



Trabajo Final de Grado
Monografía

Rehabilitación Psicosocial Integral en Pacientes con Esquizofrenia

Docente tutor: Mag. Laura de los Santos

Estudiante: Stephania Ares

C.I: 4.716.072-0

Montevideo, Octubre 2016

Índice

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
3. Antecedentes.....	4
De la locura a la enfermedad mental.....	4
Historia del concepto Esquizofrenia.....	6
4. Descripción del cuadro clínico.....	8
La Psicosis Esquizofrénica.....	8
Sintomatología.....	10
Curso y Evolución.....	12
5. Tratamiento farmacológico.....	13
6. Fundamentación de la Rehabilitación Psicosocial.....	15
7. Rehabilitación Psicosocial Integral.....	17
Objetivos de la Rehabilitación Psicosocial.....	20
8. Estrategias terapéuticas en Rehabilitación Psicosocial.....	23
Psicoterapia Individual.....	24
Psicoterapia de Grupos.....	25
Psicoterapia de abordaje Multifamiliar.....	26
Psicoeducación al paciente y su familia.....	27
Entrenamiento de habilidades sociales.....	30
Acompañamiento Psicoterapéutico.....	31
Otras estrategias de intervención en Rehabilitación.....	33
11. Reflexiones finales.....	34
12. Referencias bibliográficas.....	37

Resumen

Estudios estadísticos indican que aproximadamente el 1% de la población mundial desarrolla una Psicosis Esquizofrénica, siendo ésta una cifra alarmante. Según la OMS la Esquizofrenia es una de las 10 enfermedades más discapacitantes que existe y si no es abordada con las intervenciones necesarias causa en el sujeto una pérdida de autonomía y calidad de vida. Esta monografía pretende, en primer lugar, realizar una panorámica conceptual sobre la descripción clínica de la Esquizofrenia, sus síntomas, curso, evolución, y analizar las consecuencias personales y sociales para los individuos que la padecen. A continuación, se centra en la Rehabilitación Psicosocial como intervención necesaria que apunta a que, el sujeto con diagnóstico de Esquizofrenia, pueda tener una reinserción en la comunidad de la forma más normalizada y autónoma posible. Se intenta, a través de autores clásicos y contemporáneos expertos en la temática, hacer una descripción reflexiva sobre los objetivos y la metodología de la intervención. Luego, se presentan las principales estrategias de abordaje destacadas dentro de los programas del proceso rehabilitador, enfocadas hacia una mejora de la autonomía, integración social y calidad de vida del individuo. Finalmente, se concluye la importancia de un equipo interdisciplinario que trabaje coordinadamente y desde un rol comunitario.

Palabras clave: Esquizofrenia, Rehabilitación Psicosocial, Estrategias de abordaje, Calidad de vida

Introducción

La presente monografía pretende abordar la importancia que tiene la Rehabilitación Psicosocial Integral en pacientes con Esquizofrenia. Se comenzará reflexionando sobre las condiciones históricas del concepto de “locura” y su pasaje hacia el constructo teórico de “enfermedad mental” y tratamiento.

En esta línea, se continúa haciendo un recorrido sobre la historicidad y construcción del concepto Esquizofrenia, para después desarrollar una descripción del cuadro clínico, identificando los síntomas que conforman la enfermedad, su curso y evolución. A continuación, se hace hincapié en que la primer medida a tomar, antes de iniciar cualquier intervención terapéutica, es un tratamiento farmacológico adecuado que estabilice la sintomatología positiva del sujeto. Puesto que la farmacoterapia no solo resulta efectiva para controlar los síntomas positivos sino que además permite el acceso del paciente a una rehabilitación psicosocial.

La Esquizofrenia es un trastorno mental severo y persistente que sufre, además de la sintomatología de la propia enfermedad, una estigmatización social que resulta difícil de lidiar. Indiscutiblemente, se podría escribir muchas páginas sobre las consecuencias personales y sociales que supone tener una Psicosis Esquizofrénica. La intención de este trabajo es contextualizar e ilustrar el sentido de lo que denominamos Rehabilitación Psicosocial. Para ello, se tomarán autores referentes en el área de la enfermedad y tratamientos eficaces como Gabbard, Florit, Otero, entre otros, y se intentará plantear e integrar sus principales y mayores aportes.

Las personas con Esquizofrenia son sumamente vulnerables y padecen un trastorno que, si no es tratado con las intervenciones necesarias, resulta incapacitante. Si la rehabilitación Psicosocial tiene el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su reinserción en la comunidad, a través de una promoción y fortalecimiento de su autonomía, el proceso debe apuntar a cubrir todos los vértices afectados en el sujeto desde un paradigma bio-psico-social. Para esto, se trata de evidenciar la importancia de un trabajo integral e interdisciplinario por parte los diferentes profesionales implicados (psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, entre otros) desde una visión holística. Finalmente, se desarrollan las diferentes estrategias de intervención que han demostrado su eficacia en estos pacientes.

Antecedentes:

*“Una época, y aún más una sociedad concreta,
define qué es lo enfermo”*

Arévalo (2007)

De la locura a la enfermedad mental

Durante mucho tiempo “locura” o “enajenación” era como se designaba a un grupo de trastornos mentales que los clínicos no conocían. En las culturas llamadas primitivas nos encontramos con una concepción del terreno de lo sobrenatural en la que el hombre era visto como “energúmenos”, aquel que se transformaba en otro poseído por el demonio, y la salvación de su alma implicaba ciertos rituales sociales, castigos, torturas. Después del Renacimiento, en el siglo XVIII, se restituye al hombre su dimensión humana para luego despojarlo de su facultad más esencial “la libertad” y se lo enajena, hasta llegar a una práctica inhumana de alienación resultando en el aislamiento histórico de los enfermos.

Según el filósofo e historiador Michel Foucault (1976) la locura no existe como una entidad natural sino que es construida socialmente. A lo largo de la historia de la humanidad dicha noción de locura se ha ido construyendo y modificando según la cultura y sus formas de subjetivación. Siempre existió una categoría de individuos que eran excluidos. Foucault (1976) analiza las formas de exclusión de la locura y plantea que los leprosos, primeros segregados de la sociedad, son quienes dejarán el sentido de exclusión de un grupo social al cual se le teme. Aún quedando la lepra en el olvido y en una cultura diferente, la estructura de exclusión subsiste con un nuevo sentido “la locura”. Desde sus orígenes hasta la actualidad las sociedades han segregado lo diferente, lo que no está dentro de lo considerado “normal”, resultando en el aislamiento histórico de las personas con enfermedades mentales. Una vez desaparecida la peste los leprosarios se convierten en lugares donde se lleva al “loco”, junto con los pobres, vagabundos y reclusos siendo este el primer antecedente del modelo manicomial. Así es que surgen los manicomios, como instituciones de contención y exclusión.

Arévalo (2007) plantea que las diferentes concepciones que la locura fue adquiriendo a lo largo de la historia fueron construyendo los antecedentes de la Psiquiatría occidental. El primer modelo médico de la locura comienza en la Grecia clásica. Los griegos fueron los primeros en observar la enfermedad mental desde un modelo científico, dejando de lado la

religión. Hipócrates sostuvo la teoría de los humores. Plantea que las enfermedades mentales se debían por un exceso o desbalance de algún humor. Dividió a los humores en biliosos y sanguíneos y habló de la epilepsia, psicosis y melancolía.

Arévalo (2007) propone realizar el recorrido histórico de la psiquiatría desde la tesis del doctor y psicoanalista Bercherie. Con él podemos ver dos periodos, uno que corresponde a la clínica sincrónica y otro a la clínica diacrónica. En la primera mitad del siglo XIX encontramos a la clínica sincrónica con sus mayores representantes, Pinel y Esquirol. Para esta clínica lo fundamental es el presente, lo actual y la observación en el momento de los fenómenos perceptibles de la enfermedad. Se basaba en observar y recolectar datos para sistematizar lo observado. Philippe Pinel (1745-1826) fue quien propuso cambiar la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que sean considerados como seres humanos dignos de un tratamiento médico. Bercherie (1986) dice “Pinel fue de aquellos que constituyeron la clínica médica como observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de la enfermedad; resultado de ello es su Nosografía” (Bercherie, 1986, p. 17).

La siguiente mitad del siglo XIX hasta el año 1930 corresponde a la clínica diacrónica con el Psiquiatra Jean-Pierre Falret, quien plantea el concepto de evolución en la clínica psiquiátrica, propone estudiar el pasado y presente del paciente. Luego le sigue Morel quien propone que la locura puede ser de causa no orgánica pero sin dejar de lado un terreno predisponente que llama “degeneración”. Aquí se incluye a la familia en el campo de observación y estudio del enfermo mental. Es en el siglo XX que se llega a una concepción bio-psico-social de la enfermedad. En la década del 60 ocurren tres acontecimientos fundamentales en la psiquiatría: el surgimiento de la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Tesis de Foucault “Locura y sin razón, Historia de la Locura en la época clásica” y la publicación del Tratado de Psiquiatría de Henry Ey que incorpora el Psicoanálisis a la lectura de las enfermedades mentales. A fines de los años 50 es que comienza la revolución farmacológica que busca la correcta medicación para cada paciente, se produce un pasaje del DSM II al DSM III en el que se busca llegar a un consenso entre psiquiatras de un manejo de la clasificación (Arévalo, Las patologías en el siglo XXI, 2007).

Luego de la Segunda Guerra Mundial la humanidad comienza a transformarse y reorganizarse. En el campo de la Psiquiatría se empieza a tener en cuenta los derechos humanos del paciente y se produce un cambio en la relación paciente y médico, el individuo logra una mayor autonomía. Es desde la concepción bio-psico-social que se toma la

dimensión subjetiva, social y cultural del sujeto e inicia así un abordaje integral de la enfermedad.

Historia del concepto Esquizofrenia

La esquizofrenia es un concepto que sufrió varios cambios a lo largo de la historia. Ya desde el siglo XIX los enfermos que se clasificaban dentro de este cuadro clínico llamaban mucho la atención de los médicos sus similares rasgos patológicos y porque, a su vez, eran quienes más poblaban los asilos.

Eugen Bleuler señala que el desarrollo de la concepción de Esquizofrenia constituye una parte fundamental en la evolución de la psiquiatría teórica. Es Emil Kraepelin, psiquiatra alemán, quien en el año 1896 tiene la primera aproximación a esta enfermedad proponiendo la Demencia Precoz. No obstante anteriormente, en Francia, Morel (1852) llama “dementes precoces” a los jóvenes que sufrían una enfermedad con evolución hacia un cuadro demencial. Hecker en Alemania (1871) acuñó a dicha enfermedad el nombre de “hebefrenia” caracterizada por su deterioro mental, conductas agresivas y por su inicio temprano. Kahlbaum se interesa fundamentalmente en el complejo de síntomas catatónicos y la llama “catatonía”. A fines del siglo XIX Kraepelin descubre que todos estos trastornos eran parte del proceso de una misma enfermedad y le designa el término de Demencia Precoz (Bleuler, 1993).

Kraepelin se focalizó en la evolución del cuadro clínico y propuso la Dementia Praecox apuntando al deterioro cognitivo y al temprano desarrollo en el sujeto. Su objetivo conceptual era establecer una nosología diferenciada del resto de las enfermedades mentales y estados psicopáticos degenerativos, y subdivide en hebefrenia, catatonía y demencia paranoide. Ey (1996) explica que para Kraepelin la Demencia Precoz era una especie de locura que se caracterizaba por su evolución hacia un debilitamiento psíquico y con trastornos en la afectividad.

En 1911 el psiquiatra suizo Eugen Bleuler sostiene que el término Demencia Precoz no es apropiado para definir dicho trastorno mental ya que sólo designa la enfermedad y no al enfermo. Critica su nombre y pretende contextualizar el término de la enfermedad, explica que Kraepelin lo designó de un modo clásico por lo cual se distorsiona su significado original y no encaja en la época contemporánea. Bleuler (1993) afirma “(...) es producto de

una época en la cual, no solo el concepto de demencia, sino también el concepto de precocidad, eran aplicados a todos los casos que se tenían a mano” (p. 13). Así es que designa el nombre de Esquizofrenia, del griego schizo “escindir” y phrenos “mente”.

Llamo a la demencia precoz “esquizofrenia” porque (como espero demostrarlo) el “desdoblamiento” de las distintas funciones psíquicas es una de sus características más importantes. Por razones de conveniencia, utilizo la palabra en el singular, aunque es evidente que el grupo incluye a varias enfermedades. (Bleuler, 1993, p.14)

Bleuler puntualiza que lo principal de la Esquizofrenia no es su evolución sino su rasgo psicopatológico esencial: la escisión del yo (Novella & Huertas, 2010). Entiende que estos sujetos que padecen la enfermedad no son dementes sino que son afectados por un proceso de dislocación que interfiere en su capacidad asociativa alterando el curso del pensamiento y provocando una vida “autística” (Ey, 1996). Lo importante en este punto es resaltar la pérdida de unidad de la personalidad del sujeto con Esquizofrenia, éste presenta una disgregación de la personalidad que lo lleva a crear y perderse en su propio mundo. Podemos resaltar un carácter dinámico en la definición de Bleuler sobre la Esquizofrenia ya que, a diferencia de Kraepelin, no la comprende como una forma constitutiva del sujeto.

Bleuler describe los síntomas principales o primarios de la enfermedad. Estos conforman un trastorno del pensamiento caracterizado por una alteración en la capacidad de asociación, “el proceso de asociación opera a menudo con meros fragmentos de ideas y conceptos. Esto tiene por resultado asociaciones que individuos normales considerarían incorrectas, extrañas, y totalmente imprevisibles” (Bleuler, 1993, p.16). La afectividad también se encuentra alterada, sostiene que se presenta en el sujeto como inadecuada respecto a los procesos intelectuales involucrados. Otros de los síntomas primarios son la ambivalencia y la retracción propia del sujeto sobre sí mismo, es decir, autismo. Por otra parte, Bleuler desarrolla también los síntomas “accesorios” como los son las alucinaciones, ideas delirantes, confusión, síntomas catatónicos, entre otros, y plantea que la presencia de estos habla de un carácter esquizofrénico específico. Divide la enfermedad en cuatro grupos: Paranoide, Catatonía, Hebefrenia y Esquizofrenia simple (Bleuler, 1993).

Descripción del cuadro clínico

La Psicosis Esquizofrénica

La Esquizofrenia es comprendida dentro del Psicoanálisis como una forma de Psicosis.

Laplanche & Pontalis (2005) plantean que en el siglo XIX nace el término Psicosis para denominar a las enfermedades mentales. Es recién a fines de siglo que surge, desde lo conceptual, la oposición neurosis-psicosis. Se plantea que la psicosis, a diferencia de la neurosis, no tiene un origen en el sistema nervioso sino que corresponde a las afecciones del alienista con una sintomatología esencialmente psíquica. Dichos autores sostienen que la Psicosis:

“Fundamentalmente, es una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal”. (Laplanche & Pontalis, 2005. p. 321)

Freud en “Neurosis y Psicosis” entiende que la psicosis es el resultado de un conflicto en el nexo entre el yo y el mundo exterior. Dicho autor considera que el origen de las psicosis estaría dado por una frustración de un deseo de la infancia sin cumplir. Según el camino que tome el yo luego de esta gran tensión es que estría el efecto patógeno, si el yo se apega al ello y se aleja del mundo exterior estaríamos frente a una psicosis. Entonces este camino conlleva al yo a crear o edificar un nuevo mundo basado en las mociones del deseo del ello, retirándose de la realidad. Con respecto a las Esquizofrenias sólo afirma que estas tienden a terminar en la apatía afectiva, perdiendo de forma total la participación con el mundo exterior (1923/2012).

Según Ey (1996) la esquizofrenia se encuentra dentro del grupo de enfermedades mentales graves y persistentes que conllevan una alteración profunda y durable de la personalidad y debe definirse como una psicosis crónica que se presenta a fines de la adolescencia y en el adulto joven. Si bien el autor afirma que no existe una rigurosa definición de las psicosis esquizofrénicas reconoce que en el campo clínico esto no impide que determinados patrones hagan su diagnóstico:

(...) conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas, y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y de la extrañeza de los sentimientos trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad. (Ey, 1996, p. 474)

Henri Ey coincide con Bleuler en que lo fundamental y característico de estas psicosis es la disociación y la formación delirante de la personalidad, es decir, la instalación de un modo de vivir en el delirio crónico y su incapacidad de salir de ese mundo. Gabbard (2006), desde un punto de vista psicodinámico, plantea que existen factores tanto genéticos como ambientales para el desarrollo de la Esquizofrenia y afirma que “la esquizofrenia es una enfermedad que le ocurre a una persona con un perfil psicológico único” (Gabbard, 2006, p. 184). El autor sostiene que sin importar el factor que incide en esta enfermedad, los clínicos siempre van a estar frente a una persona que tiene un perfil dinámicamente complejo y único que sufre una enfermedad grave y de gran perturbación.

Kaplan & Sadock (1987) plantean que “la esquizofrenia es un síndrome heterogéneo en su etiología, patogenia, cuadro, curso, respuesta al tratamiento y pronóstico” (p. 201).

Desde una posición ateórica y categorial el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (2002) describe a la esquizofrenia como:

(...) una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase afectiva (p. ej; dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual). (p. 334)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (2002) utiliza una clasificación sindrómica desde un enfoque ateórico que delimita descriptivamente los trastornos mentales entre sí y con la normalidad. Es un tipo de clasificación útil en el intento de diagnosticar enfermedades y trastornos entre los cuales hay una separación discreta entre unos y otros y con la normalidad, como en las psicosis y demencias (Caballero, 2007).

Es relevante señalar que si bien la Asociación de Psiquiatría Americana (2002) plantea una definición más sistematizada, categorial y objetiva que Ey (1996) ambas concepciones coinciden en considerar este trastorno dentro de las enfermedades psicóticas graves.

Sintomatología

Los síntomas de la Psicosis Esquizofrénica pueden dividirse de acuerdo a diversas características y según su permanencia a lo largo de la enfermedad. En los estudios de Bleuler (1993) encontramos antecedentes de esta división en los síntomas de la Esquizofrenia. Bleuler (1993) sostiene la idea de que esta forma de psicosis está conformada por los síntomas fundamentales (trastornos de la asociación, de la afectividad, el autismo y ambivalencia) que son los que están presentes en todos los casos y de forma permanente en el curso de la enfermedad, y los síntomas accesorios (ideas delirantes, alucinaciones, catatonía) que son manifestaciones agregadas que pueden presentarse o no durante la Esquizofrenia y, a su vez, estos se diferencian en que, podrían aparecer en otro tipo de patología mental.

La sintomatología de la Esquizofrenia está conformada por dos grandes grupos de síntomas, los positivos y los negativos. Los síntomas positivos son aquellos que constituyen un exceso a las funciones normales del sujeto y le suman determinados aspectos patológicos. Estos corresponden a alteraciones en el contenido del pensamiento (ideas delirantes), trastornos de la percepción (alucinaciones), trastorno en el lenguaje y comunicación (lenguaje desorganizado) y manifestaciones conductuales (comportamiento desorganizado o catatónico) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, 2002).

Kaplan & Sadock (1987) proponen, al igual que el DSM-IV (2002), que las alteraciones del pensamiento constituyen los rasgos más característicos de la enfermedad. Dentro de esta alteración, el patrón más común es que el sujeto piensa y razona desde su mundo autístico, según sus reglas y su lógica. El proceso del pensamiento tiene un curso extraño que no se liga a la lógica universal. Ey (1996) identifica que el pensamiento padece un debilitamiento dinámico, el sujeto lo presenta desordenado, lentificado hasta llegar a la perseveración; las producciones de ideas son caóticas y mal dirigidas.

Bleuler (1993) habla de las alteraciones en las asociaciones. El elemento fundamental y extraordinario en este curso del pensamiento es el que denomina Kraepelin “la obstrucción” y explica “parece que la actividad asociativa hiciera un alto brusco y completo. Cuando se la reanuda nuevamente, surgen ideas que tienen escasa o ninguna relación con las que antes se habían presentado” (Bleuler, 1993, p. 41). De esta forma parece que el pensamiento del sujeto se detuviera sin poder continuar. Esta obstrucción, o “interceptación” como la denomina Ey, no solamente se da en el curso del pensamiento sino también en lo motriz, en las acciones, recuerdos y percepciones.

Las ideas o convicciones delirantes están dentro de los síntomas más típicos de la Esquizofrenia. Se trata de creencias erróneas o falsas que generalmente implican una mala interpretación de las percepciones y expresiones y no pueden ser corregidas mediante el razonamiento. El contenido puede variar de tema como por ejemplo de persecución, de autorreferencia, religioso, grandiosidad. Las ideas delirantes paranoides son las que se presentan con mayor frecuencia en la Esquizofrenia, son pobremente sistematizadas y consisten en que el sujeto cree que está siendo engañado, perseguido, espiado (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, 2002).

En cuanto a los síntomas negativos estos son los que disminuyen o inhiben el funcionamiento normal del sujeto y conforman en gran parte la morbilidad del cuadro patológico. Encontramos un aplanamiento o vacío afectivo en donde la persona presenta respuestas emocionales reducidas como inmovilidad, falta de contacto visual y reducción del lenguaje corporal. “Muchos esquizofrénicos parecen ser indiferentes o a veces totalmente apáticos” (Kaplan & Sadock, 1987, p. 219). Otros signos que componen este grupo son la alogia en la que el sujeto disminuye la fluidez y productividad en el habla, también vemos abulia, apatía y anhedonia.

Es importante subrayar que la sintomatología negativa es la que acompaña a la persona durante toda enfermedad; es difícil de evaluar porque se desarrolla en continuidad con la normalidad, es inespecífica y puede presentarse por varios factores diferentes al cuadro de Esquizofrenia, como por ejemplo, ser efecto secundario de una medicación o de los síntomas positivos.

Gabbard (2006) puntualiza que “la duración de los síntomas negativos es también significativa para el pronóstico” (p. 185), esto se debería a que si dichos síntomas persisten

aún luego de la fase temprana de la enfermedad serían predictores de un resultado más pobre. Continuando con la misma línea del autor, para un abordaje terapéutico psicodinámico de este cuadro clínico, propone agregar un tercer grupo de síntomas: los desórdenes en las relaciones personales. Estos incluyen un retraimiento, falta de empatía con la necesidades de los demás, respuestas inapropiadas tanto sexuales como agresivas, y una gran dificultad para entablar relaciones significativas con otras personas. Por último es relevante, como sostiene Gabbard, tener presente que todo sujeto que sufre Esquizofrenia va a luchar siempre con un buen desempeño en las relaciones interpersonales.

Curso y Evolución

La edad de comienzo del trastorno no varía mucho en hombres y mujeres, se desarrolla a fines de la adolescencia y adulto joven. La morbilidad es más elevada entre los 15 y 35 años de edad. La forma de desarrollo de la enfermedad puede ser brusca o gradual, pero generalmente se presenta una fase prodrómica con distintos signos y síntomas que se desarrolla de forma gradual.

El curso de la Esquizofrenia es variable, hay casos en que la enfermedad se presenta con episodios inestables que la favorecen perdiendo así su calidad de vida, en algunos sujetos se dan remisiones y hay otros que permanecen crónicamente enfermos. Por dicha variabilidad en su evolución no es posible establecer un curso preciso a largo plazo, pero la cura de la enfermedad no es habitual (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, 2002).

Aunado a esto, Bleuler (1993) sostiene que no es posible emplear la palabra “cura” en la Esquizofrenia ya que primero se debería hacer una conceptualización específica de su significado. “En la medida en que no definamos a la cura exclusivamente en términos de restitución al estado anterior, depende de un procedimiento enteramente arbitrario decidir en qué punto y número de síntomas residuales hablaremos de “cura” (p. 268). El autor propone hablar de “importantes mejorías”, de las “deterioraciones graves” en las que los pacientes pierden totalmente la capacidad de mantener relaciones sociales, y de “deterioraciones moderadas” que se ubicarían en el medio de ambos extremos.

Bleuler inaugura un punto de vista dinámico y positivo en el proceso de la Esquizofrenia que dista de considerar a la enfermedad como un estado constitucional del sujeto, formando un punto de partida para la terapéutica. No obstante, existen ciertas limitaciones a esta visión psicodinámica del cuadro ya que el proceso también presenta determinadas condiciones neurobiológicas hereditarias (Ey, 1996).

Por último, es relevante señalar que la evolución de la Esquizofrenia, si no es abordada con las estrategias necesarias, se presenta en el sujeto como un trastorno incapacitante que genera la pérdida de autonomía y calidad de vida. Existen determinados casos que logran cierta autonomía y adaptabilidad y pueden llevar una vida “normal”, sin embargo otros terminan necesitando de instituciones que los resguarden como resultado del abandono familiar y su incapacidad para vivir de forma autónoma.

Tratamiento Farmacológico

Como primera disposición, para que el paciente con Esquizofrenia pueda acceder a cualquier estrategia de intervención terapéutica se hace imprescindible señalar la necesidad de una estabilización de la sintomatología positiva a través de la medicación. Para ello se recomienda un adecuada Farmacoterapia.

Investigaciones aprobadas han comprobado que los medicamentos antipsicóticos son altamente efectivos para controlar la sintomatología positiva de la esquizofrenia; sumado a esto la correcta toma de los fármacos facilita, al sujeto con Esquizofrenia, el acceso a otras formas de intervenciones terapéuticas.

El tratamiento de neurolépticos, mantenido en el tiempo, ha demostrado su gran eficacia en la prevención de recaídas. No obstante, resulta vital señalar que un tratamiento psicosocial correctamente aplicado mejora la eficacia preventiva del neuroléptico (Pardo, 2007). Del mismo modo Gabbard (2006) explica que los síntomas negativos y los desórdenes en las relaciones interpersonales, parecen no resultar afectados por la medicación antipsicótica y por ende no hay una mejora, confirmando que es necesario un abordaje psicosocial que apunte a esta sintomatología y sus consecuencias.

Los antipsicóticos se dividen en dos grupos, los de 1ra generación (antipsicóticos convencionales) y los de 2da generación (atípicos). Sus efectos sobre la sintomatología

positiva son los mismos, la diferencia radica en que recientes avances han demostrado que la nueva generación de antipsicóticos parecen generar un impacto en los signos negativos del cuadro psicopatológico. Los antipsicóticos convencionales son por ejemplo Clorpromazina, Tioridazina; y por otro lado los atípicos son, por ejemplo, Risperidona, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina (Casarotti, et al., 2003).

Casarotti et al. (2003) explican el efecto terapéutico de los fármacos antipsicóticos: “tender a mejorar la desorganización presente en el plano del pensamiento, y la hostilidad desorganizada y descontrolada” (p. 80). Además, resaltan que varios autores hablan de las acciones terapéuticas de los atípicos que actúan no sólo sobre los síntomas negativos sino también sobre los cognitivos (memoria, atención, pensamiento abstracto) y afectivos. Asimismo, otra ventaja es que ayudan a mejorar el nivel de rehabilitación y de reinserción social de los sujetos enfermos.

Ahora bien, el mayor problema que se presenta en el tratamiento farmacológico es el abandono de la ingesta de la medicación por parte de los pacientes, por diversas causas (Gabbard, 2006).

En atención a la problemática expuesta, De las Cuevas & González (1994), luego de un estudio sobre la influencia de la variable cumplimiento con la medicación que realizaron en 50 pacientes diagnosticados de Esquizofrenia, llegan a la conclusión que para un adecuado mantenimiento del tratamiento lo mejor es tener en cuenta tanto el riesgo individual del paciente en recaer como los riesgos que implica la terapia a largo plazo. Los autores identifican que los tratamientos con una baja dosis de medicación neuroléptica sería lo más adecuado para la prevención de recaídas, disminuyendo de cierta forma el costo que las descompensaciones conllevan y su sufrimiento.

A diferencia, Gabbard (2006) expone que frente al posible abandono del tratamiento se hace necesario una educación al paciente no sólo de la enfermedad sino también de los posibles efectos secundarios y la posibilidad de recaída que traería como consecuencia. Gabbard distingue que también se debe analizar y trabajar el significado de la medicación en el individuo, esto solo es posible en un contexto de alianza terapéutica entre médico y paciente. El autor inaugura lo que se denomina Farmacoterapia Dinámica, en la cual se utiliza la medicación y psicoterapia combinadas. La farmacoterapia dinámica permitiría abordar el no cumplimiento con la ayuda de fenómenos psicodinámicos como la

transferencia, contratransferencia, resistencia y alianza terapéutica, aspectos que se desarrollan tanto en psicoterapia como con el psiquiatra que prescribe la medicación.

Fundamentación de la Rehabilitación Psicosocial

Se pretende dedicar esta sección al planteamiento de las consecuencias personales y sociales que conlleva padecer un trastorno mental, principalmente Esquizofrenia, con el fin de poder señalar la importancia y necesidad de una Rehabilitación Psicosocial Integral para los sujetos y familiares que la sufren.

La Esquizofrenia es una de las 10 enfermedades mentales más discapacitantes que existen según la OMS, dado que los síntomas y efectos que impactan en el sujeto producen angustia, pérdida de productividad, disminución en la calidad de vida y problemas médicos y mentales tanto en el enfermo como en sus familiares (Florit, 2006).

La vida social de los sujetos con Psicosis Esquizofrénica sufre un impacto negativo como consecuencia de la sintomatología de la enfermedad. Un ejemplo es la paranoia, ésta puede conducir a que los enfermos interpreten de forma errónea la comunicación recibida por el resto, y perciban hostilidad en el contacto social. En consecuencia, los sujetos desarrollan una gradual retracción social. Aunado a esto, el aislamiento social es también producto de los síntomas negativos de la Esquizofrenia, la apatía y la falta de motivación van deteriorando e inhibiendo el funcionamiento e interacción con el mundo exterior.

A la vez que la retracción social se prolonga, más disminuyen las habilidades sociales y nacen conductas extrañas. Esto trae aparejado falta de tolerancia y respuestas hostiles del ambiente que los rodea. Como resultado, los sujetos, sobre todo los que llevan más tiempo enfermos, empiezan a carecer de redes de apoyo externas a la familia. De esta manera se van reforzando los patrones disfuncionales del sujeto (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986).

Si la persona que padece Esquizofrenia se encuentra trabajando o estudiando termina abandonando por no poder tolerar la responsabilidad que esto le supone. De esta forma comienza a percibir el futuro como una carga pesada (Perona, 2003).

En cuanto a la familia, Anderson et al. (1986) plantean que estar a cargo de los cuidados de una persona que padece una enfermedad mental es una tarea demandante y de gran

complejidad. En el hogar todo comienza a girar en torno al paciente, es tal el desgaste que sufren los familiares en esforzarse por una buena convivencia que pierden el entusiasmo por la vida social. Varios son los motivos que llevan a la familia a aislarse socialmente, miedo a dejarlos solos y que se lastimen o le hagan daño a otra persona, cierta vergüenza por las conductas extrañas del paciente, el estigma asociado a las enfermedades mentales y, como comentan Anderson et al. (1986) “muy pocos amigos o miembros de la familia extensa comprenden verdaderamente lo que significa vivir con un enfermo mental crónico” (p. 273).

La falta de comprensión, de apoyo y la gran estigmatización conduce a que los familiares vayan perdiendo tolerancia y vayan desgastándose tanto física como emocionalmente, hecho que puede conducir al abandono del enfermo. Muchos son los sujetos con Esquizofrenia que terminan hospitalizados sin ningún pariente o amigo que los apoye o peor, en situación de calle. De todas formas no hay que perder de vista que las familias también padecen las consecuencias de esta enfermedad y son víctimas de ella, por ende, pueden necesitar de apoyo psicológico.

En la cinta cinematográfica de Modem & Hernández (2007) “*Uno por ciento, esquizofrenia*” se plantea la implicación de varios factores que refuerzan la retracción social del sujeto con Esquizofrenia, característica de la sintomatología negativa. Los testimonios enfermos hablan del miedo que sienten al relacionarse con los demás y del miedo hacia ellos mismos por descontrolarse. La exclusión y estigmatización presentada como “muros invisibles” es una problemática presente en todos los ámbitos del paciente, desde la familia (vergüenza, miedo), trabajo (no pueden conseguir empleo fácilmente, o son desvinculados de sus empleos) hasta en la salud (falta de escucha por parte de los médicos). Un testimonio explica que en las familias pueden suceder dos extremos que son negativos, la sobreprotección o el rechazo. Al mismo tiempo, los testimonios presentan el Delirio que padecen como incapacitante dado que los lleva a aislarse y encerrarse, desconfiar de los otros, angustiarse y sentirse imposibilitados de resolver los problemas que les ocurre en ese momento.

Un punto de gran relevancia es que generalmente los profesionales ingresan de forma tardía en la vida de las personas que sufren Esquizofrenia puesto que el sujeto no posee al principio conciencia de enfermedad y, por ende, no se siente enfermo ni acude a un médico o psicólogo (Modem & Hernández, 2007). Pardo (2007) concuerda con dicha problemática y

plantea que el tiempo de acumulación de los síntomas psicóticos dura aproximadamente un año, de este modo el psicótico estaría siendo captado por los servicios de asistencia una vez instalada la enfermedad.

La esquizofrenia es un trastorno mental muy complejo dado que reúne todas las psicopatologías psiquiátricas. Quienes la sufren son personas muy vulnerables y si no es tratada resulta discapacitante para el sujeto. Sumado a la sintomatología positiva y negativa del trastorno, estamos frente a una enfermedad que generalmente presenta iatrogenia dada la medicalización o el síndrome de hospitalización en el que los sujetos comienzan a presentar determinadas conductas que no se distinguen si pertenecen a la enfermedad o a la situación en la que viven (Modem & Hernández, 2007).

Como señalan Techera, Apud & Borges (2009) la “Estigmatización y iatrogenia impiden al enfermo mental integrarse en la sociedad. La iatrogenia lo recluye en sí mismo y la estigmatización lo excluye de la sociedad” (p. 27).

El hecho de sufrir un trastorno psicótico no debería ser obstáculo de un desarrollo de roles sociales importantes, de tener un empleo u ocupación, de conseguir una vivienda, de tener relaciones interpersonales y afectivas, de acceder a la utilización de los recursos comunitarios, de poder ejercer libremente los derechos humanos. Entonces, la Rehabilitación Psicosocial es una intervención de suma importancia en personas con Esquizofrenia dado que apunta a brindar la ayuda necesaria para que un sujeto pueda, adquirir una identidad y autonomía de sus funciones e integrarse en la comunidad y desempeñarse socialmente.

Por consiguiente, se hace imprescindible un trabajo de forma integral que abarque diferentes tratamientos y una reinserción del sujeto al mundo a través de un programa de Rehabilitación Psicosocial Integral (Florit, 2006).

Rehabilitación Psicosocial Integral

La Rehabilitación Psicosocial nace en la década de los 70, en países europeos y Estados Unidos. En sus inicios fue una práctica de los viejos hospitales de tipo asilar, con técnicas y terminología asociada a los cuidados hospitalarios. Luego, evoluciona de ser considerada una forma de prevención terciaria hacia una intervención enfocada a la

prevención y reducción de discapacidades causadas por enfermedades mentales y conductuales (Consenso WAPR / WHO , 2003).

La Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial y la Organización Mundial de la Salud (1997) elaboran una declaración de consenso de la Rehabilitación Psicosocial que inaugura un cambio en el modelo clásico centrado en la enfermedad hacia un modelo que se focaliza en el funcionamiento social del enfermo, el documento sostiene que dicha intervención es:

(...) un proceso que facilita la oportunidad a individuos—que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap —o desventaja- de un trastorno mental-para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. (p. 1)

Desde este nuevo modelo se conceptúa y aborda la enfermedad mental desde una perspectiva biopsicosocial, de atención integral y con un enfoque comunitario (Perona, 2003).

La Rehabilitación Psicosocial consiste en un encuentro entre la persona que sufre un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente. En este trabajo se busca priorizar el lugar del sujeto que padece este trastorno, sus capacidades y su saber en un aprendizaje común hacia la construcción de un camino individualizado. Se hace necesaria la toma de conciencia del enfermo sobre sus necesidades en interacción con la familia y entorno social y del apoyo de los profesionales a cargo. Se plantea como objetivo principal que el propio sujeto, sabiendo de su condición ciudadana, pueda construir un proyecto de vida acorde a su gusto y a sus metas (Del Castillo, Villar, & Dogmanas, 2011).

Los autores expertos en el tema de Rehabilitación Psicosocial como Otero (2004) al igual que Florit (2006) y Perona (2003) citan a Liberman, sostienen que la rehabilitación está basada en un paradigma bio-psico-social, dirigida a pacientes que fundamentalmente sufren un trastorno psicótico crónico, y apunta a reducir el impacto de los síntomas positivos y negativos de la Esquizofrenia, aumentar el conocimiento del paciente y su familia sobre la enfermedad, y por ende, reforzar una adhesión al tratamiento en diferentes abordajes como

las intervenciones farmacológicas, prevención de recaídas, entrenamiento de habilidades sociales, intervenciones psicoterapéuticas, entre otras.

“Para Liberman, la rehabilitación psicosocial sería la recuperación de roles sociales e instrumentales hasta el mayor grado posible por medio de procedimientos de aprendizaje y apoyos ambientales (Otero, 2004, p. 27).

Vale señalar que la Rehabilitación Psicosocial se trata de una estrategia asistencial con objetivos que trascienden lo sintomático. En este punto Virginia Otero (2004) plantea que tanto el tratamiento como la rehabilitación son formas diferentes de intervención pero se complementan entre sí, ambas conforman la atención integral a la persona con Esquizofrenia. El tratamiento farmacológico busca reducir la sintomatología y la mejora del cuadro psicopatológico; en cambio la rehabilitación psicosocial apunta a aumentar una buena calidad de vida que permita al sujeto un funcionamiento autónomo dentro de su entorno, potencializando y reforzando las habilidades y capacidades personales y sociales, ayudando a que la persona pueda desempeñarse dentro de los roles esperados dentro de una comunidad, brindando un respaldo para una participación lo más activa, normalizada e independiente posible.

Por todo ello, Perona (2003) y Otero (2004) coinciden en que se trata de un proceso que apunta a la identificación y prevención de deterioros, minusvalías y reacciones personales adversas, así como también busca brindar el apoyo suficiente para potencializar las capacidades del individuo y que a través del éxito en su desempeño de los roles sociales adquiera confianza y buen autoestima.

Si esta forma de intervención busca lograr una adecuada autonomía de las funciones del individuo dentro de la comunidad, se hace necesario proponer la puesta de nuevas prácticas sanitarias en las que se promueva un mayor desarrollo institucional mediante un cambio en el modelo autoritario de la relación médico-paciente, la cual lleva a la pasividad del sujeto (Techera et al., 2009). Por ende es imprescindible el involucramiento y participación activa del paciente en este proceso de mejora de su salud.

Es de suma importancia que los equipos de salud trabajen en conjunto y a través de un abordaje integral, apuntando a los diferentes ámbitos de la vida cotidiana del paciente. Una

visión holística y un trabajo interdisciplinario ayudan a que la complejidad de los objetivos de la Rehabilitación Psicosocial puedan ser llevados a cabo de forma deseada.

Techera et al. (2009) afirman que el tratamiento no debe nunca focalizarse en un único elemento del dispositivo asistencial sino construirse de forma integral apuntando a los objetivos planteados y, a su vez, tiene que abarcar todos los niveles posibles de problematicidad del individuo. Por lo tanto, el abordaje de la enfermedad mental en la Rehabilitación Psicosocial requiere de un plan individualizado que se adapte a cada persona, a su singularidad y subjetividad, y que involucre a todas las posibles redes de apoyo, estas son familia, profesionales de la salud, comunidad.

Gabbard (2006) analiza la intervención familiar y cita diversos estudios empíricos acerca de la eficacia de las intervenciones psicosociales en sujetos con esquizofrenia. Plantea que estas investigaciones “han demostrado que el tratamiento familiar más la medicación antipsicótica es tres veces más efectiva en prevenir las recaídas que la medicación sola” (p. 200). En otras palabras, se vuelve necesario resaltar el apoyo familiar como un recurso esencial a la hora de trabajar en un proceso rehabilitador, apuntando al grupo familiar como grupo de referencia y la institución como grupo de pertenencia.

Finalmente, es esencial el planteamiento e implementación de diferentes planes de rehabilitación psicosocial desde el inicio del abordaje que vayan adecuándose a su vez a la distintas fases graduales del proceso, compuestas con distintos objetivos para cada una. Esto se debe a que el tránsito progresivo por diferentes etapas le da la posibilidad al sujeto de hallar la estructura que más se adapte a sus necesidades y lo habilite a desarrollar su potencial (Del Castillo et al., 2011).

Objetivos de la Rehabilitación Psicosocial

El objetivo fundamental de todo proceso de rehabilitación psicosocial es apuntar a la mejora de la calidad de vida de estos individuos. Para ello se hace imprescindible ayudar a que los sujetos puedan adquirir la responsabilidad de sus propias vidas, a que puedan incorporarse en la comunidad de la forma más activa posible (dentro de sus posibilidades), y a lograr un desenvolvimiento independiente dentro de su entorno social. Para el cumplimiento este objetivo los programas de la rehabilitación psicosocial están ideados para

el reforzamiento de las capacidades del sujeto y para la búsqueda y desarrollo de los apoyos ambientales necesarios (Otero, 2004).

Florit (2006) cita a Rodríguez (1997) quien sostiene que el objeto de la Rehabilitación Psicosocial es “ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de manera que pueda mantenerse en su entorno natural y social en unas condiciones de vida lo más normalizadas e independientes posibles” (p. 228).

Se subraya que la rehabilitación psicosocial es una estrategia de intervención que trasciende la mejora del cuadro psicopatológico, en este sentido Florit (2006) describe los objetivos cuyo proceso persigue:

- Posibilitar y potencializar la adquisición o recuperación de las habilidades y competencias imprescindibles para un adecuado funcionamiento dentro de la comunidad.
- Fortalecer la integración social del sujeto dentro de la comunidad por medio del apuntalamiento hacia un funcionamiento lo más autónomo e independiente posible, así como el adecuado desempeño de roles sociales normalizados.
- Brindar el seguimiento y apoyo social adecuado a las necesidades de cada sujeto para su permanencia dentro de la comunidad de la forma más normalizada posible, incluyendo alojamiento y orientación vocacional.
- Prevención y disminución del riesgo de deterioro psicosocial, marginalización e institucionalización prolongada.
- Orientar a la familia del enfermo mental a través de una adecuada psicoeducación, con el fin de contar con las herramientas necesarias para actuar frente a situaciones problemáticas e incidir de forma positiva en el proceso de rehabilitación psicosocial.

Con el seguimiento de dichos objetivos se estaría cubriendo todas las necesidades básicas y todos los vértices posibles en el desarrollo de la vida cotidiana del sujeto que sufre Esquizofrenia y su familia.

En la declaración de consenso WAPR / WHO (2003) se establecen objetivos intermedios dentro del proceso de intervención. Estos objetivos están determinados por ciertos pasos que toman su mayor potencial al ser coordinados. Los pasos consisten en: la reducción de la sintomatología a través de terapias farmacológicas, psicológicas e intervenciones

sociales adecuadas; la reducción de la iatrogenia disminuyendo los efectos adversos tanto físicos como conductuales de intervenciones anteriores y hospitalización prolongada; la mejora de las competencias sociales; reducción de la estigmatización social; el apoyo necesario a las familias del enfermo mental crónico; apoyo social a través de la creación de redes de apoyo a largo plazo que incluyan las necesidades básicas como vivienda, empleo, ocio; por último la habilitación de los usuarios potencializando la autonomía de estos y sus cuidadores.

Sharma (2004) explica que “El proceso de rehabilitación psiquiátrica no trata tanto de restituir, sino de ayudar al enfermo a convivir y alcanzar un estatus dentro de la sociedad al minimizar las deficiencias individuales y rentabilizar sus funciones residuales” (p. 34). Por ello el autor afirma que la rehabilitación psicosocial es un proceso global y no una mera técnica. Por ende, se requiere la implementación de un programa que pueda ser aplicado y se adapte a las necesidades del individuo y sus familiares a cargo, sin descuidar que el programa pueda ser desarrollado con los recursos necesarios a nivel institucional.

Siguiendo con esta visión, Perona (2003) propone el modelo de Vulnerabilidad - Estrés formulado por Zubin y Spring en 1977, el cual ofrece una importante orientación en el campo de la rehabilitación psicosocial, tanto en aspectos evaluadores como terapéuticos y preventivos. Según este modelo los sujetos poseen un determinado grado de vulnerabilidad psicobiológica a desarrollar un trastorno Esquizofrénico y se traduce en un episodio psicótico cuando el individuo se encuentra bajo ciertas circunstancias que superan el umbral de tolerancia al estrés. Aquí la vulnerabilidad es considerada como un rasgo permanente, mientras que el episodio agudo se presenta como la descompensación aguda del cuadro clínico. Como resultado, la aparición de recaídas dependerá del umbral que tiene el individuo para soportar el estrés y de la presencia o ausencia de factores protectores o moduladores (por ejemplo adherencia al tratamiento farmacológico o sistemas familiares de apoyo). Todos estos factores se encuentran en permanente interacción en un cuadro de Esquizofrenia.

Es esencial resaltar el modelo de Vulnerabilidad - Estrés porque aporta un valioso enfoque en la intervención de rehabilitación, lo importante estaría en que el problema terapéutico primario es brindar los medios necesarios para prevenir, no solo la aparición del trastorno, sino su curso y posibles crisis (Perona, 2003). Resulta fundamental que las personas sean entrenadas para el manejo del estrés y que a su vez se reduzcan las

posibilidades de estar expuestas a un nivel mayor del estrés del que puedan tolerar (en este caso tendrán altas posibilidades de sufrir una recaída). El modelo abre las puertas a nuevas formas de tratamiento psicosociales que apunten al aumento de factores protectores y ayuden al control de situaciones de estrés, reduciendo de esta forma el riesgo a la recaída.

Por todo ello y dado que el objetivo último de la rehabilitación psicosocial en personas con psicosis es la mejora de la autonomía, la integración social, y una mejora en la calidad de vida, es que se debe desarrollar un programa de rehabilitación individualizado, acorde con el proyecto de vida construido junto con el paciente y pertinente a la consecución de los objetivos generales e intermedios. González & Rodríguez (2010) puntualizan dichos programas y citan varios autores:

“(…) los programas deberán atender a algún aspecto de los que se podría denominar “áreas vitales” o áreas o parcelas de funcionamiento que contemplan los distintos ámbitos donde las personas tienen que desenvolverse para tener una vida adaptada y normalizada” (Fernández, Fernández, González y Orviz, 2002). Programas de rehabilitación psicosocial que no ayuden a la consecución de objetivos relacionados con las áreas vitales no deberían ser considerados como tales. Esta consideración situaría fuera de la rehabilitación psicosocial aquellos programas o intervenciones que atiendan a lo ocupacional, al entretenimiento sin más, al hacer por hacer” (p. 321).

En esta visión coincide Gabbard (2006) al exponer que “No existe algo así como el tratamiento de la esquizofrenia. Todas las intervenciones terapéuticas deben ser confeccionadas en función de las necesidades únicas del paciente individual” (p. 184).

Estrategias terapéuticas en Rehabilitación Psicosocial

A continuación, se dedicará una sección para comentar algunas estrategias terapéuticas utilizadas dentro de los diferentes programas de Rehabilitación Psicosocial en sujetos con Esquizofrenia, que han demostrado resultados y aparecen ampliamente recomendadas en las principales guías de prácticas clínicas, además de ser pertinentes con la consecución de los objetivos planteados: Psicoterapia individual, Psicoterapia de grupos, Psicoterapia de abordaje Multifamiliar, Entrenamiento de habilidades sociales, Psicoeducación del sujeto y su familia, Rehabilitación cognitiva, Acompañamiento psicoterapéutico.

Psicoterapia Individual

Los sujetos que tienen Esquizofrenia presentan grandes dificultades para una adecuada adherencia a la psicoterapia individual, por tal motivo es fundamental trabajar con “flexibilidad” en este tipo de intervención (Gabbard, 2006).

En los últimos 50 años esta forma de tratamiento dirigida a pacientes con Esquizofrenia ha sufrido grandes cambios y ha dejado de estar basada en la teoría puramente psicoanalítica. La flexibilidad entro a jugar un rol importante incluyendo aspectos del aquí y ahora, con elementos de apoyo y dirección basados en una sólida alianza terapéutica (Casarotti et al., 2003).

No obstante, la psicoterapia de corte psicoanalítico en pacientes con Esquizofrenia ha presentado importantes aportes y avances de autores fundadores del Psicoanálisis como Klein, Bion, entre otros.

Las terapias individuales con enfermos psicóticos resultan difíciles de abordar, sin embargo permiten el estudio de los mecanismos de las mejoras y de las recaídas (Ey, 1996).

Sumado a esto, es de vital relevancia tener en cuenta que un paciente solo puede ingresar en un proceso terapéutico, ya sea individual o grupal, una vez que se haya estabilizado su sintomatología positiva por medio de la farmacoterapia. El mayor desafío del terapeuta será la construcción de una alianza terapéutica, lo cual resulta una tarea compleja dada la pérdida de insight que los pacientes con psicosis presentan. En otras palabras “los terapeutas deben ser innovadores para encontrar algún terreno común” (Gabbard, 2006. p. 197).

El enfermo suele defenderse contra la invasión que experimenta en la relación terapéutica, como por ejemplo, a través de un aumento de angustia o delirio. Es importante que el terapeuta tenga presente la diferencia que existe en el trabajo clínico con pacientes neuróticos y psicóticos. El paciente con estructura psicótica va a sentir con mayor intensidad cualquier tipo de frustración. Por dicho motivo el profesional debe asegurarse de brindarle al paciente la seguridad de su presencia y trabajar con el individuo desde una relación

verdadera y viva, firme y clara, el terapeuta debe convertirse en el “embajador de la realidad” (Ey, 1996). Siguiendo con el planteamiento de Ey, el proceso nunca será lineal sino que tendrá sus avances pero también sus recaídas o retrocesos, por ello el analista tendrá la función de proteger al paciente de los sentimientos cambiantes del entorno.

Las alianzas terapéuticas son señaladas por varios autores como el objetivo principal e inicial en la psicoterapia, es comprobable que los pacientes con buenas alianzas tengan más probabilidad de mantener el proceso, de cumplir con la terapia farmacológica y, en fin, de alcanzar mejores resultados (Gabbard, 2006).

Por último, el terapeuta debe trabajar con gran disposición y sin exigir mucho a cambio. Su deber, dada la gran fragilidad y vulnerabilidad yoica del paciente con Esquizofrenia, es servir de un “yo auxiliar” al enfermo durante el proceso, ayudándolo a la anticipación de las consecuencias de sus acciones. La necesidad de una relación verdadera y genuina es afirmada tanto por Ey como por Gabbard para que el paciente experimente al terapeuta como real. Finalmente y a modo de síntesis, Tizón (2004) concuerda con algunas recomendaciones de Gabbard para la Psicoterapia de los pacientes psicóticos:

- El foco principal es construir el vínculo.
- Construir un encuadre flexible para mantener el modo y el contenido de la terapia.
- Tanto terapeuta como paciente deben tener una distancia óptima.
- Creación de un medio contenedor.
- El terapeuta debe servir de “continente” para el paciente y de “yo auxiliar”.
- El terapeuta debe ser genuino y abierto con el paciente.
- Las interpretaciones no entrarán en juego hasta instalarse una alianza terapéutica.
- El terapeuta debe respetar los deseos del paciente de estar enfermo.

Psicoterapia de Grupos

González, García & Fraile (1999) afirman que los grupos psicoterapéuticos son estrategias esenciales en todo programa asistencial de Esquizofrenia puesto que ofrecen al sujeto un contexto realista y específico de referencia, apuntan a la alianza terapéutica y desarrollan el conocimiento y autoconocimiento de los miembros del grupo.

Toda terapia psicoterapéutica tiene un valor importante sobre los síntomas negativos del cuadro esquizofrénico. En el caso de las terapias de grupo estas aportan un contexto de

seguridad, socialización y de motivación a cada sujeto. A su vez los factores terapéuticos como la esperanza y aceptación, promueven un aumento de la seguridad, autoestima, motivación y la emergencia de nuevos intereses (García, 2013).

Los grupos terapéuticos son indicados en pacientes que presentan una gran motivación, conciencia psicológica, un nivel razonable de fortaleza yoica, problemas en las relaciones interpersonales y un malestar suficiente como para poder tolerar las frustraciones del proceso, y por último gusto por estar en grupos. En cambio, es contraindicado para sujetos con riesgo suicida, disfunción cognitiva orgánica, con somatización severa o trastorno de la personalidad antisocial (Gabbard, 2006).

El trabajo en un dispositivo grupal para el tratamiento de la psicosis ofrece una alta continencia. El hecho de compartir vivencias trae como resultado el despliegue de procesos de identificación que colaboran con la socialización. Asimismo, la comunicación, el hablar y el escuchar a un “otro” en el espacio grupal, hace que el individuo se vaya reflejando y vaya aliviando el dolor psíquico: “lo que me pasa a mi le sucede a otro”. La función del grupo es trabajar con las angustias o el funcionamiento paranoide, creando una nueva instancia donde estas angustias puedan ser neutralizadas por aspectos vitales: confianza, seguridad y esperanza; se busca promover la idea de que es posible recibir ayuda. Finalmente, es imprescindible un trabajo, ligado con “la vida” dado que en la Esquizofrenia las vivencias de muerte suelen aparecer de forma masiva (Fernández & Sosa, 2009).

Psicoterapia de abordaje Multifamiliar

Este modelo de trabajo multifamiliar apareció por primera vez en Estados Unidos y en Inglaterra. El grupo está conformado por la familia del sujeto con Esquizofrenia. La metodología de trabajo consiste en determinadas sesiones frecuentes entre el paciente, familia y uno o dos terapeutas. El abordaje es justificado dado que en la mayoría de los casos la falta de apoyo familiar, en el proceso de rehabilitación, es una limitación para los avances del enfermo (Ey, 1996). No obstante, Ey plantea que se debe analizar la capacidad de tolerancia de la familia y sus posibilidades de cambio, dado que puede ser una traba para los objetivos del proceso.

La intervención familiar ha sido demostrada junto con una farmacoterapia adecuada ser tres veces más efectiva en la prevención de recaídas que la medicación sola (Gabbard,

2006). Gabbard cita autores e investigaciones que han avalado estos resultados como Brown y col 1972, y explica que dichos modelos de trabajo apuntan a la “emoción expresada”. La emoción expresada consiste en un estilo de interacción dentro de la familia y el paciente caracterizado por un exceso de compromiso y excesiva crítica. En otras palabras, las familias que presentan un alto nivel de emoción expresada tienen mayores posibilidades de recaída por parte del paciente que las familias con bajo nivel. Perona (2003) coincide con esto y agrega que el objetivo consiste en reducir y prevenir el alto nivel de emoción expresada, con esto se llegaría a mejorar el clima familiar.

Por otro lado, una visión psicoanalítica de García Badaracco (2000) plantea que la reunión multifamiliar tiene universalidad, esta condición abre la posibilidad de abordar cualquier problemática humana. El autor asegura que todo sujeto, al carecer de los recursos específicos necesarios, presenta conflictos que no puede resolver por sí solo. El psicoanálisis multifamiliar abre las puertas a la preparación de los individuos para resolver estas cuestiones básicas, cualquiera sea el área, ya que hay algo común en todas las actividades humanas. Este abordaje busca y garantiza un crecimiento emocional en cada uno de sus miembros.

La creatividad en la técnica del terapeuta juega un rol muy importante dentro estos grupos, “se tratará siempre de crear un clima emocional de conjunto favorable para un intercambio creativo” (García Badaracco, 2000, p. 261). La tarea del profesional será provocar situaciones de participación de los integrantes con el fin de descubrir esos recursos necesarios para el afrontamiento de situaciones problemáticas, de la manera más satisfactoria y comprometida posible, que aún no habían sido desarrollados (García Badaracco, 2000). Por ende, la intervención multifamiliar es útil en sujetos con Esquizofrenia porque promueve los recursos necesarios para que el enfermo pueda enfrentar situaciones cotidianas, habilitando de esta manera su inserción en la comunidad.

Psicoeducación al paciente y su familia

Florit (2006) explica que la psicoeducación sirve para que el paciente tome conciencia de su enfermedad, para esto se debe dar una explicación clara sobre el cuadro psicopatológico, síntomas, terapias, factores de riesgo y protección. Se señala la importancia de enseñar en relación a la ingesta de psicofármacos, esto es los efectos

terapéuticos así como los efectos secundarios y cómo afrontarlos. Asimismo, es de mayor relevancia educar al sujeto acerca del uso correcto y necesario de los recursos sanitarios.

Aunado a esto, se resalta el valor de brindar la información correcta y necesaria al paciente, dado que además de ser un deber ético y profesional, promueve una buena adherencia al tratamiento.

Los modelos de psicoeducación propuestos por Anderson, Reiss y Hogarty 1986, y Liberman 1993 se basan en el modelo de Vulnerabilidad - Estrés y tienen un enfoque educativo (González & Rodríguez, 2010).

Anderson et al. (1986) sostienen que el abordaje comenzaría con la educación y apoyo de las familias, base fundamental para el logro de un trabajo encuadrado en un sólido proceso de rehabilitación.

Todas las intervenciones van dirigidas a desarrollar una buena alianza terapéutica que sostenga a los pacientes dentro de la comunidad y reduzca al mínimo las recaídas sin someter en manera alguna a los miembros de la familia a un estrés indebido". (Anderson et al., 1986. p. 14)

Anderson et al. (1986) plantean que este modelo se sustenta en que las familias son exigidas cada vez más de su encargo como cuidadores principales de los pacientes y a su vez necesitan de un mayor apoyo de los sistemas de salud mental. Por ende, se busca reducir la vulnerabilidad del sujeto que sufre el trastorno mental mejorando su funcionamiento cognitivo y aumentando la motivación para que se adhieran a la farmacoterapia, y al mismo tiempo intenta disminuir las angustias de los familiares mediante el apoyo, información y conocimiento de la enfermedad y tratamiento. En relación a la familia, esta estrategia busca disminuir el estrés que se torna crónico producto de vivir con un familiar que tiene una enfermedad mental severa (Casarotti et al., 2003).

En la mayoría de los casos sucede que los familiares carecen de la información necesaria y tienen la creencia errónea de lo que le sucede al sujeto, como algo pasajero tiene cura. Por ello se vuelve necesaria esta psicoeducación, para el logro de un apoyo real de los familiares, es decir, que no solo le proporcionen al enfermo una vivienda y se le cubran las necesidades básicas, sino que también apoyen el tratamiento y tengan conocimiento de cómo deben abordar determinadas instancias de urgencia. El programa

psicoeducacional apunta a mejorar la calidad de vida de todo el núcleo familiar y comunidad, no solo la del paciente.

Anderson et al. (1986) plantean que los principios fundamentales de este proceso están basados en: la creación de una alianza de tratamiento con el fin de formar una relación de apoyo de familia y paciente, brindar la información necesaria al paciente y familia sobre la enfermedad, tratamiento y su manejo; en el establecimiento de un ambiente hogareño, laboral y social para que el paciente pueda lograr una permanencia dentro de la comunidad, apuntar a la integración del paciente en roles familiares, sociales y profesionales, y por último, crear una sensación de continuidad de la atención que reciben.

Para el cumplimiento de estos principios es imprescindible que se establezca una relación entre el clínico y la familia basada en una alianza de trabajo. Casarotti et al. (2003) concuerdan con este punto y afirman que para lograr una correcta adhesión al tratamiento la construcción de una alianza terapéutica es un aspecto significativo al que hay que apuntar.

Cabe considerar que, se hace necesaria una capacidad de comprensión por parte de los clínicos para la evaluación y entendimiento sobre las necesidades básicas y para ver la forma en que cada miembro podrá colaborar y beneficiarse en el tratamiento.

Un requisito básico para lograr una alianza terapéutica en terapia familiar es “hacer coparticipación” con el sistema (...) En el trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos, es preciso ampliar las técnicas de coparticipación (conversación social con cada miembro de la familia, manifestación de interés y preocupación por el punto de vista de cada uno, etc)”. (Anderson et al., 1986. p. 56)

Por otra parte, el psicólogo debe conocer los recursos que están al alcance de la familia así como destacar cuales son las fortalezas e incrementarlas al máximo. Estas fortalezas no deben ser subestimadas, la paciencia, la tolerancia y el saber cómo enfrentar situaciones comprometidas por determinados síntomas de la patología son capacidades necesarias para que la familia pueda manejar el proceso. Casarotti et al. (2003) concuerdan en este punto y agregan la importancia de estar basados en el modelo de vulnerabilidad - estrés, con el fin de conocer los factores estresantes que puedan provocar un episodio o recaída en el enfermo y así prevenir o reducir el riesgo de su presencia.

La metodología utilizada en las estrategias psicoeducativas consisten en un enfoque educativo para otorgar la información necesaria y otro enfoque de aprendizaje basado en prácticas conductuales para el manejo de las habilidades (González & Rodríguez, 2010).

Entrenamiento de habilidades sociales

El diagnóstico de Esquizofrenia implica que el sujeto ha desarrollado un deterioro y disminución en las competencias y habilidades sociales (tanto en componentes verbales como no verbales) provocando en el sujeto un alto nivel de aislamiento y un funcionamiento social pobre, además presentan discapacidad en los procesos cognitivos al recibir, procesar y ejecutar conductas sociales. Por todo ello existe este abordaje y es uno de los más reconocidos por su gran efectividad en pacientes con psicosis (Perona, 2003).

La estrategia consiste básicamente en aprovechar las fortalezas y capacidades del individuo, potenciarlas y fortalecerlas, apuntar a un compromiso activo y educar para desarrollar habilidades sociales (Gabbard, 2006). A esto Otero (2004) agrega que este modelo tiene el objetivo de “dotar al individuo de un serie de habilidades que le permitan manejarse en su entorno con la mínima ayuda profesional posible, basándose fundamentalmente en la hipótesis de la vulnerabilidad (...)” (p. 28).

Por otra parte, González & Rodríguez (2010) explican que estos programas deben hacer foco en la vida cotidiana del paciente, es decir, buscar un entrenamiento de habilidades que sirva realmente frente a los contextos y situaciones en las que el paciente se desempeña.

La habilidad social es un proceso complejo en permanente interacción con el ambiente. Vallina & Lemos (2001) afirman que las habilidades sociales pueden ser enseñadas a los sujetos con psicosis. Para ello González & Rodríguez (2010) exponen una metodología con diferentes componentes que varían según el déficit del sujeto:

- Componentes de comunicación verbales y no verbales y paralingüísticos, como por ejemplo miradas, sonrisas, volumen.
- Habilidades de recepción y percepción social: estas habilidades son imprescindibles para recibir, atender y percibir de forma adecuada la información en diferentes situaciones, como por ejemplo reconocer a una persona.
- Habilidades de conversación: como iniciar, mantener y cerrar un diálogo.

- Habilidades de asertividad: por ejemplo saber decir que no, defender opiniones, derechos.
- La expresión de emociones positivas y negativas.
- Cómo resolver problemas interpersonales
- Habilidades instrumentales para un correcto funcionamiento de la vida cotidiana: ejemplo es cómo obtener un empleo o utilizar los servicios sanitarios.

Con respecto a la metodología de trabajo, esta puede ser en forma individual o en grupos de 5 a 10 personas con dos profesionales a cargo. Con sesiones semanales o dos veces por semana y una duración de 60-90 minutos. La duración de este abordaje debe ser de al menos 6 meses para que se puedan ver cambios y los aprendizajes sean aprendidos (González & Rodríguez, 2010).

Por último, Gabbard (2006) y Perona (2003) coinciden en subrayar la necesidad de integrar un abordaje de orientación cognitivo puesto que, si bien el entrenamiento de habilidades sociales ha demostrado que impacta más favorablemente en el sujeto, con un porcentaje de bajo de recaídas, este efecto se desgasta dentro de los dos años posteriores. Estos abordajes apuntan a la mejora de las capacidades cognitivas como las atencionales, mnésicas, entre otras. Entonces con una enseñanza de habilidades sociales y modificación de los déficits cognitivos habría una mayor efectividad en el logro de objetivos.

Acompañamiento psicoterapéutico

El acompañamiento psicoterapéutico consiste en un dispositivo de abordaje que se desarrolla en el territorio del paciente. Está dirigido a sujetos con enfermedades mentales crónicas o a sujetos que no presentan un buen desarrollo en el área de autogestión e independencia personal (Gutiérrez & Rossi, 2007).

Perona (2003) plantea que es importante tener presente que el logro de los objetivos del proceso rehabilitador no basta con una modificación en el sujeto sino que esta debe conseguir ser sostenida en el tiempo. Por ende, se vuelve imprescindible un seguimiento con evaluaciones periódicas. Asimismo, afirma que trabajar con un paciente que presenta Esquizofrenia es complejo y los logros obtenidos deben ser controlados para que no se pierdan. Al mismo tiempo esta fase de seguimiento permite poder plantear nuevos objetivos tanto para mejorar o porque se detectaron nuevas zonas problemáticas que requieren de

entrenamiento. Si bien el autor hace referencia aquí a la fase de seguimiento del proceso rehabilitador, esto también puede ser volcado en el acompañamiento terapéutico.

El acompañamiento terapéutico se vuelve una estrategia esencial porque intenta ayudar al paciente a re-contactarse para funcionar y ser por sus propios medios. Por todo ello, tanto Gutiérrez & Rossi (2007) como Bazzano (2009) sostienen que la flexibilidad es un aspecto imprescindible en el proceso, el abordaje debe ser móvil y adecuarse a las necesidades y demandas de cada paciente, familia, amigos y personas cercanas en la vida del sujeto.

El acompañante terapéutico es una figura muy importante dentro del proceso de rehabilitación y tiene una gran responsabilidad dadas todas las funciones que cumple a la misma vez. Se puede decir que sirve de contención, de facilitador, de mediador, sirve de puente o alternativa, marca la cercanía y el límite (Bazzano, 2009).

Bazzano (2009) señala que “Un Acompañante trabaja en transferencia, siente y recibe afecto y lo significa, en la supervisión, es donde se analiza su sentir con otro miembro del equipo, para garantía de todos. El Acompañante Terapéutico jamás trabaja solo” (p. 35).

El acompañante terapéutico funciona como agente facilitador en la rehabilitación y, tiene la gran ventaja pero a la vez dificultad, de ser quien más se incluye dentro de la familia del paciente. Por ello, es muy importante tener un adecuado manejo de la distancia para evitar volverse, como considera Bazzano (2009) un elemento persecutorio. El acompañar, motivar, estimular a que el paciente realice sus tareas, sin juicios valorativos pero sin confundir nunca los roles, es la forma de trabajar en este abordaje.

El hecho de trabajar en el territorio del paciente habilita al conocimiento y acceso de su familia, sus vínculos, sus redes de sostén, sus intereses, es una forma de trabajo que brinda muchas posibilidades que no son usuales en el trabajo de una psicoterapia individual y deben ser aprovechadas al máximo.

Resulta evidente que el contacto con la realidad exterior es un plano que se encuentra gravemente alterado en este tipo de pacientes puesto que la esquizofrenia es un trastorno que lleva hacia una vida autística. Es entonces que Gutiérrez & Rossi (2007) se apoyan en Winnicott y plantean un trabajo desde la “zona intermedia”, el servir de intermediario entre el paciente y el “afuera”, un “afuera” percibido por el paciente como amenazador. De esta

manera se posibilita la consolidación de un vínculo con el paciente que lo diste del encierro y aislamiento, sirviendo de un yo auxiliar para que pueda funcionar en la comunidad. La estabilidad y continuidad de la relación son aspectos necesarios dentro del dispositivo.

Lo más importante es entablar una relación con el sujeto y conocerlo más allá de su patología, comprendiendo que el sujeto no se reduce a su enfermedad sino que ésta es tan solo una parte más de su “ser”.

Otras estrategias de abordaje en Rehabilitación Psicosocial

Existen diversos talleres en Rehabilitación Psicosocial que promueven el trabajo y una mejora en otros aspectos de la vida del paciente, como talleres de inserción laboral, talleres ocupacionales, talleres artísticos y expresivos.

- Taller de inserción laboral: El objetivo es enriquecer las competencias del sujeto para su ingreso al mercado laboral y su estabilidad. No obstante, se debe tener sumo cuidado en que la tarea laboral no sobrepase los niveles de estrés tolerados por el individuo. González & Rodríguez (2010) resaltan la validez de estos abordajes y explican que su contenido está basado en la orientación vocacional, habilidades sociales en el entorno laboral, habilidades en la búsqueda de ofertas laborales, entre otros. Según Pardo (2005) dentro de los modelos de rehabilitación laboral existentes el de “empleo con apoyo” es el más consensuado. Este consiste en el ingreso a un puesto laboral competitivo, contando a la vez con el apoyo de consejeros laborales que apunten al desarrollo de las habilidades en el sujeto, con el fin de conservar el empleo.
- Talleres ocupacionales: el objetivo principal es favorecer la participación ocupacional del paciente. Para ello se realizan actividades lo más normalizadas posibles dentro de la comunidad con el fin de permitirle al sujeto aprender nuevas habilidades (Talavera, 2007). A través de este aprendizaje se logra en el sujeto una mayor confianza en sí mismo y una superación personal.
- Talleres artísticos y expresivos: Techera et al. (2009) proponen “el arte” por su vinculación con lo terapéutico. Los autores justifican que la “expresión artística” cobra relevancia en la rehabilitación psicosocial dado que permite al sujeto fijar de manera objetiva los impulsos y sentimientos que plasma en el arte, de esta forma genera y reelabora el vínculo social. El arte haría posible la elaboración,

re-flexibilidad, insight y la reelaboración del vínculo. Los autores sostienen que a través de las técnicas de expresión se podría trabajar el límite existente entre la salud y enfermedad y así escapar del señalamiento.

Reflexiones finales

La rehabilitación psicosocial en Esquizofrenia comprende un trabajo junto con sujetos cuya vulnerabilidad es un rasgo potencializado por la propia sintomatología del cuadro psicopatológico y la estigmatización social asociada.

Luego de una serie de reflexiones, se considera relevante señalar la importancia de posicionarse desde un perfil comunitario. La tarea comunitaria principal es desarrollar y generar recursos para la comunidad desde su propia gestión, desde sus propias necesidades, sus propias vivencias y sus actores sociales. El psicólogo comunitario, actúa como un igual (horizontalidad) de tal manera que el principal lema de su labor está inspirado por la comunidad.

La relación horizontal asimétrica debe ser la base del psicólogo comunitario, se necesita buscar un trato o relación siempre entre iguales. Sin embargo, no pueden perderse de vista los distintos roles con los que cada uno cumple en el proceso. Al mismo tiempo, el rol comunitario busca la inclusión social del sujeto a través de una multidisciplina de trabajo en red basada en la democratización y horizontalidad. Su fin último es llegar a un empoderamiento del sujeto, o sea, que el sujeto se sienta protagonista de su situación asumiendo de esta manera responsabilidades dentro de un contexto de autonomía. No obstante, este aspecto debe ser abordado con sumo cuidado, porque en la medida en que el sujeto se vuelve más protagonista y asume sus quehaceres, tiene que lidiar con más responsabilidades, con "más mundo". Esto genera un gran nivel de estrés y, en cierto punto, puede romper el balance y generar en el sujeto con psicosis un rumbo hacia la descompensación. Sin duda, este retroceso generaría un sufrimiento en el sujeto. Si esto ocurre y se descompensa, el sujeto no logra estar como antes, pierde los avances y aunque mejore no vuelve a puntos anteriores. De esto deviene la iatrogenia. Dicho de otro modo, se vuelve imprescindible tener sumo cuidado a la hora de articular un plan de rehabilitación, prestar atención al caso particular y singular, comprendiendo que ni los sujetos que sufren esta enfermedad mental ni su ámbito familiar son iguales a otros.

Se menciona que la rehabilitación psicosocial debe ser “integral” porque el proceso debe contar con un equipo interdisciplinario de profesionales (médicos, psicólogos, asistentes sociales, entre otros). Todos deben apuntar a la aplicación de sus conocimientos individuales integrándolos y adaptándolos a un plan o programa individualizado de rehabilitación, además este no puede abordar al sujeto de forma fragmentaria sino que necesita buscar un apuntalamiento en todos los vértices y ámbitos posibles.

No se puede dejar de resaltar que una calidez humana por parte de los profesionales es imprescindible para trabajar en el campo de la salud, fundamentalmente con personas que padecen una enfermedad mental crónica. Una calidez que posibilite la comprensión y la sensibilidad, los psicólogos deben disponer de una apertura y flexibilidad suficientes para poder entender y reivindicar al sujeto con psicosis sin volverse demasiado exigentes. La flexibilidad se vuelve, más que un aspecto, una forma vital para trabajar por a varias razones. Una de ellas es que los profesionales tienen que amoldarse a los recursos, necesidades y deseos del sujeto, y otra porque tienen la obligación ética de poder y saber utilizar las estrategias de tratamiento con cada persona y familia.

Otra tarea prioritaria en el abordaje rehabilitador es comprender y trabajar la estigmatización social, no se puede hacer caso omiso a su existencia, tanto en la comunidad, como en el núcleo familiar, profesionales de la salud y en el mismo sujeto enfermo, “autoestigma”. La estigmatización suele presentarse como un obstáculo para la adhesión del sujeto a un adecuado tratamiento farmacológico, para la visita a una institución mental o a un psiquiatra o psicólogo. Como señalan Rûsch, Angermeyer & Corrigan (2006) “(...) la enfermedad mental conduce no solo a dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a desventajas a través de las reacciones de la sociedad” (p. 165). En efecto el estigma es una reacción negativa u hostil de las personas hacia el grupo estigmatizado basada en tres supuestos erróneos: las personas con una enfermedad mental son sujetos peligrosos a los que hay que temer, una visión autoritaria que los ve como irresponsables y por último la benevolencia por verlos como niños que requieren de cuidados. (Rûsch et al., 2006). Como resultado de este estigma se puede desarrollar un “autoestigma”. El autoestigma hace referencia a que el grupo estigmatizado vuelve los prejuicios contra sí mismo aprobando el estereotipo, lo cual introduce reacciones emocionales adversas en el autoestima y autoeficacia. Por todo ello se recomienda darle la suficiente valoración a este obstáculo y no pasarlo por alto. Más que nada se considera que, muchas veces, entre los profesionales el lenguaje suele ser una poderosa fuente de

estigmatización, como por ejemplo al llamar estos sujetos como “los esquizofrénicos” (Rüsch et al., 2006).

A lo largo del trabajo se ha intentado resaltar la relevancia que tiene la participación de la familia en la rehabilitación psicosocial de la persona con psicosis. Se vuelve necesario un encuadre institucional que promueva esta cooperación del núcleo familiar a través de una intervención familiar y una psicoeducación, que a su vez haga flexible los estereotipos relacionales que conllevan problemas en la comunicación dentro de los integrantes de la familia y con el paciente. La mala comunicación y la falta de información lleva a reforzar la rigidez de la enfermedad, por ello es necesaria trabajarla.

Se identifica la alianza terapéutica como un factor necesario en todas las estrategias terapéuticas desarrollados a lo largo de la monografía, ésta habilita a la participación activa y a una estabilidad en la adherencia al proceso rehabilitador. De acuerdo con este punto se hace esencial focalizarnos, desde la etapa inicial de la intervención, en formar una buena alianza, y esto corresponde a todos los profesionales a cargo del plan que se vaya a plantear para el individuo. Se hace evidente que para dar valor a la existencia del sujeto y a su proyecto de vida se requiere de un buen vínculo y una buena apertura al otro.

Es evidente que existe una gran variedad de estrategias dentro de los diferentes programas de rehabilitación psicosocial que apuntan potencializar y trabajar otros aspectos puntuales en el sujeto con Psicosis. De aquí que la apertura a otras formas de abordaje también es un elemento que puede dar valor a la intervención.

En líneas generales, se llega a la conclusión de que la rehabilitación psicosocial integral en pacientes con Esquizofrenia es un proceso sumamente complejo que debe pensarse y plantearse a largo plazo, desde un perfil comunitario, con sumo cuidado y con gran flexibilidad, contando con un equipo interdisciplinario cuya calidez humana esté fortalecida, apuntando a la participación activa del sujeto y núcleo familiar, para el logro de una mejor calidad de vida a través de la autonomía del sujeto. Como sostiene Uriarte (2007) para trabajar en esta forma de intervención se hace necesaria una visión humanista que combine sólidos aspectos éticos y científicos.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ta Ed. Tr.)*. Barcelona: Masson S.A.
- Anderson, C., Reiss, D., & Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Arévalo, C. (2007). Las patologías en el siglo XXI. En A. d. Psicopatología, *III Jornadas de psicopatología. Las patologías en el siglo XXI*. (p. 156). Montevideo: Universidad de la República - Facultad de Psicología.
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (2003) (WAPR), OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997). Declaración de Consenso WAPR / WHO. FEARP. Recuperado de: http://www.arpscy.org:8085/index.php/documentos/cat_view/36-declaraciones-warp
- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Ediciones Manantial SRL.
- Bleuler, E. (1993). *Demencia Precoz*. Buenos Aires: Ediciones Hormê, S.A.E.
- Caballero, L. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. *Medicine*, 9 (84), 5389-5395. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2347662>
- Casarotti, H., Pardo, V., Labarthe, A., Labraga, P., Valiño, G., Fernández, M.,...Martínez, A. (2003). Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67 (1), 76-110.
- De las Cuevas, C., & González, J. (1994). Cumplimiento con la medicación neuroléptica y curso de la esquizofrenia. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 15 (3), 11-20.
- Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1 (4), 83-96. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102>
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1996). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson, S.A.
- Fernández, S., & Sosa, S. (sf). Grupos terapéuticos para pacientes con trastornos mentales severos. Primeras etapas en la rehabilitación. *Asociación Psicoanalítica del Uruguay*, 1-9.
- Florit, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 223-244.

- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica. Tomo I*. México: Fondo de Cultura.
- Freud, S. (1995) El yo y el ello, y otras obras. En En J.L. Etcheverry (trad.) Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. XIX, pp.154-196). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923- (1925))
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- García Badaracco, J. (2000). Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. Buenos Aires: Paidós
- García, I. (2013). Aspectos específicos y diferenciales de la psicoterapia de grupo en la psicosis. *Rehabilitación Psicosocial*, 2 (10), 26-31.
- González, J., & Rodríguez, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a la Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, 21 (3), 319-332.
- González, M., García, I., & Fraile, J. (1999). Dos grupos psicoterapéuticos de pacientes esquizofrénicos: hospitalizados y ambulatorios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (72), 573-586.
- Gutiérrez, A., & Rossi, M. (2007). Acompañamiento psicoterapéutico como posibilitador de un cambio psíquico. En A. d. Psicopatología, *III Jornadas de psicopatología. Las patologías en el siglo XXI*. (p. 156). Montevideo: Universidad de la República - Facultad de Psicología.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1987). *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.
- Modem, L. (Productor), & Hernández, I. (Dirección). (2007). *Uno por ciento, esquizofrenia* [Cinta cinematográfica]. España: Alicia Produce.
- Novella, E., & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21 (3), 205-219. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180615360002>
- Otero, V. (2004). *Rehabilitación de enfermos mentales crónicos*. Barcelona: Psiquiatría Editores. S.L.
- Pardo, V. (2007). Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71 (1), 83-98.
- Pardo, V., del Castillo, R., Blanco, M., & Etchart, M. (2005). Descripción y evaluación de un programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (2), 111-126.

- Perona, S. (2003). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *TEMES D' ESTUDI* (83), 37-46.
- Rûsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2006). El estigma de la enfermedad mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. *European Psychiatry* (13), 165-176.
- Sharma, S. (2004). Rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico crónico: el papel de la familia. *Rehabilitación Psicosocial* , 1 (1), 34-37.
- Talavera Valverde, M. (2007). Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG* (5), 52.
- Techera, A., Apud, I., & Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: CSIC, Central de Impresiones Ltda.
- Tizón, J. (2004). Terapias combinadas en la esquizofrenia, ¿Agregamos, mezclamos y confundimos, o bien, deconstruimos, combinamos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24 (90), 97-129.
- Uriarte, J. (2007). Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* , 7 (2), 87-101.
- Vallina, O., & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13 (3), 345-364.