquel entonces existía en la psiquiatría inglesa una lógica de fortalecer el conformismo con aspectos estereotipados y rígidos de personas que tenían autoridad. Estas personas tendían a “inyectar” en los pacientes expectativas y mandatos sociales alienados de cómo había que ser, dejando de lado necesidades individuales de cada uno. En la medida de que los clínicos puedan abandonar esas costumbres podrán acercarse a la autoridad auténtica; “quizá la característica esencial del liderazgo auténtico es la renuncia al impulso de liderar a los otros” (Cooper, 1967, p.109).

En conclusión, la experiencia de la Villa 21 de Cooper propuso una eliminación de la jerarquía paciente-enfermo de manera que el quiebre entre el enfermo y la familia no represente un aislamiento del enfermo para con ésta.

Se logró un acercamiento de la “locura” a la comunidad, mediante la interacción del trabajo en grupos en la institución y salidas a la comunidad, lo que da cuenta de uno de los primeros movimientos de psiquiatría comunitaria de la época. Según Cooper la

experiencia de la Villa 21 sirvió para mostrar que dar un paso hacia adelante en las intervenciones terapéuticas, significaba dar un paso hacia afuera.

3.3.Franco Basaglia: Ley 180

Alrededor de 1978, en Italia, se comienzan a materializar, en términos de psiquiatría comunitaria, algunos cambios que se venían gestando.

Esta dio un giro considerable promoviendo la desinstitucionalización y colocando al contexto comunitario como un campo plausible de trabajar los trastornos mentales. Los equipos de Salud Mental Comunitarios comienzan a preponderar, desarrollando tareas rehabilitadoras, poniéndose como objetivos fundamentales la reinserción de las personas enfermas en la comunidad. En esta línea de trabajo es muy importante la lucha de Franco Basaglia (1924-1980), médico italiano nacido en Venecia especializado en neuropsiquiatría, el cual entendió desde muy temprano que existía otra forma de “tratar a la locura” y luchó entonces por una reforma institucional que cambiara el modo de ver al paciente con trastorno mental basada en los derechos humanos.

Durante sus años de formación Basaglia fue internalizando distintas teorías que a la postre le servirían para entender una realidad tan compleja como es la del hospital psiquiátrico. Es así que se acercó al método del análisis existencial *Daseinsanalyse* creado por Ludwig Binswanger y Eugène Minkowski, cruzando variables psicopatológicas y fenomenológicas, atendiendo particularmente a la psiquiatría del novecientos más afín a la dimensión terapéutica (Binswanger, Minkowski, Strayss, Freud) y construyendo una visión filosófica que suscribiera a la complejidad del ser humano (Husserl, Heidegger, Merleau Ponty, Sartre). (Basaglia, 2008). Sin embargo, el principal referente de Basaglia fue Jean Paul Sartre (1905-1980). Esta relación signó el pensamiento de Basaglia, tomando conceptos como el de “responsabilidad” y el de “estar en el mundo”. En 1961 Basaglia visita por primera vez un manicomio y se encuentra con una realidad chocante:

También el hombre que veía en el manicomio “había perdido toda dignidad humana: también el manicomio era un enorme chiquero”, pero con un agravante: aquí “hay médicos, camisas blancas, enfermeros, como si se tratara de un hospital para curar. En realidad, es solo un instituto de custodia”. (Basaglia, 2008, p.9).

Es gracias a esta experiencia que Basaglia propone un cambio de paradigma que tendrá como piedra angular la desinstitucionalización; volviendo a Sartre se cuestiona: “¿Qué ocurre entonces con una persona si su “vehículo del ser en el mundo”, aquel

cuerpo que tiene “asegurado a la realidad”, está totalmente forzado al artificio absoluto de la vida institucional?” (Basaglia, 2008, p.10).

El autor propone la eliminación del manicomio como centro de aislamiento, para comenzar a pensar soluciones alternativas que consideren al individuo enfermo en su libertad de elección frente al mundo, pero también la del médico. Se cuestiona cómo podían coexistir las nuevas formas de tratamientos que estaban arribando (era farmacológica, teorías psicodinámicas y servicios psiquiátricos) con el propio manicomio. Basaglia explica tres pilares que entiende fundamentales en su trabajo: el primero de ellos es, como hemos visto hasta aquí, el manicomio como institución pública que se parece a un campo de concentración y que sistemáticamente actúa institucionalizando al enfermo. El segundo tiene que ver con la libre elección del hombre frente al mundo, en palabras de Sartre “condenado a ser libre”, “condenado a hacerse, a elegirse”, en lugar de “a ser” y entiende que el psiquiatra no puede sacarle nunca al enfermo esta posibilidad de libre albedrío que es constitutiva del ser humano. El tercer punto que propone Basaglia es la destrucción del manicomio y usa esta palabra para dar cuenta de que es algo que debe ser eliminado, que la situación exige un cambio drástico donde no se reproduzcan formas de violencia y que comience a perder fuerza la asociación entre locura y manicomio.

Las luchas tendrían sus logros: el 13 de mayo de 1978 se aprobaría en Italia la Ley 180, una reforma constitucional que proponía nuevos horizontes al tratamiento de la enfermedad mental. Basaglia fue consciente de que la aplicación de la ley traería nuevos desafíos que afrontar y que necesitaba apoyo de otras instituciones, administraciones locales, usuarios y técnicos. Pero el autor también entendía que la realidad era bastante más compleja y que para lograr determinados cambios sociales había que superar todas las relaciones de opresión y “vivir la contradicción del vínculo con el otro” (Basaglia, 2008, p.17) aceptar diferencias, valorar positivamente los conflictos y las crisis.

3.4.Aproximaciones a la Rehabilitación Psicosocial

La rehabilitación psicosocial es una práctica contemporánea de intervención en pacientes con trastornos mentales, pero podemos ubicar algún antecedente cercano en la historia en la década del setenta en Estados Unidos, lugar donde tiene origen este modo de intervención. En esos orígenes nos encontramos con que los objetivos que se perseguían eran sencillos y bien claros, mediante la aplicación de un conjunto de técnicas e intervenciones detalladas: procurar una mejor calidad de vida para el enfermo

y acercarlos a la forma más óptima de funcionamiento, sabiendo que la enfermedad ha ocasionado profundas alteraciones de distintos órdenes. Se intenta devolver al paciente aquellas habilidades sociales¹ perdidas y que puedan de a poco recuperar la dignidad de la persona enferma, así como también apuntar a que estos sujetos logren la ciudadanía jurídica, política, civil y económica (Desviat, 2010).

Entre los setenta y los noventa comienzan a aparecer cambios reales en distintas partes del mundo para el trabajo con pacientes de este tipo; intentando no excluir al enfermo mental en hospitales psiquiátricos, sino incluirlo en la comunidad. Se entiende que son otras las necesidades y exigencias que éste tendrá compartiendo un ambiente en común que estando en una situación asilar. Se buscarán programas de rehabilitación que valoricen las competencias personales del individuo, destacando lo afectivo y no poniendo énfasis en la curación de los síntomas; potenciando, a su vez, el tratamiento biológico mediante un dispositivo flexible de orientación.

Estas modalidades de asistencia de a poco irían ganando terreno, como en el caso de España, que también se incorporaría a estas nuevas formas de atención comunitaria, reformulando su constitución y plasmando en la ley las obligaciones inherentes a la atención de pacientes de este tipo. En 1986 llega la reforma psiquiátrica la cual se refleja en el Artículo Nº 20 de la Ley General de Sanidad donde se destaca la asistencia de los problemas de salud mental en el ámbito comunitario para potenciar lo ambulatorio e intentar reducir al máximo las hospitalizaciones, y cuando éstas sean necesarias se realizarán en las secciones psiquiátricas pero de hospitales generales y no en manicomios. Se priorizará por sobre todas las cosas la atención integral del TMS mediante centros de rehabilitación y la reinserción del individuo en la sociedad. Por último trabajarán en conjunto los servicios de salud mental, de atención psiquiátrica y sistema sanitario general, con los servicios sociales para intentar prevenir, en la mayor cantidad de casos posibles, cronicidades (Gisbert et al, 2002).

3.5. Aportes de García Badaracco

En la línea de lo comunitario son importantes los aportes del médico argentino Jorge García Badaracco (1923-2010); su mirada psiquiátrica y psicoanalítica sobre la salud mental resuena coherentemente con el espíritu de este trabajo.

¹Entendidas a nivel psicopatológico como las capacidades del sujeto de establecer y mantener relaciones sociales complejas y sofisticadas. Es una característica propia de la especie humana y da cuenta del grado de capacidad de adaptación social de su salud mental. Neuroanatómicamente estas habilidades están compuestas por diversas aéreas del cerebro que forman un complejo entramado. (Selma, 2008).

Badaracco (2009) sostiene haber creado un nuevo enfoque sobre el pensar la salud mental que denominó “Psicoanálisis Multifamiliar”, enmarcado en un contexto multitudinario y social. Su formación y los años de experiencia le mostraron que éste era un terreno donde se podía no solo curar, sino también investigar y aprender sobre la patología mental, una suerte de “laboratorio”. En la sala del Hospital Borda, del cual era director, en la década de 1960, desplegó la técnica de este modelo que consistía en grandes reuniones donde se invitaba a pacientes, familiares, psicólogos, enfermeros y todos los que estuviesen dispuestos a participar y “charlar un rato”, al decir del autor, sobre diferentes temas. Badaracco lo concebía como un espacio donde se creaba un entorno de trabajo compartido, que mediante la conversación y el intercambio como motores entre todos esos actores, se visualizaban contextos donde cada paciente formaba *recursos yoicos más genuinos*, que le permitan posicionarse favorablemente a la hora de afrontar su enfermedad y los aspectos emocionales y relacionales en juego.

Badaracco (2006) advirtió, durante sus años de observación de la patología mental, que el psicoanálisis, como disciplina, no ofrecía posibilidades de cura cuando se trataba de una enfermedad mental grave; sin embargo, lejos de descartarlo, puesto que el psicoanálisis permitía pensar la psico-patología del enfermo, lo complementó con un enfoque social, desarrollando la “Comunidad Terapéutica”² con una inspiración socio-terapéutica.

La propuesta de Badaracco de trabajar con la familia del enfermo respondía a la idea de que existe un entorno enfermizo en el cual ese individuo está inmerso y que alimenta sus aspectos enfermos; vemos aquí una similitud en lo planteado por David Cooper cuando decía que los síntomas del paciente con Esquizofrenia, eran de alguna manera una denuncia de ayuda.

Badaracco (2006) señala que lo que llamamos enfermedad mental visto de esta manera, está siendo condicionado por otras personas que tienen el poder de producir efectos perturbadores en el paciente, lo que denominó como “objetos enloquecedores”. En la medida de que podamos intervenir sobre estas cuestiones estaremos en condiciones de comenzar a rehabilitar al enfermo integralmente.

Teniendo en cuenta este enfoque de Badaracco hay aspectos interesantes que podemos plantearnos en relación a la mirada sobre *ese otro*: ¿cómo miramos a ese

²En nuestro medio se destaca el Centro de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social (CIPReS), el cual cuenta con una modalidad de psicoanálisis multifamiliar. Así también el centro Martínez Visca y Centro Sur Palermo pero las propuestas multifamiliares en estos dos casos son mensuales.

enfermo?, ¿qué miramos de ese individuo?, ¿en qué hacemos hincapié?, ¿desde dónde miramos? ¿Miramos viendo?

Biemel (1985), señala que cuando se hace referencia a la *mirada* estamos en la dimensión del “estar-con”. Este “estar-con” alude al encuentro entre el hombre con el hombre, el cual no es ajeno al hombre, ya que nuestra existencia está marcada desde el comienzo por la interacción y la convivencia con esos *otros*; a propósito este último dice: “necesitamos ejercer una abstracción muy artificiosa y elaborada para llegar a imaginarnos una existencia humana pura y aislada” (Biemel, 1985, p.49).

Aclara el autor que hablar de la mirada es referirse al desarrollo de esta y no al proceso meramente fisiológico por el cual percibimos los objetos del mundo a través de nuestras retinas; se hace necesario sintonizar con cierto grado de abstracción para entender el fenómeno de la mirada.

Badaracco (2006) establece que en el grupo de Psicoanálisis Multifamiliar, como al igual que en otras formas de psicoterapia, hay una dimensión que es el “contar-con”, que alimenta una solidaridad grupal y a su vez alude a tener el apoyo (al ser grupal) de esos “muchos otros”. Cuando se trata de una psicoterapia individual ese “otro” fundamental es el analista. Volvamos al comienzo, articulando ideas: para estar en la dimensión “contar-con” es imprescindible “estar-con”, subyace aquí la lógica del encuentro como principal herramienta de curación. En este “estar-con”, que como vimos tenía que ver con la mirada y con el *cómo es mirado* ese enfermo, es un elemento que Badaracco supo desatar, analizando qué elementos estaban en juego en la mirada y el *poder curativo o enfermante que tiene la manera de mirar al enfermo mental*. Se llega así a formular el concepto de “virtualidad sana”, que promueve justamente el *mirar* los aspectos sanos del individuo y centrarse en ellos para dirigir la cura.

La “virtualidad sana” tiene un “potencial”, a partir del cual se van a poder desarrollar “recursos yojicos nuevos”. Es desde éstos, a su vez, que el “proceso terapéutico curativo” va a tener lugar como un “proceso de desarrollo” de nuevos recursos psico-emocionales, recursos con el “poder” de desarmar el poder enfermante de las “interdependencias patógenas” en las que esa persona ha quedado atrapada. (Badaracco, 2006)

El trabajo de años lo llevo a Badaracco a darse cuenta de que al tratar a los enfermos mentales como “sanos” había una tendencia a mostrar esta virtualidad sana que todos los pacientes poseían, pero a la vez, ellos no estaban dispuestos a deshacerse de ella si no encontraban un ambiente seguro para hacerlo. Además advirtió que se podía vincular con los enfermos desde los “aspectos sanos potenciales” y así,

parecerse más a ellos y ayudarlos en su proceso terapéutico desde las similitudes y no desde las diferencias que propone la patología (Badaracco, 2006).

El grupo de psicoanálisis multifamiliar como opción de trabajo tiene beneficios. Según Badaracco el integrar en la mente de todos los participantes las distintas experiencias vividas en el grupo, tiene el poder terapéutico de abrir espacios mentales. A su vez, las experiencias vividas se multiplican en el grupo por la influencia de diferentes factores: la posibilidad de hacer conscientes mecanismos primitivos de defensa como negación, proyección, escisión, desplazamientos, identificación. Es posible pensar entonces, que lo que se conoce como identificación proyectiva masiva que un paciente despliega sobre un terapeuta es, en realidad, un desplazamiento de alguna situación vivida en un contexto problemático; el grupo permite re-construir situaciones traumáticas y re-activarlas en transferencias múltiples, lo que permite trabajar la experiencia de manera individual-subjetiva y a la vez totalizarla.

3.6. Plan Nacional de Salud Mental

Conforme a los cambios revolucionarios impulsados por David Cooper en Inglaterra y Franco Basaglia en Italia, de a poco también llegarían a nuestro país políticas similares de asistencia para personas con padecimientos mentales. En 1986, luego del advenimiento de la democracia, el Ministerio de Salud Pública crea el Programa Nacional de Salud Mental (en adelante, PNSM).

No debemos perder de vista que esta, como otras grandes transformaciones estructurales están enmarcadas en una coyuntura socio-político cultural determinada que posibilitan la aparición de este tipo de cambio de paradigma.

A propósito Bentura y Mitjavila (s.f.) sostienen que estos cambios se dan en un periodo de ajuste estructural de los países de América Latina impulsado por el “consenso de Washington” que promueve reformas tributarias, disciplina fiscal, liberalización comercial y financiera; es un periodo de reorientación de la seguridad social donde se ha replegado el estado y se han redefinido las políticas sociales. En esta misma línea, Ginés, Porciúncula y Arduino (2005) mencionan que hubo dos grandes acontecimientos que hicieron posible este cambio en la psiquiatría uruguaya: la derrota de la dictadura cívico-militar y veinte años después, la elección por parte de la sociedad uruguaya de un proyecto político progresista, que entre sus planes estaba la modificación estructural de la atención en salud. Por lo tanto en el origen de estos cambios en salud mental encontramos una fuerte influencia política y una búsqueda de procesos democráticos y progresistas de la sociedad uruguaya.

Bentura y Mitjavila (s.f.) establecen que el PNSM fue una transformación en la asistencia a la salud mental centrada en la asistencia integral, con un fuerte vínculo en la comunidad, favoreciendo los espacios de rehabilitación psicosocial que habiliten nuevamente al sujeto con trastornos mentales, a *habitar* la sociedad. La puesta a punto de este plan supuso cambios en los modelos asilares, que en este caso desde 1880 lo brindaba el hospital Vilardebó, para integrar la salud mental al servicio de salud general. Gracias a la creación del PNSM en términos de cambios se pueden destacar: en 1966 el hospital Vilardebó pasa a ser “hospital de agudos”, abandonando su rol asilar, disminuye el número de personas internadas en las colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi; ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) crea once equipos de salud mental en Montevideo y veintitrés en el resto del país y por último se crean centros de rehabilitación psicosocial.

Si nos detenemos en algunas investigaciones epidemiológicas históricas sobre la cifra de internación de pacientes en condiciones de asilamiento, Gines et al. (2005) señala que esta ha sido muy variable en relación al tiempo y momento socio-histórico. En 1879 el “Asilo de Dementes” tenía 348 personas con una tasa de seis por diez mil habitantes; en 1880 el Hospital Vilardebó tenía disposición para 700 camas y contaba con 1000 internados, el número crecería aún más. En 1910 eran 1500 personas, la popularidad de este modelo custodial estaba en auge es por eso que para 1912 abren las “Colonias de Alienados” en San José y el número de personas internadas se dispara a 5000 entre ambas instituciones. Es a partir de la década del setenta cuando se observa una disminución, en 1992 eran 2100; en 1997 eran 1500; para el año 1999 se registran 1100 y en el año 2005 se estima que el número de personas internadas estaba por debajo de 1000, todos ellos en las Colonias de Alienados.

Si bien estas luchas han sido fructíferas y son cambios que hay que destacar queda aún por revertir construcciones sociales muy arraigadas en la sociedad difíciles de modificar y que requieren la *participación* de todos los actores, como sostiene Bentura y Mitjavila (s.f.), el rol que cumple el hospital en el imaginario social como “lugar del loco” sin brindar un espacio afuera para la integración con “los normales”.

4. Desarrollo

4.1.Consideraciones sobre Esquizofrenia

Henri Ey (1978), en su tratado de psiquiatría, clasifica a la Esquizofrenia dentro del grupo de psicosis delirantes crónicas, sección que comparte con el Delirio Paranoico, Psicosis Alucinatoria Crónica (PAC) y Parafrenia. Señala que es una enfermedad crónica que altera profunda y progresivamente la personalidad del sujeto ocasionando graves daños en la esfera social que lo lleva a cesar el vínculo con los otros, provocando una retracción autística. Este proceso lo identifica como lento, progresivo y profundo dándole lugar a lo que E. Bleuler señaló años antes como *síndrome deficitario de disociación* (negativo) y por otro lado un síndrome secundario de producción de ideas alucinatorias, delirantes y de sentimientos (positivo).

Estos dos polos opuestos están unidos por cuatro elementos en común que caracterizan a la enfermedad (tomando en cuenta la forma media de esquizofrenia, llamada paranoide): “la ambivalencia”, definida como presencia de dos sentimientos en simultáneo opuestos entre sí (por ejemplo “afirmación-negación”, “amor-odio”); “la impenetrabilidad” es lo que hace incoherente el mundo del esquizofrénico, caracterizado por un fuerte hermetismo; “la extravagancia” fundamentada por la distorsión de la vida psíquica y la pérdida de unidad, se ven conductas extrañas, incoherentes que no se condicionan con lo que demanda el medio; y por último “el desapego” da cuenta del retraimiento del enfermo hacia sí mismo, la pérdida de contacto con la realidad exterior.

Otros síntomas importantes que menciona Ey son la discordancia, las incoherencias ideoverbales, déficits afectivos graves, elementos que pueden evolucionar hacia una disociación de la personalidad. El autor define la Esquizofrenia de la siguiente manera:

La esquizofrenia es una tendencia a la desorganización del Yo y de su mundo, y a la organización de la vida autística; es al mismo tiempo, una malformación estructural y un desarrollo histórico. La malformación y el desarrollo se relacionan y mantienen mutuamente a través de intercambios dialécticos incesantes, pues la historia y la organización de la persona dependen al mismo tiempo de la acción estimulante del Medio y de la integración del organismo. Para nosotros, lo básico de la esquizofrenia no es la aptitud de delirar, sino la instalación en ese modo de vida que es el delirio crónico; no es la posibilidad de vivir una experiencia subjetiva, sino la imposibilidad, la incapacidad de salir de ella (Ey, 1978, p.501).

Monedero (1996) sostiene que en las manifestaciones psicopatológicas confluyen factores biológicos, sociales y psicológicos. Los biológicos serán transmitidos en los genes, enfermedades o alteraciones somáticas. En cuanto a los factores sociales es innegable no trazar un vínculo entre las manifestaciones psicopatológicas y la sociedad, estas van cambiando cuando pasa el tiempo, son diferentes en una cultura y otra, e incluso dentro de la misma sociedad, entre clases sociales. Es decir, las estructuras sociales guardan estrecha relación con las enfermedades mentales. Cada sociedad tiene sus propias concepciones de normalidad y anormalidad psíquica: “cada sociedad tiene un modelo de aquello que debe ser interpretado como locura que es el que preside al diagnóstico” (Monedero, 1996, p.26). En cuanto al tercer factor el autor señala que la psicopatología como disciplina es cambiante y lo que permanece es el *hombre sufriente*; se debe dejar de querer captar la esencia de lo psicopatológico, porque lo esencial solo va a tener sentido si se contempla el ambiente del sujeto (Monedero, 1996).

Tener presente esta concepción de lo psicopatológico nos brindaría una comprensión más sutil de la Esquizofrenia; Bleuler en esta línea de lo psicodinámico, concluyó que era necesario ver la enfermedad desde su “interior” resaltando ya en aquel entonces la complejidad de la misma y lo multifactorial de ese escenario. El aspecto sustancial de esta postura de Bleuler es que daba esperanza para una terapéutica y además nos obliga a pensar al *ser* en continua relación con el *ambiente* teniendo presentes los incesantes cambios que van guiando el desarrollo de una persona, (Ey, 1978). Guarda relación con lo anterior lo que afirma Monedero (1996):

El síntoma es una forma de *expresión* en relación al medio y es preciso saber captar su sentido. Valorar un síntoma en función de un cierto contexto ambiental, no es lo mismo que limitarse a diagnosticarlo como formando parte de un cuadro clínico o enfermedad (...) (p.26).

Henri Ey sostiene que son múltiples los factores que influyen en la etiología de la enfermedad, genéticos, consumo de sustancias, culturales, psicosociales, familia y ambiente. En relación a estos últimos menciona el “papel de los acontecimientos” como aquellos hechos significativos y puntales previos a la enfermedad como pueden ser duelos, fracasos, parto, exceso de trabajo, emociones que precipitan la enfermedad. Pero le da aún más relevancia a aquellos hechos de la misma índole pero que suceden en etapas claves del desarrollo como la primera infancia (frustraciones precoces) y la

adolescencia (reactivación de la pulsión sexual, conflictos entre la pulsión sexual y el yo).

Para finalizar la definición de este autor debemos referirnos sucintamente a la importancia que este da al “autismo” como forma de existencia en el paciente esquizofrénico, plantea que si antes con Bleuler se consideraba el autismo como un síntoma importante de la enfermedad, esa concepción cambio con el paso del tiempo y se comprendió que el autismo “es lo que caracteriza a la psicosis esquizofrénica”. Se entiende autismo como forma de retrotraerse sobre sí mismo, creando un mundo paralelo, producto de los dos grupos de síntomas que se mencionaban anteriormente: negativos y positivos; los primeros afectan la propia conciencia del sujeto deshilvanando y deteriorando su unidad, a medida que la enfermedad avanza la coherencia y el contacto con la realidad son cada vez más pobres y la disociación de la conciencia aumenta. “Esta pérdida de la continuidad psíquica disloca el profundo sentimiento de unidad que une la persona a su propia historia” (Ey, 1978, p.516), mientras que los síntomas positivos dan cuenta de la liberación de las pulsiones primitivas, el enfermo esquizofrénico no racionaliza las consecuencias de sus actos, simplemente, ante la fuerza del impulso, actúa instintivamente, no se contiene; esto provoca una destrucción continua de las relaciones sociales del enfermo, una aniquilación del objeto, retrae continuamente la carga afectiva que tenían los objetos de su alrededor, llevándola hacia fuentes pre-objetales, alimentando el mundo paralelo antes descrito (Ey, 1978).

Según Glen Gabbard (2006) la Esquizofrenia es una enfermedad heterogénea que en la clínica se manifiesta de una forma cambiante. Enferman personas que tienen un perfil psicológico especial, este autor subraya el factor genético de la enfermedad y menciona su aspecto profundamente perturbador. Este autor hace referencia a la experiencia de Olin y Mednick (1996) quienes después de investigaciones exhaustivas llegaron a la conclusión de que hay dos grupos que pueden ser factores de riesgo para contraer algún tipo de psicosis, el primero de ellos: factores etiológicos, historia familiar de Esquizofrenia, exposición materna a la influenza, problemas perinatales, alteraciones neuroconductuales, funcionamiento familiar complicado, separación de los padres en el primer año de vida; mientras que el segundo grupo estaría formado por precursores sociales y conductas que recuerden enfermedades mentales y que sean advertidas por clínicos, así como también cambios de personalidad.

Con estos elementos Gabbard (2006) sostiene que hay una “conversación” entre los rasgos ambientales, la vulnerabilidad genética y la subjetividad del individuo que facilitaría la etiología de la enfermedad. Resalta la importancia de la concepción

psicodinámica de la Esquizofrenia. Muchos hilos que “tejen la enfermedad” se visualizan mediante interpretaciones psicodinámicas que hacen los clínicos, favoreciendo el tratamiento: por ejemplo la creación de delirios y alucinaciones, vistos desde este punto de vista, serían los que siguen a una herida en la autoestima; mientras que el contenido de los delirios y las percepciones, aparentemente incoherentes para nosotros, sería la forma que encontró ese paciente en contrarrestar la herida narcisista.

4.2.La rehabilitación psicosocial

No debe olvidarse que, aunque se comparten problemas más o menos comunes, estos se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y en la vida de cada uno de ellos (...)
GISBERT et al. 2002, p.11

La rehabilitación psicosocial se ha configurado como una modalidad idónea de intervención para los trastornos mentales de evolución crónica, principalmente Esquizofrenia (Perona 2003). Esto es resultado directo de cambios estructurales en la asistencia sanitaria, enfoques de índole comunitarios y reformas psiquiátricas iniciadas en los países desarrollados. En esta misma línea, Arias et al. (2003) señala que solamente en un modelo de atención comunitario que tiene como objetivo no aislar de la sociedad al sujeto padeciente, sino atenderlo en la comunidad, es que adquiere pleno sentido el concepto y el proceso de rehabilitación psicosocial.

Podemos entender la rehabilitación psicosocial 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. El trabajo en rehabilitación biopsicosocial desde lo cultural y ambiental, implica el encuentro entre la persona que presenta un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente. En dicho encuentro se va privilegiando el lugar de la persona con TMSP, su potencial y saber en un aprendizaje en común hacia la construcción de un camino propio e individualizado. El tratamiento debe tender a que la persona con TMSP pueda tomar conciencia de sus necesidades en interacción con su medio familiar y social contando con el apoyo de los técnicos pertinentes. Avanzar hacia esa meta es reafirmar la recuperación de la persona en su autonomía, en sus capacidades y en su potencial de salud. La recuperación

implica la construcción de un proyecto de vida, definido por la propia persona y en la toma de conciencia de su condición ciudadana. (Del Castillo, Villar, Dogmanas, 2011, p. 85).³

Arias et al. (2003) entiende la rehabilitación psicosocial como un proceso donde el propósito primero es ayudar a las personas que padecen discapacidades psiquiátricas a reinserirse de nuevo en la comunidad, lograr mejorar su funcionamiento psicosocial, y así poder mantenerse en su entorno social en condiciones lo más normalizadas posibles. Al mismo tiempo, Florit-Robles (2006) sostiene que la rehabilitación psicosocial ayuda a reducir el impacto de los síntomas positivos y negativos de la Esquizofrenia, también ayuda a instruir y brindar información al paciente y su familia sobre la enfermedad mental, logrando generar conciencia para prevenir recaídas; favorece la adhesión al tratamiento biológico y además tiene una clara incidencia en la mejora de las habilidades sociales.

La complejidad de la rehabilitación psicosocial hace que la misma abarque muchos escenarios en los que el sujeto tiene participación como son el trabajo, la red social, el alojamiento, relaciones familiares, amigos, ocio, estudios. Esta forma de intervención le devuelve al enfermo su dignidad como persona y ciudadano (Arias et al. 2003).

La idea de que se considere al individuo desde su integralidad supone un abordaje multidisciplinario; la experiencia en el centro de rehabilitación Dr. Martínez Visca da cuenta de esta modalidad de asistencia ya que allí se trabaja con psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, maestras, profesores de educación física, técnicos en estimulación cognitiva, nutricionistas, entre otros. En relación a esto Perona (2003) refiere que un aspecto fundamental de la rehabilitación psicosocial es la *coordinación* tanto interdisciplinaria como interinstitucional, donde se trabaja en conjunto sistemáticamente con el fin de conseguir objetivos específicos. Para el autor la coordinación se puede dividir en tres niveles, el primero de ellos, la *coordinación técnica de tareas clínico-asistenciales*, donde se pretende hacer conversar los conocimientos y las disciplinas en juego, puesto que al trabajar con distintos profesionales de distintas áreas, si no existe la comunicación puede suceder que establezcan objetivos discordantes o hasta incluso contradictorios. Un segundo nivel refiere a la *coordinación para facilitar el trabajo en equipo*, es básicamente la colaboración de todas las disciplinas; y en un tercer nivel se entiende la *coordinación para garantizar la continuidad asistencial*, este punto apuesta al diálogo del centro de rehabilitación con

³Las autoras extraen la definición de rehabilitación psicosocial del Consenso Intercentros del Uruguay, (Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay, 2005).

otras instituciones ya sean sanitarias o no sanitarias. Estos tres niveles alimentan la óptica de asistencia en la comunidad y garantizan coherencia entre los servicios que participan en un proceso rehabilitador de un paciente psiquiátrico.

Casarotti et al. (2003) sugiere que para comenzar un tratamiento de rehabilitación el paciente debe estar estabilizado, es decir, haber cesado los episodios agudos. A su vez destaca la importancia que tiene iniciar un tratamiento de este tipo precozmente para interrumpir la evolución de la Esquizofrenia pero siempre teniendo en cuenta lo anteriormente señalado. Algunos autores entienden poco oportuno intervenir en el período que comprende entre los doce y dieciocho meses después de una crisis ya que en esta etapa hay una vulnerabilidad al estrés más aguda.

La rehabilitación psicosocial debería ser un recurso disponible en cualquier etapa de la enfermedad, con potencial reutilización de la misma en más de un momento de la vida de cualquier paciente. De acuerdo con los conocimientos que hoy se tiene de los variados cursos evolutivos de la esquizofrenia, se conoce que muchos de los pacientes desarrollan una marcada y duradera estabilidad clínica y funcional si se mantiene el tratamiento con neurolépticos. De este modo, la indicación de rehabilitación podría darse en cualquier etapa de su vida. (Casarotti et al. 2003, p. 88).

4.2.1.Objetivos

*Se trata de integrar a una persona en un medio social determinado y no de diseñar un superhombre
(FLORIT-ROBLES, 2006, p.235).*

El centro de rehabilitación Prisma asistencial (s.f) establece que el objetivo principal que debe perseguir toda rehabilitación psicosocial es facilitarle a la persona con dificultades, debido a un trastorno mental severo, la utilización de sus capacidades en el mejor contexto social que sea posible. Además, un proceso rehabilitador debe tener objetivos específicos como entrenar habilidades que le permitan alcanzar mayores niveles de autocuidados y autonomía, promover las habilidades relacionales en el paciente para que pueda establecer vínculos y llevar a cabo roles socialmente valiosos en la comunidad, generar conductas de educación en salud mental para así modificar conductas de riesgo y ser un apoyo a las familias. Por otra parte Casarotti et al. (2003) destaca algunos objetivos claves que deben acompañar a un proceso rehabilitador como reducir todo lo posible la vulnerabilidad al estrés, planificar objetivos individualizados, combatir el aislamiento, evitar recaídas, brindar herramientas para la resolución de problemas cotidianos y estimular la adaptación.

4.2.2.Filosofía de atención

Cuando se habla de filosofía de atención en rehabilitación psicosocial se hace referencia a aquellos principios o valores imprescindibles que rigen la práctica asistencial y fundamentan el estilo de atención y la metodología a desarrollar (IMSERSO, 2007). “Este soporte ideológico y ético tiene una relevancia esencial, porque permite seguir avanzando a pesar de las limitaciones metodológicas o contextuales, posibilita una constante reflexión sobre la realidad y la práctica en rehabilitación y orienta las expectativas” (Gisbert et al. 2002, p.23). La filosofía de atención es importante como modelo de referencia, delinea el *cómo hacer las cosas* ya que como argumenta Florit-Robles (2006) “en rehabilitación psicosocial no todo vale” (p.242).

Cabe destacar, así mismo, que los principios están en consonancia con políticas de derechos humanos y son los siguientes:

4.2.2.1.Modelo de vulnerabilidad

Perona (2003) señala que el modelo de vulnerabilidad-estrés es el que posee más relevancia en lo que respecta a la rehabilitación psicosocial. Fue acuñado por primera vez por Zubin y Spring (1977) y da cuenta de que cada individuo tiene un determinado grado de vulnerabilidad psico-biológica a padecer un trastorno de Esquizofrenia. Cuando se supera el umbral de tolerancia debido a situaciones estresantes vividas por la persona (externas o internas), la vulnerabilidad puede manifestarse a través de un brote psicótico. Este modelo postula que la vulnerabilidad en las personas es una característica que perdura, mientras que el episodio psicótico es temporal y remite. El hecho de que haya recaídas, según este paradigma, va a depender del umbral que tiene la persona para tolerar el estrés y elementos moduladores y protectores, llámese adherencia al tratamiento biológico, entorno familiar, posibilidad de mejorar las habilidades sociales.

Este modelo orienta la rehabilitación tanto en los aspectos evaluadores por parte de los técnicos, como en los terapéuticos y preventivos y da cuenta de que el problema terapéutico primario no va a ser curar el trastorno sino intentar prevenirlo la primera vez o en nuevas apariciones (Ruiz-Vargas 1978) (Perona, 2003).

Es interesante lo planteado por Monedero (1996) quien otorga relevancia al carácter pre -mórbido existente en pacientes con Esquizofrenia. Señala que hay consenso en afirmar que hay una personalidad esquizoide previa a la enfermedad y que

sujetos que presentan una actitud evitativa, conductas autistas, las manifiesten desde siempre y se actualizan en estos momentos de vulnerabilidad señalados.

El autor afirma que el paciente esquizofrénico es un sujeto vulnerable y desde siempre está dando señales de su vulnerabilidad. Desde esta postura el autor hace la siguiente conceptualización:

La esquizofrenia no es ninguna enfermedad, sino una forma de reacción de las personalidades más o menos vulnerables, por lo que su sintomatología puede comprenderse como la reorganización de una personalidad preexistente (...). La vulnerabilidad no da “síntomas”, sino que pone en evidencia determinadas facetas de la constitución de la naturaleza humana en ciertas situaciones (Monedero, 1996, p. 120).

4.2.2.2. Modelo de competencia

Evaristo (2000) menciona que un factor que favorece la cronicidad en pacientes con Esquizofrenia es “el enfoque sobre los déficit y la totalización de la enfermedad con consiguiente destrucción de las capacidades residuas y de la red social (...)” (p.88).

La cita se relaciona con el modelo de competencia (Costa y López, 1991), el cual según IMSERSO (2007) es un modelo que permite lograr coherencia entre las necesidades del usuario y los recursos que este tiene. Forma parte de la filosofía de atención en rehabilitación psicosocial, es importante tener presente este modelo para alinear objetivos a las actitudes del usuario teniendo presente las expectativas que el enfermo tiene y las características del ambiente. Señalemos lo que dice Florit-Robles (2006) al respecto: “toda rehabilitación psicosocial debe apoyarse como eje prioritario en aquellas habilidades conservadas por los sujetos y potencialidades que de modo natural ofrece su medio” (p. 227). El mismo autor, argumenta que este es un modelo adecuado para la rehabilitación psicosocial que pone un manto de esperanza al tratamiento debido a que promulga la existencia de recursos sanos en todas las personas. Es tarea del técnico entonces resaltar y activar estos recursos y potenciar los de la comunidad; lo que exigirá la individualización del tratamiento, fase que se desarrollará más adelante en el presente trabajo.

Si nos remitimos a los antecedentes vistos en esta monografía, el modelo de competencia estaría representado con los aportes de García Badaracco, entendiendo que dicho autor postuló el concepto de virtualidad sana que, como vimos, hacía referencia a centrarse en aquellos aspectos conservados por el sujeto, dejando en claro que la forma de mirar al sujeto enfermo también nos posiciona en un lugar de trabajo favorable o desfavorable.

4.2.2.3. Normalización

Según IMSERSO (2007) la normalización hace referencia a la necesidad de brindarle a una persona las ayudas, apoyos, estructuras, actividades y oportunidades para que tenga un modo de vida lo más parecido posible al resto de la sociedad.

El enfoque sobre la persona enferma nuevamente va a ser lo que determine (mediante evaluación continua, necesidades tanto del usuario como de la familia, expectativas, entre otros), dónde se va a colocar el techo de “normalidad” a alcanzar.

A su vez, la normalización también tiene que ver con la posibilidad de ejecutar roles socialmente valiosos, como son trabajar y estudiar.

4.2.2.4. Enfoque comunitario

Este punto, como los otros pertenecientes a la filosofía de la rehabilitación, es un eje vertebrador de la rehabilitación psicosocial. Recordemos que, como fue señalado anteriormente, la rehabilitación debe adecuarse al medio donde interactúa el enfermo, entonces no podemos pensar en la rehabilitación sin tomar en cuenta, conocer, las características del ambiente. Según IMSERSO (2007) el enfoque comunitario es importante a su vez en la estimulación del usuario, la participación de estos en su vida cotidiana, la interacción para la ayuda de paciente y su grupo familiar y la formación de redes de apoyo. Por su parte Arias et al (2003) señala:

El lugar de la rehabilitación psicosocial es el espacio comunitario, que es el campo natural de resolución de las dificultades de los sujetos, en el buen entendido de que el campo de lo psíquico y lo social, lo económico y lo político están íntimamente ligados, porque “indisoluble es lo social y lo psíquico en el sujeto” (p.197).

4.2.2.5. Desinstitucionalización

La desinstitucionalización guarda una estrecha relación con los procesos históricos de reforma sanitaria llevados adelante como vimos en los antecedentes, por Cooper, Basaglia, Badaracco, entre otros. Al decir de Arias et al. (2003) busca el cambio de actuación signada por la exclusión social por un modelo que apunte a la salud. Pero este cambio de paradigma tiene la intención de ir más allá, devolverle al paciente la esperanza, sus derechos, mejorar la calidad de vida, lograr una resubjetivación. Es sustancioso lo que menciona Arias et al. (2003): la desinstitucionalización no consiste en la deshospitalización o en la transinstitucionalización, sino que exige un cambio en la

forma de atención, que se ajuste y considere el padecimiento del sujeto, que le permita a la persona con Esquizofrenia vivir en la sociedad con la mayor autonomía y ajuste social posible. En relación a la transinstitucionalización Florit-Robles (2006) advierte que puede suceder que el centro de rehabilitación se convierta en una institución cerrada donde el sujeto encuentre todo (comida, amigos, cuidados, etc.) y se pierda de vista que esto no favorece la reinserción social, y si en algún punto esto no es volver a la institucionalización que durante tanto tiempo se ha criticado. Reflexiona que: “la vida está afuera del centro y tiene sus dificultades, problemas y aunque pueda resultar menos protectora que la burbuja aislada de una institución total, también resulta más atractiva y normalizada” (Florit-Robles, 2006, p.242).

Subyace entonces la noción de rehabilitación psicosocial como un *continuum* iniciado con la desinstitucionalización, seguido con el proceso integral rehabilitador y finalizado con la reinserción social del sujeto. Entonces, la idea de desinstitucionalizar se fundamenta en la rehabilitación y se rehabilita para que la persona se integre de nuevo a la comunidad. (Arias et al. 2003).

4.2.3.Fases

La rehabilitación psicosocial, por definición, debe ser entendida como un proceso, donde se conjuga la participación de diferentes actores. Dicho proceso cuenta con una serie de fases que lo organizan, personalizando y enmarcando la intervención en momentos. Pero como dice Florit-Robles (2006) no hay que entender estas fases como estadios inamovibles, dado que en algunos casos se superponen o saltean.

4.2.3.1.Acogida o recibimiento

Las personas que llegan a un centro de rehabilitación se enfrentan a una situación nueva en su vida, por lo tanto generadora de estrés; es importante en esta fase tener precauciones de que este sentimiento no juegue en contra de la voluntad de asistencia, se debe cuidar tanto al paciente como a la familia. En la misma sintonía, Del Castillo (2002) argumenta que muchas veces esta instancia puede resultar en la asunción de la enfermedad y del tratamiento, ya que muchos sujetos presentan baja conciencia de enfermedad. En estas primeras instancias de contacto aparece el sufrimiento, la incomprensión, el dolor de las familias por el familiar enfermo. Se indaga la historia, las crisis, los deseos, lo previo a la enfermedad, cómo la vive, la ruptura, los recursos sanos, el posicionamiento del sujeto frente a la rehabilitación.

Florit-Robles (2006) menciona algunos componentes a tener en cuenta en la evaluación, siendo flexibles a ellos: por un lado la voluntad del sujeto de comenzar el

proceso; la capacidad cognitiva que le permita comprender de que se va a tratar dicho proceso; en tercer lugar las expectativas de su entorno. Se debe tener en cuenta el deterioro producido por la enfermedad, cronicidad y gravedad; valorar la autonomía del sujeto en la vida cotidiana y por último las habilidades sociales para relacionarse con otras personas con trastornos mentales.

Ya en esta etapa comienza a individualizarse el tratamiento, en el primer contacto se empiezan a vislumbrar algunas de las necesidades del usuario, que luego se profundizarán en la fase de *evaluación* propiamente dicha.

4.2.3.2.Evaluación

Es una instancia clave e ineludible en las técnicas psicosociales (Perona, 2003). Por su parte Arias et al. (2003) agrega que es un proceso que va a guiar la intervención y va a sentar las bases para delinear el Plan Individualizado.

Al ser la rehabilitación psicosocial un proceso en el tiempo, induce cambios los cuales siguen un patrón determinado teniendo en cuenta dos características: la personalidad del sujeto y la intervención que reciba. La evaluación es una instancia que sirve para esclarecer el sentido de este cambio. Aquí es cuando observamos la funcionalidad del sujeto; evaluar su funcionamiento implica hacer un mapeo sobre los vectores que lo componen y los roles sociales que el sujeto desempeña. Es importante saber cómo el usuario resuelve algunas de las exigencias impuestas por la vida cotidiana (Arias et al. 2003).

En este sentido, "El diagnóstico psiquiátrico se centra en las condiciones patológicas y en el desarrollo de los síntomas, la evaluación en rehabilitación en las habilidades y los recursos que la persona necesita para conseguir sus objetivos (McDonald-Wilson y otros, 2001)" (Arias et al. 2003).

Como fue citado durante el presente trabajo, la Esquizofrenia afecta múltiples áreas de funcionamiento del individuo por lo tanto coloca a la evaluación como una tarea, ante todo, compleja. Los elementos y áreas a evaluar por lo tanto son diversos, IMSERSO (2007) señala los siguientes: a) autonomía personal: se centra en la autonomía del usuario tanto económica, laboral y el manejo de su entorno (cómo se desempeña con el transporte, el dinero, las salidas de su domicilio); b) autocuidados: recoge datos sobre las costumbres del usuario, alimentación, aseo personal, los hábitos personales y de su familia; c) autocontrol: cómo el sujeto se desenvuelve en situaciones estresantes, qué habilidades tiene para afrontar dichas situaciones, los niveles de autoestima; d) funcionamiento cognitivo: se recoge información sobre en qué medida estos déficits interfieren en la vida cotidiana del sujeto, se evalúa la atención, la memoria, las

funciones ejecutivas, la orientación témporo-espacial, lectura, cálculo y escritura; e) medicación y tratamiento: se valora la conciencia de enfermedad, qué sabe el usuario a cerca de su diagnóstico, síntomas, causas, la adherencia al tratamiento biológico, la asunción del nuevo tratamiento, factores de riesgo y de protección; f) habilidades sociales: evaluamos las relaciones interpersonales del sujeto, la comunicación con su familia y comunidad; g) núcleo de convivencia: se registra la relación con su familia, el clima familiar, el apoyo que recibe el usuario por parte de ésta, la carga percibida por el usuario en el seno familiar; h) psicopatología: hace hincapié en la enfermedad en el momento actual, las crisis que ha sufrido, internaciones, datos de su historia clínica. Además, Florit-Robles (2006) agrega otros dos ítems. Por un lado, el ocio y tiempo libre, es decir, cómo diseña el usuario sus ratos libres, qué actividades realiza, qué intereses lo mueven; será necesario saberlos para la posterior individualización de la intervención. Por otro lado, la psicomotricidad del paciente: se centra en la evaluación de su cuerpo, cómo percibe su imagen corporal y la del otro, motricidad fina y gruesa.

4.2.3.3. Plan individualizado de rehabilitación

La justificación de la elaboración de un plan “diseñado a medida” está dada por los principios mismos de rehabilitación psicosocial y además por las características de la Esquizofrenia. En todos los individuos, como dice Gabbard (2006), se manifiesta de forma cambiante y es heterogénea en cuanto a su curso, síntomas, evolución, déficit, necesidades, apoyos y recursos. Al respecto Evaristo (2000) afirma: “la enfermedad se convierte, pues, en algo personal” (p.93). Se hace imprescindible que la intervención sea a través de un Plan Individualizado de Rehabilitación (en adelante PIR) e interdisciplinario (Sandoval, s.f.).

Arias et al. (2003) establece que el PIR es la bisagra entre la evaluación y la intervención y ordena ambos momentos.

Sandoval (s.f.) define el PIR como:

Un esquema o programa sistemático (es decir, ajustado a sistema o método) en el que se proponen objetivos y formas de llevarlos a cabo, estructurado secuencialmente, flexible y dinámico (permite realizar modificaciones y cambios). Es una programación del trabajo rehabilitador centrada en el individuo y su idiosincrasia, en la que se definen objetivos y se proponen “formatos de intervención” (Fernández Blanco, 1997, p.113) (Sandoval s.f.).

El PIR va a estar ajustado a los objetivos que se persigan y todo objetivo implica un propósito, la meta por la cual se elige ese plan o método. "En rehabilitación psicosocial

esto va a tener que ver con lo que esperamos conseguir de una persona, lo que, de acuerdo a la evaluación antes hecha, consideramos que el sujeto puede alcanzar (González y otros, 2002)" (Sandoval s.f.).

Florit-Robles (2006) menciona la importancia que tiene definir los objetivos de corto, medio y largo plazo haciendo siempre partícipe al usuario y a su familia en la medida de lo posible. Es una instancia de "negociación" donde el usuario expone lo que siente que debe mejorar, el profesional argumenta las necesidades que percibe en el sujeto; hay otras áreas de coincidencia que ambos entienden pertinente rehabilitar y por el contrario existirán déficits que detecta el técnico y pasan desapercibidos por el enfermo; aquí es cuando la negociación debe entrar en juego. El autor sugiere que si se producen cambios en la vida del sujeto así sean positivos o negativos debe reverse el PIR y adaptarlo a las nuevas condiciones.

Remitiéndonos a la experiencia como estudiante de grado en el centro de rehabilitación es menester señalar que el grupo Anacahuíta, del cual formaba parte, tiene como uno de sus objetivos el desarrollo del PIR, definido con el usuario independientemente de la evolución de los síntomas. El taller fue creado en el año 2010, participan usuarios que fueron diagnosticados hace mucho tiempo y la enfermedad produjo una gran disminución de sus funciones cognitivas. Se desprende de aquí que otro de los objetivos principales del programa es la estimulación de estas áreas: memoria a corto y largo plazo, atención, selección de estímulos y habilidades sociales. Algunas constantes en el proceso de estimulación refieren a tener presente los beneficios de los ejercicios, entre ellas: saber qué función se está evaluando con las tareas propuestas, la importancia por la autonomía del paciente, así como también lograr el manejo de las frustraciones ante los fracasos.

4.2.3.4. Intervención

Para desarrollar esta fase es importante recordar los dos aspectos centrales de la rehabilitación psicosocial, ellos son la filosofía de atención que enmarca, inspira y guía el proceso de rehabilitación psicosocial, y por otro lado las praxis rehabilitadoras que son los procedimientos, técnicas y estrategias utilizadas durante el proceso (las intervenciones) (Colis, 2009). El mismo autor sostiene entonces que hablar de rehabilitación psicosocial es hablar de principios y de acciones y que tanto la filosofía como las praxis son el proceso en sí mismo.

Florit-Robles (2006) y Arias et al. (2003) coinciden en que la intervención va a estar sujeta a lo acordado en el PIR y a los objetivos propuestos en el proceso; la intervención se propondrá cumplir estos objetivos personales, ya que como argumentan los autores,

no se puede denominar *rehabilitación* a una intervención de carácter universal para todos los usuarios. Siempre en el horizonte de todas las praxis psicosociales va a estar el PIR desarrollado previamente de acuerdo a las necesidades y características de cada persona.

Hay algunos elementos que son importantes destacar de esta fase como por ejemplo el no perder de vista que el propósito fundamental es mejorar la calidad de vida del usuario, por eso, no podemos caer en la mera aplicación de intervenciones predefinidas, sino apostar a la creatividad para que le sean útiles a la persona; otro aspecto es que las praxis rehabilitadoras no sean “clases teóricas”, sino darle paso a lo lúdico, a lo práctico, considerando la realidad del sujeto. Y en tercer lugar la integración de las conductas logradas en el centro, esto es, que el enfermo pueda hacer suyas las conductas e internalizarlas así como las competencias logradas con los programas fuera del ámbito institucional (Florit-Robles, 2006).

El mismo autor señala que la intervención se construye sobre cuatro pilares: las tutorías, instancias que se llevan a cabo entre el profesional y el paciente y sirven para tener un seguimiento de las cosas que se van logrando en el proceso y que conducen las acciones que se propusieron en el PIR.

El segundo pilar es el apoyo a las familias para lograr comunicación y coordinación fluida entre institución, el usuario y esta. Se informa sobre la enfermedad, se intenta cambiar la emoción expresada (EE)⁴, se brinda psicoeducación, se los invita a participar en los talleres incluyéndolos así en las vivencias que se dan en el centro, se les brinda apoyo de habilidades para la comunicación con el usuario, se fomenta el asociacionismo, entre otros. Distintos estudios han investigado sobre la fuerte influencia que tiene la familia en el proceso rehabilitador del paciente con padecimiento mental.

El tercer punto se refiere a los programas de rehabilitación que son el abanico de posibilidades existentes para cumplir los objetivos del plan. A modo de ejemplo y citando la experiencia en el centro, podemos señalar que éste cuenta con ocho programas de rehabilitación diseñados en función de las necesidades y demandas de usuarios y familiares. Estas propuestas terapéuticas tienen distintos objetivos y las derivaciones van de la mano del diagnóstico situacional del sujeto, a saber: Timbó,

⁴ La emoción expresada refiere al nivel de estrés familiar. Según IMSERSO (2007) la EE es la cantidad de hostilidad, sobreimplicación emocional y crítica que expresa la familia del usuario. Diferencia dos grupos, las familias con alta EE son las que tienen menos capacidad para afrontar crisis, se presentan más angustiadas por la situación. En cambio las familias de baja EE resultan más tolerantes y tienen mayor apertura para afrontar la situación problemática del usuario. Es importante destacar que este concepto no estaría en relación con la etiología de la enfermedad, sino que está más asociado a la forma de enfrentarse a ella por parte de la familia.

Laurel, Anacahuita, Sarandí, Ceibo, Ombú, Jacarandá, Arrayán de vivienda. El último, pero no menos importante pilar, corresponde a los programas abiertos que pretenden lograr que el paciente sociabilice con otros usuarios (red social) en espacios grupales de intercambio.

Perona (2003) señala algunas áreas de intervención como:

a) establecimiento del vínculo terapéutico, adherencia al tratamiento y al dispositivo sanitario: procurar que se establezca un vínculo terapéutico desde el primer abordaje durante todo el proceso, lograr confianza y colaboración para apoyar al enfermo en su camino de rehabilitación.

b) autocuidados y actividades de la vida diaria: la capacidad de tomar decisiones por lo general está afectada, por eso intervenir en esta área implica brindar herramientas de autonomía, manejo del dinero, planificación económica, mantener la higiene personal, conductas en las tareas domésticas, cuidados generales de la salud, entre otras, siempre con el fin de generar la mayor independencia posible en el sujeto, en conductas consideradas básicas.

Florit-Robles (2006) destaca también:

c) estimulación cognitiva: ya en las primeras descripciones clínicas de Esquizofrenia realizadas el siglo pasado por Emil Kraepelin se señalaban profundas alteraciones a nivel cognitivo y social, lo que lo llevó a acuñar el término “demencia precoz”. Se han documentado alteraciones en diversas funciones cognitivas como la atención, destrezas perceptuales complejas, razonamiento abstracto, flexibilidad cognitiva, las habilidades visuoespaciales, funcionamiento ejecutivo y la memoria de trabajo y verbal.

d) entrenamiento de habilidades sociales: las personas con Esquizofrenia suelen aislarse socialmente y poseen escasa asertividad, la intervención debe apuntar a la rehabilitación de la percepción social y a disminuir la ansiedad social.

e) psicoeducación: intervención fundamental para que el sujeto se sepa enfermo, se brinda información de la enfermedad, causas, síntomas, fases, los factores de riesgo y de protección. La importancia y función de los psicofármacos en la enfermedad para generar conciencia y responsabilidad en la administración. También se debe intervenir desde la psicoeducación sobre la familia.

f) autocontrol: trabajar en estrategias de relajación para bajar los niveles de ansiedad ante situaciones que resultan estresantes para el sujeto con Esquizofrenia, además el autor sugiere el entrenamiento en detección de emociones para trabajar

sobre ella y no actuar bajo impulso, entra en esta intervención también el trabajo sobre la autoestima del usuario.

g) psicomotricidad: intervenir con el cuerpo del sujeto, uno de las contraindicaciones de los antipsicóticos es que generan rigidez en el enfermo, por esto es importante la expresión corporal además del ejercicio físico.

Por último Arias et al. (2003) menciona el ocio y organización del tiempo libre como otra área de intervención. El ocio es un elemento muy importante en la vida de la persona ya que se vincula con la realización personal, socialización, e identificación. El autor entiende el ocio como una experiencia positiva y gratificante realizada fuera de la rigidez que implica la vida laboral y académica. Debido a algunas características de la enfermedad como tendencia a aislarse, falta de voluntad y motivación, baja autoestima y déficit en las habilidades sociales, existe un mal uso del ocio, por esto es importante intervenir en este vector, principalmente sabiendo qué quiere el usuario y qué cosas es capaz de hacer, generar habilidades para mejorar el uso y la calidad del ocio.

Con respecto al ocio, por otra parte, sostiene Arias et al. (2003) que:

Desde hace años diversos autores vienen insistiendo en los importantes beneficios que tienen las actividades estructuradas y satisfactorias de ocio para la evolución del trastorno reduciendo significativamente diversas conductas psicóticas, dotando de sentido otros programas de rehabilitación y mejorando la motivación y expectativas del paciente sobre su enfermedad. (p.187).

4.2.3.5.Seguimiento

IMSERSO (2007) señala que una vez cumplidos los objetivos del PIR, el proceso de rehabilitación entra en su última fase que es el seguimiento. Este va de la mano con el mantenimiento de los logros obtenidos durante la rehabilitación, se contacta periódicamente al usuario y familiares mediante visitas domiciliarias, o telefónicamente.

Conlleva, a su vez, la separación del centro de rehabilitación, no olvidemos que en algunos casos los usuarios están largos períodos en el centro de rehabilitación, por lo que es natural que aparezcan ansiedades de separación ante una instancia así. En la misma sintonía Florit-Robles (2006) señala que debe ser una instancia progresiva y planificada, para que no sea un corte en la vida del usuario.

5.Consideraciones finales

*(...) esos pocos representaban
una muestra irrefutable de que al hombre
se le puede arrebatar todo salvo una cosa:
la última de las libertades humanas
la elección de la actitud personal
que debe adoptar frente al destino
para decidir su propio camino
(Viktor FRANKL, 1979, p.90)*

George Berkeley (1685-1753), filósofo irlandés, decía que “el sabor de la manzana está en el contacto de la fruta con el paladar, no en la fruta misma”, análogamente podríamos pensar que la rehabilitación psicosocial no se encuentra en la metodología y técnica a desarrollar solamente, sino en la posibilidad del contacto de esa metodología con una situación subjetiva y única que nos presenta un paciente; esto es la posibilidad de individualizar la asistencia. Evaristo (2000), en esta línea, sostiene, que el verdadero tratamiento comienza cuando existe comunicación con el sujeto padeciente, después debemos intentar que este se comprometa con su tratamiento y la superación de sus nudos existentes. Una vez lograda esta participación del sujeto con su tratamiento y su contexto social y haya tomado conciencia de su problemática para ayudarlo, comenzará el trabajo de recuperación.

Tras haber detallado el proceso de la rehabilitación psicosocial con personas con Esquizofrenia, emerge ante todo, la complejidad que oculta esta forma de asistencia. Lo anterior, obliga a trabajar en conjunto desde la multidisciplinariedad, solo de esta manera y atando fuerzas, es que el objetivo principal de ayudar a mejorar la calidad de vida de una persona con dificultades mentales, se va a poder hacer realidad.

Queda demostrado a su vez, que debido a las características de la enfermedad y a las distintas áreas de afectación, se hace necesario un tratamiento holístico, que se preocupe no solo por los síntomas de la enfermedad sino por el individuo y su integralidad biológica, psicológica y social. Esto conlleva a un cambio de paradigma: al decir de Saussure “el punto de vista hace al objeto” la rehabilitación psicosocial procura “alejarse” de la enfermedad, los síntomas y los déficits; para acercarse a la salud, las fortalezas y la vida. En esta sintonía Casarotti et al. (2003) señala que “actualmente, la

integración de los tratamientos biológicos y psicosociales es un postulado esencial e indiscutible” (p.87).

Si nos detenemos en los síntomas negativos de la Esquizofrenia (aplanamiento afectivo, retracción autista, apatía, abulia, anhedonia, entre otros) que serán los que dificulten al sujeto la adaptación al entorno, vemos que la rehabilitación psicosocial es imprescindible para corregir el funcionamiento psicosocial del sujeto. Es importante señalar, a su vez, que si bien en todos los sujetos la enfermedad se manifiesta, evoluciona y tiene pronósticos diferentes, en la gran mayoría produce un antes y un después en la vida de la persona, es decir un *quiebre existencial*. La existencia de la persona se ve truncada por la presencia de la enfermedad dejando consecuencias, lo que para el sujeto antes eran actividades sencillas y cotidianas después de ese quiebre se vuelven dificultosas y complejas. El proceso rehabilitador procurará recomponer algunas de estas funciones que surgieron producto de esa ruptura.

La realización de este trabajo requirió de recortes y puntos de vista, la rehabilitación psicosocial como modalidad de asistencia no puede ser concebida si no se toman en cuenta movimientos de *desinstitucionalización psiquiátrica*, la *participación de la comunidad en lo que refiere a la salud mental* y el *surgimiento de los antipsicóticos* como parte del tratamiento de la Esquizofrenia.

Se entiende que estos tres motivos justifican la elección de los antecedentes, por ejemplo, la creación de la “Villa 21” de David Cooper formada por grupos reducidos de pacientes, donde puso en práctica un cambio de roles entre pacientes y técnicos, el involucramiento de la familia en la enfermedad del sujeto, y el contacto de la “locura” con la comunidad.

Por otro lado, la reforma institucional en Italia llevada adelante por Basaglia conocida como la “Ley 180”, que surge en respuesta a una realidad del momento. El autor denunciaba la violencia que existía en los manicomios, la exclusión como forma de asistir al paciente psiquiátrico; entendió que había que pensar alternativas más humanas de asistencia. Su relación con el existencialismo lo llevó a preguntarse: ¿Qué pasaba cuando la forma de “ser en el mundo” de una persona estaba totalmente forzada al artificio absoluto de la vida institucional? Asegura que la psiquiatría no debe quitarle nunca la posibilidad al enfermo de libre albedrío, constitutiva del ser humano, y que la situación exige un cambio drástico: la clausura de los manicomios, eliminando de esta manera, la sistemática institucionalización sobre el enfermo.

García Badaracco, por su parte, también aporta a la monografía desde el enfoque comunitario, la técnica de Psicoanálisis Multifamiliar enmarcada en un contexto social

propone el encuentro de diversidad de actores como forma de abordar temas de interés, que ayuden a pacientes y familiares a comprender y sobrellevar una situación compleja como es la enfermedad mental.

Es decir, en estos antecedentes ya aparecían algunos matices de lo que después se consolidaría en la filosofía y praxis de la rehabilitación psicosocial.

Solamente aquellos modelos de atención que no aíslen de la sociedad a las personas afectadas por una patología mental, que no las recluyan en instituciones, que aludan por los derechos de ciudadanía que tienen las personas con discapacidad mental, van a ser los que den sentido a la rehabilitación psicosocial, sabiendo que esta es imposible por fuera y sin la comunidad.

Para finalizar es importante reflexionar sobre el momento histórico que está atravesando el Uruguay hoy, en lo que refiere al cambio en la ley de Salud Mental, dado que el pasado 11 de octubre del corriente año se aprobó en el Parlamento uruguayo media sanción al proyecto de Ley de Salud Mental, que va a sustituir la Ley del psicópata de 1936.

La enfermedad mental, como muchos otros campos de acción, es una construcción social que responde a intereses y formas de poder, negándole al “loco” todo tipo de derechos (sociales, ciudadanos, humanos), recluyéndolo en instituciones durante periodos eternos favoreciendo así la despersonalización y la desesperanza, viéndolo como un sujeto improductivo para la sociedad. Es responsabilidad de la Facultad de Psicología como institución fomentadora del pensamiento crítico, como así también de todos los actores que la integramos, cuestionarnos, reflexionar y reconsiderar en relación a estos saberes que hemos ido construyendo.

Además de vulnerar los derechos de los pacientes, este modelo de asistencia no ofrece soluciones al abordaje de la patología mental; a lo largo de este trabajo vimos que debido a las características de la Esquizofrenia, solamente aquellos modelos que apuesten a la integralidad van a resultar más eficaces.

La nueva ley de salud mental propone cambios en la forma de asistencia, ofrece un futuro más esperanzador y humano al sujeto con padecimiento mental; los cimientos de esta ley son la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción social en salud mental, al mismo tiempo que promueve la atención en la comunidad, reduciendo las hospitalizaciones al mínimo posible solo aplicables cuando se hayan agotado los abordajes ambulatorios.

Para finalizar me parece importante mencionar el artículo octavo del capítulo segundo de dicha ley, entendiendo que guarda una sintonía con la modalidad de

asistencia desplegada en esta monografía. Dicho artículo señala el derecho de la persona a ser atendido desde su singularidad, respetando su historia y genealogía, sabiendo que el horizonte debe ser siempre la búsqueda y desarrollo de potencialidades que le permita al usuario mayor independencia, autogestión y autonomía en la vida cotidiana.

La salud mental necesita visibilidad dentro de los espacios de salud pero también en la propia sociedad; históricamente se le ha negado este lugar, entiendo que es hora de mirar con otros ojos, promover aperturas, integración y apoyo a estos colectivos desde la propia comunidad ya que es una realidad que nos involucra a todos como ciudadanos. Solamente así, podremos generar nuevas construcciones en torno a la salud mental desde el conocimiento y brindar herramientas para desestigmatizar, sensibilizar y concientizar.

Entiendo que trabajar con personas con padecimientos mentales requiere un alto grado de implicación, respeto y compromiso afectivo; esta idea trasciende a la rehabilitación psicosocial, estamos en contacto con en el interés mismo de la psicología.

Al decir de Gabbard (2006, p.197) “se acepta y entiende el repliegue o la conducta bizarra sin pedirle al paciente que cambie para ser aceptado(...) La técnica consiste en *ser con* el paciente, es decir, tener la disposición de estar con otro ser humano sin exigir demasiado.”

6. Referencias bibliográficas

- Arias, P., Basauri, V., Bravo, M., Camps, C., Chicharro, F., Fernández, J., Gisbert, C., González, J., Mayoral, F., Moro, J., Pérez, F., Rodríguez, A., Touriño, R., Uriarte, J. (2003) *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Basaglia, F. (2008) *La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Editorial Topía.
- Bentura, C., Mitjavila, M. (s.f.). *Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya*. Recuperado de: <https://goo.gl/HYs9ek>.
- Biemel, W. (1985) La Mirada. En *Sartre*. (pp. 49 – 59) Barcelona: editorial Salvat S.A.
- Casarotti, H., Pardo, V., Labarthe, A., Labraga, P., Valiño, G., Fernández, M., Ruiz, A., Caetano, C., Pazos, M., Martínez, A. (Agosto 2003) Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 67(1), 76-110.
- Cooper, D. (1967) *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos aires: Locus Hypocampus. Recuperado de: <https://goo.gl/0ZWwVW>.
- Del Castillo, R. (2002) Una experiencia en rehabilitación de la psicosis en el Uruguay. *Experiencias asistenciales*. 2(10-11-12), 64-69.
- Del Castillo, R., Villar, M., Dogmanas, D. (Noviembre, 2011) Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, conocimiento y sociedad*. (4) 83-96.
- Desviat (2010) en González, J., Rodríguez, A. (2010) Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las personas con Psicosis. *Clínica y Salud*. 21(3). Recuperado de: <http://goo.gl/UfbybU>.
- Evaristo, P. (2000) *Psiquiatría y Salud Mental*. Trieste: AsteriosEditore.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisste, CH. (1978) *Tratado de Psiquiatría* (octava edición). Barcelona: Masson S.A.

- Florit-Robles, A. (Junio 2006) La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*. 24(1-3), 223-244.
- Gabbard, G. (2006) *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Médica panamericana.
- García Badaracco, J. E. (2006) *El psicoanálisis Multifamiliar: cómo curar desde la "virtualidad sana"*. Recuperado de: <https://goo.gl/Td1Ec8>.
- García Badaracco, J. (2009) Potencial del Psicoanálisis Multifamiliar. Entrevista a Jorge E. García Badaracco. *Norte de Salud Mental*. (34), 85-93.
- Ginés, A., Porciúncula, H., Arduino, M. (Diciembre 2005) El plan de salud mental: veinte años después. Evolución perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 69(2), 129-150.
- Gisbert, C., Camps, C., Arias, P., Cifre, A., Chicarro, F., Fernández, J., González, J., Mayoral, F., Uriarte, J., Rodríguez, A., Pérez, F., Moro, J. (2002) *Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos Técnicos, 6. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2007) *Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
- Ley de Salud Mental. Recuperado de: <https://goo.gl/EJsGBC>.
- Monedero, C. (1996) *Psicopatología Humana*. Madrid: Siglo xxi.
- Pardo, V. (Agosto 2007) Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 71(1), 83-97.
- Perona, S. (Diciembre 2003) La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *Informació Psicológica. Temes D' Estudi*. 83, 37-46.
- Sandoval, C. (s.f.) El plan individualizado de rehabilitación (PIR) en personas con problemas de salud mental: la experiencia del hospital nacional psiquiátrico. *Revista Cúpula*.

- Selma, H. (Noviembre, 2008) Neuropsicología de la esquizofrenia. *Cuadernos de neuropsicología*. 2(2), 79-134.
- Uruchurtu, E. (2010) *Historia de la psicofarmacología*.Capítulo 1.Recuperado de:
<https://goo.gl/EgZKsy>.
- Vallejo, J. (1991) *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (3ª ed.).Barcelona:
Salvat editores, S.A.